Halsnæs
Kommune

Implementering af rehabiliteringstankegangen på de midlertidige døgnpladser (MDP)

September 2012

Redelighed
Helhed
Mulighed

Natur og Udvikling

Halsnæs
Kommune

Denne rapport er udarbejdet af rehabiliteringskoordinator Karna Vinther i tæt samarbejde med implementeringsgruppen og styregruppen.

Implementeringsgruppen har bl.a. bidraget med omfattende dataindsamling.

Implementeringsgruppens medlemmer:

Angelica Pedersen, områdeleder MDP, Hundested Plejecenter
Jytte Albrechtsen, områdeleder Træning og Aktivitet
Jytte Becker, områdeleder Hjemmeplejen
Birthe Bisbjerg, visitator
Sanne Mark Sørensen, visitator
Tine Esbech, visitator

Styregruppens medlemmer:

Birgit Gundorph-Malling, Sundhedschef
Birte Carøe, leder af Sundhedsservice
Heidi Buch Hansen, leder af Hundested Plejecenter
Lene Bergstein, leder af Visitationen
Mette Pia Noble, leder af Træning og Aktivitet
Hanne Finderup Sørensen, Leder af Hjemmeplejen

Følgende personer har ligeledes bidraget med dataindsamling, bearbejdning af data, afsnit i rapporten og opsætning:

Kirsten Müller, sundhedskonsulent
Olai Birch, planlægningskonsulent
Jeanette Grefstad, uddannelseskonsulent
Malene Størup, direktionskonsulent
Kim Snekkerup, administrativ konsulent
Sanne Thomsen, administrativ medarbejder
Henriette Kaas, administrativ medarbejder
Jytte von Ahnen Normann, faglig koordinator
Tina Højager, praktikant og studerende i statskundskab
Tina Olsen, elev

Halsnæs
Kommune

Forord

Denne rapport beskriver, hvor langt Hundested Plejecenter i september 2012 var nået med at implementere rehabiliteringstankegangen på de 20 midlertidige døgnpladser.

Fokus for implementering af rehabiliteringstankegangen er brugerinddragelse og tværfagligt samarbejde. Borgerne tilbydes sammenhængende og koordinerede indsatser på tværs af fagområder med afsæt i, hvad der er vigtigt for den enkelte borger i hverdagslivet.

En medarbejder fra et af fokusgruppeinterviewene udtaler: *"Rehabiliteringstankegangen handler om et samarbejde mellem alle, der har med MDP at gøre. Målsætningen handler om, hvordan vi i fællesskab arbejder med borgeren, og får borgeren til at udtrykke ønske om en fremtidig livssituation frem for at lægge noget ned over borgeren".*

Rapporten munder ud i en række anbefalinger og perspektiver for det fremtidige arbejde med rehabilitering på de midlertidige døgnpladser.

Aktuelt arbejdes der på en handleplan, som tager afsæt i anbefalinger og perspektiver fra evalueringsrapporten. Blandt andet er der ansat to nye sygeplejersker for at styrke de sundhedsfaglige kompetencer. For at øge fokus på træning er der ansat en ergoterapeut.

Tak til borgere, pårørende, medarbejdere og ledere for den åbenhed, der blev udvist i interviewene. Jeres input medvirker til udvikling af det midlertidige døgntilbud på Hundested Plejecenter.

Birte Carøe
Leder af Sundhedsservice

Birgit Gundorph-Malling
Sundhedschef

November 2012

Halsnæs Kommune

Indholdsfortegnelse

Resumé 4

Læsevejledning 4

1.0 Indledning og baggrund 5

1.1 Tværfagligt samarbejde 5

2.0 Konklusioner 6

2.1 Konklusion i forhold til formål med evalueringen: 6

2.2 Konklusioner på tværs af henholdsvis opsamlingen og temaerne i evalueringen 6

3.0 Anbefalinger 10

3.1 Forløbstyper på MDP 10

3.2 Adskillelse af faglige opgaver og myndighedsansvar 10

3.3 Viden om rehabilitering og struktur i borgerforløbende på MDP 10

3.4 Tværfagligt samarbejde 11

3.5 Samarbejdet med de praktiserende læger 11

3.6 Træning ved ergo- og fysioterapeuter 11

3.7 Fysisk aktivitet som tværgående mål i Halsnæs Kommunes sundhedspolitik 11

3.8 Forebyggelse af forebyggelige indlæggelser 11

4.0 Formål og metode 12

4.1 Formål med evalueringen er: 12

4.2 Design og metode 12

4.3 Materiale 13

4.4 Analyse 14

5.0 Etik 14

6.0 Opsamling af afviklede aktiviteter 14

6.1 Planlægningsfasen (februar 2010 til maj 2010): 14

6.2 Udviklingsfasen (juni 2010 til marts 2011): 15

6.3 Implementeringsfase (april 2011 – marts 2012) 16

7.0 Evaluering 18

7.1 Tema 1: Brugerinddragelse 19

7.2 Tema 2: Pårørendeinddragelse 22

7.3 Tema 3: Medarbejdernes perspektiv 25

7.4 Tema 4: Tværfagligt samarbejde 28

7.5 Tema 5: Samarbejdet med de praktiserende læger 31

7.6 Tema 6 og 16: Kvantitative data fra belægningslisten på MDP samt plejeboligventelisten 32

7.7 Tema 7 og 8: Personaleomsætning og sygefravær 38

7.8 Tema 9, 10, 11 og 13: Struktur i forløbene på MDP (data fra MDP-handleplan - modtagelses- og indskrivelsessamtale, målsamtale, aktuel status, m.m 39

7.9 Tema 14 og 15: Borgernes træningstilbud 40
7.10 Tema 12 og 17: Visitationens administrative udskrivelser, afholdelse af udskrivelsesmøder og de faste tider til dette i visitationen 45
8. Perspektivering 46
9. Bilag 48

Resumé

Formålet med nærværende evalueringsrapport er dels at udarbejde en status over udviklingen med implementering af rehabiliteringstankegangen på Midlertidige døgnpladser, Hundested Plejecenter, dels at skabe et afsæt for den fremadrettede rehabiliteringsindsats samt at give læring i organisationen.

Målgruppen er medarbejdere og ledere ansat i området Forebyggelse og Sundhed, herunder især de medarbejdere, der er aktivt involverede i implementeringen.

Design og metode: Der arbejdes med to hovedelementer, herunder en opsamling på afviklende aktiviteter og de opnåede resultater samt en evaluering, der giver en status på det konkrete evalueringstidspunkt, som opsamling ikke giver svar på. Der anvendes kvantitative metoder med afsæt fx i belægnings- og plejeboligliste, og kvalitative metoder som f.eks. fokusgruppeinterview med borgere og telefoninterview med pårørende. De temaer evalueringen belyser, er rehabiliteringstankegangens fremdrift, borgerforløb og forløbstyper, plejeboligansøgning, samarbejde med almen praksis, fysio- ergoterapeutisk intervention, tilbud om aktiverende/sociale tilbud, målsamtale, borgerinddragelse, pårørende og tværfagligt samarbejde.

Hovedresultater og anbefalinger: Arbejdet med implementering af rehabiliteringstankegangen er nået et langt stykke, men der er fortsat behov for udvikling og vedholdenhed i arbejdet. Det anbefales derfor, at antal sengedage hos borgere, der er visiteret til plejebolig nedbringes; at Forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen tilpasses; at der arbejdes med mål for målsamtalerne; at der afholdes målsamtaler med 85 % af borgere, pårørende og andre relevante aktører; at det tværfaglige samarbejde styrkes. Endvidere anbefales der, at der arbejdes struktureret med aktiverende og sociale tilbud til borgere, og endelig at der fortsat kompetenceudvikles i forhold til sundhedsfagligheden.

Læsevejledning

Rapporten begynder med indledning og baggrund i kapitel 1. I kapitel 2 og 3 følger henholdsvis konklusioner og anbefalinger. Kapitel 4 indeholder beskrivelse af formål med evalueringen og valg af metode. Etik er emnet for kapitel 5. Evalueringens to dele beskrives i kapitel 6 og 7. I kapitel 6 er opsamlingen beskrevet i implementeringsprocessens faser. Kapitel 7 er evaluering og et omfangsrigt afsnit med mange evalueringstemaer. Rapporten rundes af med kapitel 8, hvor perspektiveringer udfoldes. Bagerst i rapporten følger 10 bilag.

Rapportens detaljeringsgrad er relativt høj idet den tænkes anvendt af de faglige medarbejdere tilknyttet MDP.

Halsnæs
Kommune

1.0 Indledning og baggrund

Implementering af rehabiliteringstankegangen på Midlertidige Døgnpladser (MDP), Plejecentret Halsnæs blev igangsat i februar 2010. Efterfølgende har Plejecentret Halsnæs ændret navn til Hundested Plejecenter.

Kort tid før implementeringen blev igangsat var der pågået en sammenlægningsproces, hvor den tidligere aflastningsafdeling på Skovbrynet med 11 pladser og aflastningen på Plejecentret Halsnæs med 15 pladser blev til én ny enhed placeret på det nuværende Hundested Plejecenter.

Denne enhed kom til at bestå af 20 midlertidige døgnpladser (MDP). I perioden 1. januar 2012 til 1. juli 2012 er disse 20 pladser reduceret til 15 pladser.

I sammenlægningsprocessen blev dels ansat nye medarbejdere dels overflyttet medarbejdere fra de hidtidige to afsnit. Den tidligere aflastningsafdeling på Skovbrynet var en del af virksomheden Træning og Aktivitet. Den nye enhed blev etableret som en del af virksomheden Plejecentret Halsnæs. Der pågik således en omfattende organisationsforandring mellem forskellige kulturer. Områdelederen fra den hidtidige aflastningsafdeling på Skovbrynet var fra etableringen af den nye enhed ansat som områdeleder i den nye enhed.

Den nyetablerede enhed og de krav, som i dag stilles til kommunerne, gav anledning til, at der i den nye enhed skulle arbejdes struktureret med afsæt i rehabiliteringstankegangen.

Der blev nedsat en styregruppe og en arbejdsgruppe, som fortsat fungerer. Der har i forløbet været justeret på arbejdsgruppens sammensætning. Implementeringsforløbet er blevet understøttet af en rehabiliteringskoordinator fra Sundhedsservice. Rehabiliteringskoordinatoren er uddannet sygeplejerske og master i rehabilitering. Rehabiliteringskoordinatoren fungerer som videnperson i relation til rehabilitering og har bl.a. opgaver af formidlende art i relation til teori og praksis samt opgaven som projektleder.

Faserne i processen er følgende:

- Planlægningsfase februar 2010 til maj 2010
- Udviklingsfase juni 2010 til marts 2011
- Implementeringsfase april 2011 til marts 2012
- Evalueringsfase marts 2012 til september 2012
- Justering og videre udvikling september 2012 og frem

1.1 Tværfagligt samarbejde

Rehabilitering er en tværfaglig disciplin, hvor der er involveret mange forskellige virksomheder og fagligheder. I arbejdsgruppen og styregruppen er følgende virksomheder repræsenteret:

- Hundested Plejecenter
- Hjemmeplejen
- Træning og Aktivitet
- Visitationen

På MDP er ansat sygeplejersker, social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter. Fra Træning og Aktivitet indgår fysioterapeuter og ergoterapeuter i borgernes forløb. Visitatorerne indgår i samarbejdet med myndighedsbeslutninger. Hjemmehjælpen (kommunale og private leverandører) og hjemmesygeplejen er væsentlige samarbejdspartnere ligesom plejecentre i borgerens overgange til og fra MDP. Hospitalsafdelingerne og de praktiserende læger er også meget væsentlige samarbejdspartnere. Dertil kommer andre aktører, som indgår på forskellig vis i forløbene fx medarbejdere fra Job og arbejdsmarkedet og Velfærdsservice.

Evalueringen omfatter flere af de indsatser, som leveres af fx Visitationen og Træning og Aktivitet. Evalueringen har ikke et særligt fokus på overgange mellem MDP og hjemmeplejen/plejecentre.

2.0 Konklusioner

Dette kapitel fremhæver rapportens konklusioner. Der konkluderes dels på baggrund af evalueringens formål dels på tværs af alle temaer i evalueringen. Konklusionerne skal ses i en større sammenhæng. Det skal for det første bemærkes, at der er foregået andre tiltag og initiativer sideløbende med implementering af rehabiliteringstankegangen.

En del af disse tiltag har været rettet mod rehabilitering og organisering. Her er f.eks. tale om møder i medarbejdergrupperne arrangeret af områdelederne.

For det andet er det væsentligt at bemærke de betydende ændringer, der har pågået parallelt med implementeringen af rehabiliteringstankegangen og gennemførsel af evalueringen. På MDP og i Træning og Aktivitet har der været omorganiseringer. I Træning og Aktivitet blev der per 1. januar 2012 gennemført en omfattende organisationsændring, og i foråret er der gennemført en større fysisk flytning. På MDP er der gennemført en midlertidig flytning i forbindelse med renovering og efterfølgende indflytning i de renoverede lokaler. I den forbindelse blev der de første seks måneder af 2012 lukket fem af de 20 pladser på MDP.

2.1 Konklusion i forhold til formål med evalueringen:

Der er udarbejdet en omfattende status vedrørende borgerperspektiv, pårørendeperspektiv, medarbejderperspektiv og i nogen grad det organisatoriske perspektiv. Status bygger på data af såvel kvalitativ som kvantitativ art indhentet i sommeren 2012.

Denne status har med bud på justeringer i indsatsen, i form af anbefalinger (afsnit 3) skabt et afsæt for den fremadrettede rehabiliteringsindsats på MDP.

Arbejdet med evalueringen har skabt læring i organisationen på mange niveauer hos de medarbejdere, som har bidraget via interview, dataindsamling og hos de ansvarlige for dele af evalueringen. Der er sket læring i forhold til rehabilitering i det daglige kliniske arbejde og det tværfaglige samarbejde samt i arbejdet med evaluering på tværs af virksomheder, hvor mange fagpersoner har bidraget konkret med delelementer af evalueringen.

2.2 Konklusioner på tværs af henholdsvis opsamlingen og temaerne i evalueringen

Nedenstående konklusioner er inddelt i emner, som er opstået i arbejdet med at analysere på tværs af både opsamlingen og evalueringen. Især er der arbejdet på tværs af temaerne i det evaluerende element.

- **Rehabiliteringstankegangen**

Overordnet er rehabiliteringstankegangen godt i gang med at virke som en bevidst referenceramme i borgerforløbene på MDP. Der arbejdes målrettet i borgerforløbene, men udarbejdede dokumenter kan anvendes mere konkret i det kliniske arbejde. Der arbejdes med brugerinddragelse og tværfagligt samarbejde. På disse felter er der udviklingspotentiale.

Det fungerer nu overvejende tilfredsstilende med, at Visitationen "visiterer til døren"[1] ved indskrivelse på MDP, og at der visiteres til personlig og praktisk hjælp, hjælpemidler og plejebolig efter udskrivelse.

- **Forløb og forløbstyper på MDP**

I 2011 blev der påbegyndt 190 borgerforløb og afsluttet 182 forløb på de 20 pladser. I de første seks måneder af 2012 blev der påbegyndt 85 borgerforløb og afsluttet 71 forløb på de 15 pladser.

Den gennemsnitlige indskrivelsestid i 2011 var 33,9 dage, og i de første seks måneder af 2012 var den 40,5 dage.

Ca. 70 % af borgerne indskrives fra hospital.

I gennemsnit afsluttes et til to forløb per måned med død.

Gennemsnitsalderen for borgere indskrevet på MDP var i 2011 80,3 år, og i de første seks måneder af 2012 76,7 år.

Der ses en tendens til at andelen af borgere med forløb over 21 dage er højere for borgere under 67 år end for borgere over 67 år.

Belægningsprocenten på MDP var i 2011 i gennemsnit 95,6 % og i de første seks måneder af 2012 var den 99,3 %.

I de første seks måneder af 2012 blev ca. 22 % af sengedagene på MDP forbrugt af borgere, som var visiteret til plejebolig.

- **Plejeboligansøgning**

Ca. 1/3 af de borgere, som visiteres til plejebolig har været indskrevet på MDP. Dette gælder både i 2011 og i de første seks måneder af 2012.

I 2011 blev 37 borgere (23 % af 160 borgere) udskrevet til plejebolig og 104 borgere til eget hjem. I første halvdel af 2012 blev 21 borgere (30 % af 71 borgere) udskrevet til plejebolig og 33 til eget hjem.

I 2011 blev i alt 123 borgere visiteret til plejebolig og 35 % af disse borgere har været i kontakt med MDP før, under eller efter tidspunktet for ansøgningens modtagelse. 32 borgere ansøgte om plejebolig under deres ophold på MDP. I de fire første måneder af 2012 blev otte borgere fra MDP visiteret til plejebolig. I de første fem måneder blev i alt 18 borgere i Halsnæs Kommune visiteret til plejebolig.

[1] "At visitere til døren" vil sige, at Visitationen ikke er involveret i planlægningen af de faglige indsatser mens borgeren er på MDP, men har fokus på det overordnede formål med opholdet. Plejepersonalet på MDP har den koordinerende rolle i borgerens forløb under borgerens ophold på MDP.

- **Samarbejdet med almen praksis**

Der har været 342 lægekontakter og er udført 63 lægetilsyn i første halvdel af 2012. I 66 % af borgerforløbene har der været kontakt til egen læge og i 33 % af forløbene har der været tilsyn ved vagtlæge eller praktiserende læge.

- **Fysio- og ergoterapeutisk intervention**

I 2011 fik 88 % af de 160 forskellige borgere, som påbegyndte et forløb på MDP træning eller blev vurderet af en fysio- eller ergoterapeut. Dette gælder både for Servicelovs - borgere og Sundhedslovs - borgere. I de første seks måneder af 2012 var det 81 %.

I marts 2012 går der for Sundhedslovs – borgere i gennemsnit 3,2 dage fra borger indskrives på MDP til første kontakt med Træning og Aktivitet. I forhold til Servicelovs – borgere går der i samme periode 3,6 dage i gennemsnit.

- **Tilbud til borgere på MDP om aktiverende/sociale tiltag**

Både de pårørende og borgerne nævner samstemmende, at der mangler sociale aktiviteter på MDP, som kan opleves for "plejehjemagtigt".

I denne sammenhæng opfordres til, at medarbejderne udviser større interesse for den enkeltes behov, personlighed og interesser med henblik på at fremme sociale aktiviteter som væsentlige elementer i rehabiliteringsforløbet og en meningsfyldt hverdag.

- **Målsamtale[2]**

Der er afholdt 34 målsamtaler i de 85 borgerforløb, svarende til 40 % af forløbene. Dertil kommer otte samtaler, som tilnærmelsesvis er målsamtaler, men de er afholdt i forbindelse med modtagelses- og indskrivelsessamtale, eller det er samtaler, hvor Visitationen har deltaget. Der er enighed blandt medarbejderne om vigtigheden i at få mere gang i flere målsamtaler. Målsamtalerne er et vigtigt redskab i det daglige arbejde med rehabiliteringstankegangen og håndtering af faglige udfordringer.

Borgerne oplever generelt at have gode samtaler med medarbejderne, men mener samtidig, at der er mange møder, der kan virke som spild af tid. Det nævnes, at samtalerne kan blive for formaliserede. Dette kunne tyde på, at der mangler en afgrænsning mellem indledende samtale og målsamtale, samt en bedre formidling af målet med samtalerne over for borgeren. Det er ikke tydeligt fremkommet, om de pårørende har lignende oplevelse.

Det fremgår af evalueringen, at der er forbedringspotentialer i gennemførsel af målsamtalerne. Af de afholdte refleksionsseancer på MDP fremgår det, at der kunne have været en tydeligere koordinering, hvis der var blevet afholdt målsamtale. Medarbejderne ytrer, at der er behov for en mere formaliseret struktur med en bedre styring og skarpere rollefordeling mellem fagpersonerne inden samtalen. Derudover er der ønske om at udvikle en tjekliste til gennemførelsen af samtalen. Ligeledes er det vigtigt, at alle faggrupper bruger det samme skema og inddrager hinanden i videreudviklingen af skemaerne.

[2] Målsamtalen er et møde mellem borger, pårørende, plejepersonale evt. fysioterapeut/ergoterapeut og andre relevante, hvor der med udgangspunkt i borgerens ønsker opsættes klare rehabiliteringsmål. Herunder mål for den kommende uge. Mødeleder er plejepersonale fra MDP. Målsamtalen afholdes i 2. uge af borgerens ophold på MDP.

- **Borgerinddragelse**

Overordnet føler borgerne sig inddraget i forløbet på MDP. Borgerne oplevede ikke, at der blev bestemt over dem. Ligeledes er de interviewede borgerne generelt tilfredse med den inddragelse, der har været af de pårørende. Det nævnes, at borgerne oplever, at de har måttet trække meget på pårørende i forbindelse med flytning til anden bolig og i forbindelse med transport fra hospital til MDP. Samtidig udtrykker borgerne, at flytninger til og fra MDP ofte foregår med kort planlægningstid.

- **Pårørende**

Overordnet kan det siges, at medarbejderne har fokus på de pårørende. De pårørende føler sig inddraget, og borgerne giver udtryk for, at det var godt, at deres pårørende deltog i samtaler på MDP.

Medarbejderne roses for at være gode til at kontakte pårørende, når der er noget, de er i tvivl om. Dog er der et ønske om, at medarbejderne også kontakter pårørende uden en direkte grund engang i mellem. Ligeledes ønsker de pårørende, at der bliver spurgt mere ind til borgerens behov, hvem borgeren er som person, hvilke interesser vedkommende har, så der ikke kun spørges ind til praktiske ting. Det fremgår ikke af evalueringen om borgerne ønsker dette.

Af de tværfaglige konferencer fremgår det, at der lyttes til pårørendes forventninger.

- **Tværfagligt samarbejde**

Det er tydeligt, at der arbejdes tværfagligt i indsatsen på MDP. Der er stor forståelse for vigtigheden af det tværfaglige samarbejde samt åbenhed fra alle faggrupper i forhold til kontinuerligt at forbedre samarbejdet, ligesom der er behov for et tættere forhold faggrupperne imellem. Medarbejderne ønsker oftere at få både træningsfagligheden og andre fagligheder med i den samlede indsats også hos borgere, hvor det ikke vurderes, at der er et decideret træningsbehov.

De tværfaglige konferencer opfattes som et vigtigt omdrejningspunkt for samarbejdet omkring borgeren. Ønsket er fortsat at arbejde på at prioritere og kvalificere konferencerne. Medarbejderne giver udtryk for, at det nu fungerer bedre end i starten. Både i medarbejderinterview og i observationen af de tværfaglige konferencer, er det imidlertid blevet tydeligt, at der er plads til forbedringer i afholdelsen af de tværfaglige konferencer. Det handler om, at der er behov for en mere formaliseret struktur med en bedre styring og afklaring af, hvem der er mødeleder inden samtalen, samt at konferencen finder sted i rolige omgivelser. Derudover ytres der ønske om, at skal være en person til stede under konferencen, som kender borgeren.

I forhold til samarbejde med Visitationen vurderes det positivt, at der er tilknyttet faste visitatorer på faste dage.

Forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen ses som relevant i forhold til at beskrive og fordele roller, fastholde deadlines, og som en introduktion til nye medarbejdere. Medarbejderne oplever forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen som omstændelig og ikke er så anvendelig i dagligdagen. Enkelte mener, at det er svært at tage ejerskab til forløbsbeskrivelsen, da processen omkring udarbejdelsen af dokumentet ikke inddrog dem.

Halsnæs
Kommune

3.0 Anbefalinger

Det følgende er alle begrundet i resultater og konklusioner fra nærværende evaluering og de perspektiver, som evalueringen repræsenterer, borgerperspektivet, pårørendeperspektivet, medarbejderperspektivet og i nogen grad det organisatoriske.

3.1 Forløbstyper på MDP

Det foreslås at:

- Der udvikles en struktur, som tydeliggør de forskellige forløbstyper (aflastning, terminale/palliative, venteplads til plejebolig og rehabilitering), som forløbene på MDP kan opdeles i.
  Rehabiliteringsforløb kan differentieres efter kompleksitet og tyngde.
  Strukturen anvendes til at sikre relevant og målrettet anvendelse af personaleressourcerne.
- Nedbringe antal sengedage, som anvendes til "ventedage" fx ved at:
  - Visitator besøger borger, som er på MDP indenfor en uge efter modtagelse af plejeboligansøgning
  - Flere borgere vurderes til plejebolig i hjemmet uden de indskrives på MDP
  - Oprette ekstra plejeboliger. (Der åbnes i nærmeste fremtid 16 pladser)

3.2 Adskillelse af faglige opgaver og myndighedsansvar

Det foreslås at:

- Fortsætte med tilknytning af faste visitatorer til MDP
- Fortsætte m. faste tider, hvor visitatorerne er til rådighed for borgere, pårørende og fagpersoner med opgaver på MDP med henblik på afholdelse af møder primært udskrivelsesmøder

3.3 Viden om rehabilitering og struktur i borgerforløbende på MDP

Det foreslås at:

- Der fastsættes mål for, hvor mange målsamtaler, der skal afholdes i 2013. Målet kunne være, at der i 85 % af forløbene er afholdt målsamtale
- Fortsætte med, ved indskrivelsen af borger på MDP, at indkalde borgere og pårørende til målsamtaler på fastsatte tider
- Der udarbejdes en dagsorden/et tjekskema, som anvendes af alle samarbejdspartnere i forbindelse med målsamtalen
- Der beskrives kriterier for, hvilken undervisning fagpersoner på MDP skal have gennemgået
- At der løbende, efter fastlagt program, afvikles undervisning indenfor relevante temaer
- Undervisning tilbydes tværfagligt og samlet for Træning og Aktivitet og MDP
- Forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen samt Standardforløb tilrettes i retning af lidt færre formelle møder med en tydeligere beskrivelse af formål, indhold m.m. vedr. møder og konferencer. Herunder udarbejdes og revideres støtteskemaer og tjeklister
- Der er fokus på konkret omsætning af teori om rehabilitering i den daglige kliniske praksis fx i forhold til, hvordan der kan arbejdes med målsætning i tæt samarbejde med borgerne og de pårørende. Der kan arbejdes konkret med borgernes vigtighedsområder.
- Der tilbydes flere (sociale) aktiviteter for borgerne evt. ved f.eks. at inddrage frivillige.

3.4 Tværfagligt samarbejde

Det foreslås at:

- Der arbejdes videre med overgange fra hjemmehjælpen og hjemmesygeplejen til MDP og plejecentre
- Der arbejdes med at inddrage de private leverandører mere målrettet i arbejdet med rehabilitering i borgerforløb på MDP i forhold til overgange
- Tilbyde supervision for plejepersonale og ergo- og fysioterapeuter ved uddannet supervisor i fast gruppe eller fx fast en gang om måneden for skiftende medarbejdere
- Refleksionsseancer fortsat anvendes og tilgodeser læringselementet i udvalgte forløb med deltagelse af de centrale aktører i borgerforløbet
- Der fortsat er fokus på at udvikle de tværfaglige konferencer i retning af mere struktur og tydelig mødeledelse samt mere konkret anvendelse af borgernes mål fra målsamtalen
- Der arbejdes på at tydeliggøre plejepersonalets koordinerende rolle i borgerforløbene jvf. Forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen
- Der etableres undervisning i emnet tværfagligt samarbejde i relation til rehabilitering

3.5 Samarbejdet med de praktiserende læger

Det foreslås at:

- Emnet tages op på møde med de praktiserende læger, hvor denne rapports data præsenteres.
- Undersøge samarbejdet med de praktiserende læger med kvalitative metoder idet de praktiserende læger er væsentlige aktører i borgernes komplekse rehabiliteringsforløb på MDP

3.6 Træning ved ergo- og fysioterapeuter

Det foreslås at:

- Allokere flere ressourcer til vurdering og træning af borgere på MDP til de mere komplekse forløb, som kræver intensive træningsforløb
- Det, i udvalgte forløb, gøres muligt at tilbyde daglig træning f.eks. til borgere, som er i den erhvervsaktive alder og har erhvervet hjerneskade

Nedenstående anbefalinger er begrundet i en kobling af nærværende evaluering samt andre igangværende tiltag i Halsnæs Kommune. Anbefalingerne er fremkommet ved en perspektivering af rapportens resultater (afsnit 10)

3.7 Fysisk aktivitet som tværgående mål i Halsnæs Kommunes sundhedspolitik

Det foreslås at:

- Medarbejderne på MDP har særligt fokus på fysisk aktivitet hos borgere, som venter på en plejebolig

3.8 Forebyggelse af forebyggelige indlæggelser

Det foreslås at:

- Der udføres analyse af de 10 til 15 % af borgerforløbene på MDP, som afsluttes med indlæggelse på hospital. Dette med henblik på at afdække problemstillingerne, som fører til indlæggelser. Kan de forebygges af hospital eller Halsnæs Kommune?

3.9 Kvalitetsløft i indsatser til borgere med erhvervet hjerneskade

Det foreslås at:

- Målet i 2013 er at afholde målsamtale i 95 % af forløbene for borgere med erhvervet hjerneskade
- Træningshyppigheden/intensiteten ved ergo- og fysioterapeuter gøres mere fleksibel således, at udvalgte borgere får træning fx dagligt en periode
- Der på Plejecenter Hundested oprettes en lille afdeling for yngre voksne med erhvervet hjerneskade

4.0 Formål og metode

I det følgende kapitel beskrives evalueringens formål, design, metode og fremgangsmåde.

Det forventes, at evalueringen tilvejebringer ny viden til medarbejdere og ledere i virksomheder under Forebyggelse og Sundhed og dermed gavner det fremadrettede arbejde til gavn for borgerne med henblik på at skabe gode sammenhængende rehabiliteringsforløb for borgerne.

4.1 Formål med evalueringen er:

a. At udarbejde en status på udviklingstiltaget med implementering af rehabiliteringstankegangen på MDP
b. At skabe afsæt for den fremadrettede rehabiliteringsindsats og give bud på evt. justeringer i indsatsen og udarbejdede dokumenter fx Forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen
c. At give læring i organisationen

Målgruppen for denne evaluering er medarbejdere og ledere ansat i området Forebyggelse og Sundhed. Herunder særligt medarbejdere og ledere, som konkret arbejder med udviklingstiltaget og er væsentlige aktører i rehabiliteringsindsatsen for borgere med forløb på MDP. Evalueringen vil blive afrapporteret til styregruppen.

4.2 Design og metode

Evalueringen består af to dele, som hver især indeholder flere temaer:

- En opsamling, som er et resumé af afviklede aktiviteter og opnåede resultater gennem udviklingstiltagets første to år (afsnit 6)
- En evaluering, som giver status på det konkrete evalueringstidspunkt indenfor områder, som opsamlingen ikke giver svar på (afsnit 7)

Der har forud for denne evaluering været en proces, som har løbet over 2 år. Flere af de områder, der har været arbejdet med i denne periode har karakter af formativ evaluering[3] f.eks. tre afholdte refleksionsseancer. Mange temaer er løbende drøftet i arbejdsgruppen og efterfølgende behandlet med ændringer og nye arbejdsgange. Det vil sige, at der gennem de seneste to år er arbejdet med refleksion og læring, som har ført til justeringer og nye tiltag. På den baggrund rummer evalueringen derfor både en opsamling og e evaluering. Evalueringen skal frembringe viden og data, som vi ikke i forvejen er bekendt med fra arbejdet med processen,

[3] Formativ evaluering anvendes her i betydningen en fremadrettet evaluering. Der identificeres muligheder for forbedringer. Der arbejdes fremadrettet med fokus på læreprocessen og løbende justeringer.

beskrevet i opsamlingen. Evalueringen vurderer forskellige temaer, som er væsentlige for rehabilitering (bilag 1).

Evaluering består af både kvantitative data og kvalitative data, som er hentet fra forskellige datakilder. En del af de kvantitative data er hentet fra borgernes journaler.

Der arbejdes efter følgende definition af rehabilitering fra Hvidbogen (MarselisborgCentret 2004, s. 16):

> *"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats."*

Således rummer rehabiliteringsbegrebet bl.a. tværfagligt samarbejde, brugerinddragelse og pårørende samarbejde, målsætningsarbejde, sammenhængende indsatser m.m.

Prioriteringen i denne evaluering tager afsæt i aktuel viden og et fokus på det, de involverede aktører oplever som relevant. Evalueringen forventes at kunne bidrage med viden som er relevant set i lyset af fremtidens krav til kommunens rehabiliteringsindsats i det samlede sundhedsvæsen og de samarbejdsformer og den målrettethed, som der kræves.

4.3 Materiale

Materiale skal her forstås, som det eller dem, der leverer rådata til evalueringen.

I data fra opsamlingen indgår udarbejdede referater og andre dokumenter gennem de seneste to år. Der er tale om dokumenter relateret til processen med at implementere rehabiliteringstankegangen.

Endvidere indgår data fra borgerforløb fastlagt ud fra på forhånd fastlagte kriterier i relation til de enkelte temaer i evalueringen. Data er indhentet via journalmateriale.

Data fra medarbejdere om deres oplevelser er indhentet via interview og observation af tværfaglige konferencer på MDP.

Endelig er data hentet fra borgere og pårørende via fokusgruppeinterview med borgere og telefoninterview med pårørende

Inklusionskriterier:
Borgere, som har været indskrevet på MDP i udvalgte periode. De enkelte perioder er defineret efter, hvad der ønskes svar på i delundersøgelsen samt ud fra det praktisk mulige. Perioden fremgår under det enkelte tema. For oversigt over metodevalg og materiale i de forskellige temaer se bilag 2.

I evalueringens kvalitative undersøgelser indgår telefoninterview med fem pårørende, et fokusgruppeinterview med tre borgere, et fokusgruppeinterview med seks medarbejdere, observation af to tværfaglige konferencer på MDP med deltagelse af plejepersonale, ergoterapeuter og fysioterapeuter.

4.4 Analyse

I de kvantitative analyser har projektlederen beskrevet og analyseret data, som er indhentet af forskellige medarbejdere. Analyserne er kvalitetssikret af de medarbejdere, der har deltaget i arbejdet med at trække de relevante data.

5.0 Etik

Data, som indgår i evalueringen bliver behandlet fortroligt. Navne, køn og andre personhenførbare oplysninger er så vidt muligt ændret/anonymiseret.

Medarbejdere, som bidrager med egne oplevelser eller er "genstand" for observationer er så vidt muligt anonymiseret og behandles fortroligt.

Fokus for evalueringen er læringsperspektivet i organisationen og de fremadrettede indsatser. Der sker således ikke en bedømmelse af enkelte personer og det sundhedsfaglige personale. Evalueringen vil blive gennemført med respekt for medarbejderne og med en anerkendende tilgang.

6.0 Opsamling af afviklede aktiviteter

I dette afsnit beskrives de tiltag, der er arbejdet med i de forskellige faser af processen med implementering af rehabiliteringstankegangen. Leverancer og opnåede resultater vil fremgå.

Følgende elementer indgår:

- Møder i arbejdsgruppe (syv møder i udviklingsfasen), møder i implementeringsgruppen (13 møder i udviklingsfasen)
- Møder i styregruppen (fem møder)
- Udarbejdede dokumenter fx forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen og standardforløb
- Undervisning i rehabiliteringstankegangen (fire gange to timer for plejepersonale på MDP)
- Rehabiliteringskoordinatorens tilstedeværelsesdage på MDP (i alt ni hele dage)
- Supervisionsgruppe (et gruppeforløb med otte medarbejdere og seks mødegange)
- Refleksionsseancer (tre borgerforløb behandlet på tre forskellige møder)
- Samarbejdsforum (to borgerforløb behandlet på to forskellige møder)

6.1 Planlægningsfasen (februar 2010 til maj 2010):

I denne fase var fokus at få sat implementeringen i gang.

Møder:
Der blev afholdt et par opstartsmøder og organiseringen kom på plads. Første styregruppemøde blev afholdt d. 10. maj 2010, som eneste styregruppemøde i denne fase. Undervisningstiltag rettet mod plejepersonale på MDP blev påbegyndt.

Undervisning:
Rehabiliteringskoordinatoren afholdt d. 9. marts 2010 en undervisningsseance for personalet på en temadag. Det var undervisning to timer i rehabiliteringstankegangen. Denne undervisning blev gentaget i maj.

Emnerne var:

- Baggrund for at vi skal arbejde med rehabilitering
- Rehabiliteringsbegrebets historie
- Hvad er rehabilitering og adskillelse fra andre begreber

- Definition af rehabilitering
- Kerneområder i rehabilitering
- Aktører i rehabilitering
- Tove Borgs model

Tilstedeværelsesdage:
Rehabiliteringskoordinatoren påbegyndte tilstedeværelsesdage på MDP og i denne fase var det tre hele dage. Disse dage havde karakter primært karakter af, at rehabiliteringskoordinatoren fik indblik i arbejdet på MDP og personalet lærte denne at kende. Der foregik også dialog og refleksion med personalet i relation til rehabiliteringstankegangen og opfølgning på den afviklede undervisning.

6.2 Udviklingsfasen (juni 2010 til marts 2011):
I denne fase var fokus på at udvikle rehabilitering på MDP og få struktur samt rammer på plads.

Møder og udarbejdede dokumenter:

Arbejdsgruppen afholdt syv møder og udarbejdede følgende, som er væsentlige leverancer, der alle blev godkendt af styregruppen:

- Forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelse for midlertidig døgnplads på Rosen og Plejecentret Halsnæs (bilag 3)
- Standardforløb for midlertidig døgnplads for borgere på MDP Plejecentret Halsnæs (bilag 4)
- Visitationskriterier MDP (midlertidige døgnpladser) Plejecenter Halsnæs (bilag 5)

Styregruppen har afholdt tre møder i perioden.

Undervisning:
Rehabiliteringskoordinatoren har afviklet undervisning to gange to timer i emner, som beskrevet i afsnit 6.1.

Tilstedeværelsesdage:
Rehabiliteringskoordinatoren havde i perioden seks tilstedeværelsesdage på MDP. På disse dage blev der arbejdet med rehabiliteringstankegangen, hvor rehabiliteringskoordinatoren indgik i en refleksiv dialog med medarbejderne. Dialogen handlede bl.a. om arbejdsgange, udarbejdelse af f.eks. aktuel status og arbejdet med at implementere mere målrettede forløb. Rehabiliteringskoordinatoren fulgte medarbejdere i det daglige kliniske arbejde og fulgte tværfaglige møder og konferencer, hvilket gav et godt grundlag for at inddrage oplevelser fra den kliniske praksis i arbejdet med udviklingstiltaget.

Supervision:
Rehabiliteringskoordinatoren, som er uddannet supervisor har forestået et forløb med en supervisionsgruppe. Forløbet var planlagt til at starte i september 2010, men blev udsat bl.a. pga. lederskifte og foregik i perioden fra 24. november 2010 til 23. marts 2011. Det var et gruppeforløb over seks mødegange á to timers varighed og med ca. tre uger mellem møderne. Gruppen bestod af otte personer. Det var tre sygeplejersker, en social- og sundhedsassistent og fire social- og sundhedshjælpere. En social- og sundhedshjælper startede aldrig i gruppen, en sygeplejerske og en social- og sundhedshjælper mødte frem en gang og udtrådte af gruppen i forløbet. Begrundelserne for at forløbet blev afbrudt, efter aftale med ledelsen skyldes bl.a. personlige forhold hos de medvirkende medarbejdere.

Det er supervisors indtryk, at gruppen overordnet set havde gavn af supervisionen og var tilfredse med tilbuddet. Der er foregået mange refleksioner og mange svære problematikker er blevet behandlet under supervisionerne.

Samarbejdsforum:
På styregruppemøde i november 2010 besluttede sundhedschefen at sætte ekstra fokus på implementering af rehabiliteringstankegangen. Som supplement til de aktiviteter, som foregik i arbejdsgruppen, blev afholdt audit[4]/refleksion omkring et borgerforløb, hvor styregruppe, arbejdsgruppe samt relevante aktører i den konkrete borgeres forløb deltog. Der blev afholdt to audit med fem måneders mellemrum. Metodevalget var lidt forskelligt i de to forløb. I forløb nummer to blev anvendt metoder fra supervision med interview af centrale medarbejdere, fokus på refleksion og anerkendende tilgang. Auditforløbene skabte ekstra fokus på rehabiliteringstænkningen og det væsentlige ved tværfagligt samarbejde. Der deltog ledere og medarbejdere fra følgende virksomheder: Visitationen, Hjemmeplejen, MDP på Hundested Plejecenter og Træning og Aktivitet. Rehabiliteringskoordinatoren deltog ved begge møder, og var moderator ved det ene møde.

6.3 Implementeringsfase (april 2011 – marts 2012)
I denne fase med at implementere rehabiliteringstankegangen blev de udarbejdede dokumenter, som er rammen om arbejdet med rehabilitering, blandt andet indført. Arbejdsgruppen skiftede navn til implementeringsgruppe og kom til at bestå af lidt færre medlemmer. Hjemmeplejen var repræsenteret i arbejdsgruppen, men ikke i implementeringsgruppen før igen ved planlægning af evalueringen. Begrundelsen for dette var, at der primært var behov for, at personalet på MDP, tilknyttede ergo- og fysioterapeuter og visitationen kunne få indarbejdet de nye arbejdsgange og i første omgang udvikle det konkrete samarbejde på MDP. Visitationens fokus var på "at visitere borgere til døren på MDP" og derefter overlade den faglige planlægning til medarbejderne på MDP.

Møder:
Der er afholdt 10 møder i implementeringsgruppen for at følge arbejdet med Forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen m.m.. Møder i implementeringsgruppen er afholdt på skift med refleksionsseancer (se nedenstående). Således er der på møderne blevet arbejdet med resultater og fund i refleksionsseancerne.

Der er afholdt et styregruppemøde i denne fase og et styregruppemøde lige ved overgangen til evalueringsfasen.

Refleksionsseancer:
Der er afviklet tre refleksionsseancer i perioden 12. maj til 7. oktober 2011. Refleksionsseancerne er refleksionsrum, hvor de personer, som har været involveret i de konkrete forløb deltager. Det vil sige medarbejdere fra MDP, fra Træning og Aktivitet samt fra Visitationen. I det ene forløb deltog ingen fra Visitationen. I et enkelt forløb deltog to medarbejdere fra en privat leverandør. Desuden har områdeleder på MDP og områdeleder fra Træning og Aktivitet samt rehabiliteringskoordinator deltaget. Der har været afsat 1½ time til hver seance. Med afsæt i forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen samt kerneområder i rehabilitering er borgerforløbene gennemgået med henblik på at finde de elementer, som har fungeret godt samt udviklingspunkter. Visitationen, Træning og Aktivitet samt plejepersonale på

[4] Definition af audit: Audit betegner fagpersoners systematiske vurdering af patientforløb med henblik på at afdække tilfredsstillende eller ikke tilfredsstillende forhold på grundlag af definerede kvalitetsmål. Kjærgaard J., Mainz M., Jørgensen T. og Willaing Ingrid. Kapitel 7: Audit i Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Munksgaard. 2008.

MDP har på skift udvalgt hver et forløb, og de to områdeledere og rehabiliteringskoordinatoren har på skift været moderatorer.

Refleksionsseancer på MDP – sammenskrivning af de tre seancer

Ved refleksionsseancerne har strukturen for, hvordan forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen er blevet fulgt i konkrete borgerforløb været i fokus og i mindre grad det faglige. Spørgsmålene var: "Hvad kan vi lære af dette forløb?", "Hvor var der særlige udfordringer?". Der tages udgangspunkt i forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen og ikke i standardforløbet

Følgende er en analyse af de tre referater, som er udarbejdet efter hver refleksionsseance.

Beskrivelse af de tre borgerforløb, som blev udvalgt til refleksionsseancerne:

- Det første forløb var en borger, som blev indskrevet på MDP fra hjemmet. Borgeren havde kort tid forinden været indlagt på hospital. Borgeren udskrives til plejebolig.
- Det andet forløb var en borger, som indskrives på MDP fra hospital. Der var planlagt udskrivelse til hjemmet.
- Det sidste forløb var en borger, som indskrives for anden gang på MDP. Indskrevet fra hospital ved anden indskrivelse og blev indskrevet fra hjemmet første gang.

Se bilag 6 for skematisk gennemgang af de tre refleksionsseancer og udviklingspunkter.

Sammenfatning:
Medarbejdere fra MDP peger, efter første seance, på, at samarbejdet med Træning og Aktivitet er udviklet og blevet bedre. Efter anden seance fremgår det, at det fungerer med at få afholdt indskrivningssamtaler og udarbejde aktuel status. Efter tredje seance gøres opmærksom på, at der ikke skal tages for mange beslutninger på baggrund af et øjebliksbillede af borgernes situation og behov. Beslutninger bør tages på baggrund af observationer over længere tid. Endelig er koordinering med at samle alle informationer og dele dem med alle aktører i borgerens forløb en udfordring for borgerens kontaktperson.

Træning og Aktivitet giver udtryk for, at der mangler koordinering i et udskrivningsforløb for en borger. Visitationen udtrykker, at samarbejdet fungerer.

Sammenfattende for de tre refleksionsseancer gælder, at alle involverede medarbejdere arbejder bevidst og målrettet med at få så stor en succes som muligt med MDP. Bemærkning "Vi styrer jo selv" tyder på engagement og ansvarlighed samt at det er lykkedes at Visitationen "visiterer til døren".

Det er tydeligt, at koordinering er en vanskelig opgave. Der er tale om borgere med mange problemstillinger, multible diagnoser og mange aktører involveret. Det giver faglige udfordringer, som medarbejderne selv er inde på, kan styrkes ved målsamtaler. Af bureaukratiske udfordringer ses hele den administrative arbejdsgang, når en borger søger/bliver bevilget en plejebolig. Der ses organisatoriske udfordringer, når plejen og terapeuterne skal arbejde tæt sammen; og når borgeren overgår fra en enhed til en anden, fra MDP til hjemmet eller til plejecenter.

Forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen synes at imødekomme nogle af de koordinerende og praktiske udfordringer, der er. I forbindelse med udskrivning til hjemmet er der ikke ændret på arbejdsgange. Arbejdsgangsbeskrivelsen kan med fordel udbygges på dette punkt.

Følgende udviklingspunkter er bl.a. fremkommet i analysen:

- Bedre overblik over borgeren i begyndelsen af opholdet

- Bedre udnyttelse af den viden, som hjemmehjælpen og hjemmesygeplejen har om borgeren
- Tydelighed i udmeldinger fx i pjecen om, at alle aktiviteter er træning og ikke kun når borgeren er sammen med en terapeut
- Afholdelse af målsamtaler fremmer koordinering og mål skal være tydelige og tilgængelige for borger bl.a. ved at notere ugemål på tavle
- Mulighed for prøveudskrivelse eller hjemmebesøg

MDP har, i det tværfaglige samarbejde, arbejdet med udviklingspunkter, som fremkom i refleksionsseancerne. Der er afholdt møde med Borgerservice for at få klarhed over ansvars- og opgavefordeling i borgernes forløb i relation til borgere, som har vanskelig økonomi. Ligeledes er der indført faste tider for afholdelse af målsamtale. Plejepersonalet på MDP er blevet i stand til at læse borgernes genoptræningsplaner (GOP) elektronisk, hvilket ikke tidligere var muligt. Plejepersonalet har udarbejdet en MDP-handleplan, som anvendes til at få et overblik over borgernes forløb.

7.0 Evaluering

Dette afsnit præsenterer de temaer, som indgår i evalueringen. Temaerne præsenteres med mål, evalueringsspørgsmål, konklusion på evalueringsspørgsmål, metode og materiale, analyse og resultater af analyse.

Evalueringen giver status på et konkret tidpunkt (sommeren 2012) og primært indenfor områder/temaer, som opsamlingen ikke giver svar på. Temaerne vil blive gennemgået nedenfor. Der henvises til bilag 1 for en uddybende oversigt over temaer og indhold i evalueringen.

Der er lagt vægt på, at evalueringen tager udgangspunkt i rehabiliteringstankegangen og definitionen af rehabilitering. Denne evaluering er en mulighed for at gå i dybden med de faglige og organisatoriske kerneområder i rehabilitering, hvortil der primært vil blive anvendt kvalitative metoder.

Nummereringen af nedenstående temaer følger nummereringen i bilag 1: Godkendte temaer for evalueringen på MDP, Plejecenteret Halsnæs

- Tema 1: Brugerinddragelse
- Tema 2: Pårørendeinddragelse
- Tema 3: Medarbejdernes perspektiv
- Tema 4: Tværfagligt samarbejde
- Tema 5: Samarbejdet med de praktiserende læger
- Tema 6 og 16: Kvantitative data fra belægningslisten på MDP samt plejeboligventelisten
- Tema 7 og 8: Personaleomsætning og sygefravær
- Tema 9, 10, 11 og 13: Struktur i forløbene på MDP (målsamtale og aktuel status)
- Tema 14 og 15: Borgernes træningstilbud
- Tema 12 og 17: Visitationens administrative udskrivelser, afholdelse af udskrivelsesmøder og de faste tider til dette i visitationen

Temaer med tilhørende mål, metode og resultater

I de nedenstående afsnit beskrives mål, evalueringsspørgsmål, konklusion på evalueringsspørgsmål, metode, materiale og resultater for hvert enkelt af ovennævnte temaer.

7.1 Tema 1: Brugerinddragelse

Mål

At få viden om borgernes oplevelse af inddragelse i deres rehabiliteringsforløb og sammenhæng.

Evalueringsspørgsmål

Hvordan eller I hvor høj grad føler borgerne sig inddraget i planlægningen af deres forløb?
Hvordan oplever borgerne sammenhæng?

Konklusion

Generelt gav de tre interviewede borgere udtryk for at være meget tilfredse med deres ophold på MDP. De følte sig alle tilfredsstillende inddraget i deres forløb. En borger udtrykte tydeligt, at være blevet styrket fysisk, men ikke psykisk, hvilket borgeren heller ikke anså for personalets opgave.

En af borgerne ville gerne have haft mulighed for træning af terapeut i hjemmet.

Metode

Der er anvendt kvalitativ evaluering ud fra fokusgruppeinterview med borgere, som har været indskrevet på en midlertidig døgnplads.

Der er afviklet et fokusgruppeinterview á 1½ times varighed. To medarbejdere har faciliteret processen med afsæt i en udarbejdet spørgeguide (bilag 7). En tog notater og en var interviewer. Afsættet for spørgeguiden er Forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen (bilag 3).

Borgerne er udvalgt af visitatorer, terapeuter og plejepersonale på MDP efter definerede kriterier (bilag 5). Borgerne blev ringet op af projektlederen og forespurgt om de ønskede at deltage i gruppeinterview/fokusgruppeinterview. Borgeren fik, efter tilsagn, tilsendt brev med information om afholdelse af interviewet (fokus, tid, sted og transport). Der blev arrangeret gratis taxakørsel for deltagerne. Interviewet foregik i et stort, roligt beliggende lokale med handicapvenlig adgang.

Materiale

Tre borgere, to kvinder og en mand, deltog i interviewet. Informanterne var. To af borgerne havde mødt hinanden under opholdet på MDP. Deres alder var 64, 72 og 74 år. Alle tre borgere kom fra hospital til MDP og blev udskrevet til egen bolig, heraf de to til en anden bolig (ældre og handicapvenlig bolig). En borger var indskrevet ca. 14 dage, en anden ca. en måned og den tredje ca. 2½ måned. Borgerne havde været indlagt på hospital med tre forskellige diagnoser/symptomer. En havde fået konstateret type 2 DM og havde komplikationer til dette, en havde apopleksi og en tredje var kronisk dialysepatient med behov for dialyse og havde været indlagt med ødem (væskeophobning) af ben.

Alle tre borgere havde under opholdet på MDP kontakt til både plejepersonale og ergoterapeuter/fysioterapeuter. Den ene borger havde dog kun kontakt til fysioterapeut en

enkelt gang, da hun gik i dialyse. De to af borgerne gik fortsat til ambulant genoptræning, da fokusgruppeinterviewet blev afviklet.

Tre andre adspurgte kunne ikke deltage af forskellige årsager. To kunne ikke forlade deres bolig, og en blev af personale på plejecenter vurderet til ikke at være i stand til at deltage.

Analyse

Notaterne fra fokusgruppeinterviewet blev efterfølgende opdelt i emner. Sammenskrivningen blev kvalitetssikret af referenten og blev efterfølgende sendt til informanterne til gennemsyn med mulighed for kommentar.

Resultater af analyse

I nedenstående er resultater fra fokusgruppeinterviewet inddelt i temaer, som fremkom under analyse af data fra interviewet og med afsæt i interviewguiden.

Inddragelse

De tre interviewede borgere fortæller, at de ikke havde særlige forventninger til opholdet på MDP på forhånd.

Alle de tre interviewede borgere føler sig tilfredsstillende inddraget i deres forløb. En borger udtaler: ”Jeg har fået den indflydelse, jeg gerne ville have. Jeg er god til at sige til og fra”. Borgeren oplevede dog, at opholdet var ”en parentes” – bare en lille del af et svært forløb. Borgerne oplevede ikke, at der blev bestemt over dem. En borger vidste ikke, hvilken indflydelse, det var muligt at få under opholdet på MDP.

En borger fortalte, at det var godt, at han ret hurtigt efter indskrivelse blev spurgt, om han selv ville varetage medicindosering. Dette gav de to øvrige borgere refleksioner i retning af, om de ikke også selv kunne varetage medicindosering, hvilket de fik hjælp til på interviewtidspunktet.

Sammenhæng

Borgerne beskrev ikke problematikker, som viste manglende faglig sammenhæng i deres forløb i overgangene mellem hospital, MDP og i forløbet efter udskrivelse fra MDP. Den ene borger var dog blevet henvist til ambulant træning efter opholdet på MDP, men pga. ombygning i træningslokaler var der ventetid. Borgeren takkede nej til det ambulante træningstilbud, da der blev plads. Årsagen var angiveligt ventetid på transport, som borger synes, der er meget af i forvejen da han tager til dialyse to gange om ugen. Borger ville gerne have haft mulighed for træning i hjemmet.

En borger ankom til MDP i påsken, hvor træningen blev sat lidt på stand by. Borgeren oplevede dette som uheldigt, men kunne ikke angive om, det havde indflydelse på udviklingen af færdigheder/funktionsniveauet.

I et forløb oplevede en borger, at det gik fremad med funktionsniveauet en periode, hvorefter det gik lidt tilbage bl.a. pga. ventetid på en sko, der skulle specialfremstilles.

Hjælp til selvhjælp

De tre interviewede borgere gav alle udtryk for stort ønske om, at klare sig selv mest muligt, og at det ikke er rart at føle sig afhængig af andre. Alle var enige om, at det er vigtigt at gøre, det man selv kan og lidt til, så det er muligt at blive udskrevet til eget hjem. En siger: ”Godt at blive

opfordret til at træne, så man kan blive uafhængig". Borgerne pointerede endvidere, at det er vigtigt, at personalet skal lytte og give omsorg samt lidt forkælelse. Fx nogle gange servere maden. Der blev givet udtryk for, at opbakkende og støttende adfærd fra personalet er væsentlig. En borger fortæller, at en god oplevelse var at få den hjælp, som der var behov for. En udtalte: " Det virkelige arbejde starter først efter udskrivelse fra MDP".

Sociale aktiviteter

Der blev givet udtryk for, at der manglede sociale aktiviteter. Et par af borgerne mente, at det var godt med lidt ekstra social aktivitet i forbindelse med en påskefrokost. En siger: "Der var ikke noget at lave". Det blev nævnt, at der var lidt for "plejehjemsagtigt" på MDP. En borger ønskede mere spræl, og ønskede tilbud som at kunne synge, oplæsning eller lignende sociale aktiviteter. Denne borger oplevede at være ved at få "institutionskuller".

Overgange

De tre borgere, som deltog i fokusgruppeinterviewet, kom alle fra en hospitalsindlæggelse til ophold på MDP.

Det overordnede er, alle borgerne selv ønskede opholdet på MDP og selv besluttede det. En borger boede inden hospitalsindlæggelse i et sommerhus med høje trin og et lille badeværelse. En anden borger boede inden hospitalsindlæggelse på 2. sal uden elevator og havde behov for hjælp. Disse to borgere blev visiteret til en ældre- og handicapvenlig bolig, hvor de flyttede til direkte efter ophold på MDP.

En borger fortæller, at det var den faste kontaktlæge fra hospitalet, som foreslog ophold på MDP. Ingen af de tre borgere mødte personale, ansat i kommunen, før indskrivelse på MDP. Desuden blev forslaget om ophold på MDP bakket op af børn.

En af de tre borgere blev, på hospitalet, bedt om selv at sørge for transport fra hospital til MDP. Sønnen måtte tage en fridag for at køre, hvilket, borgeren mener, var urimeligt.

Overgangen fra hospital til MDP blev af en borger ikke oplevet som stor. Udskrivelsen foregik dog meget stærkt. Han fik information om formiddagen om, at han skulle udskrives om eftermiddagen.

To af de interviewede borgere husker, at de fik udleveret en brochure ved ankomsten til MDP. En husker ikke, om den blev udleveret.

Inddragelse af pårørende

De tre interviewede borgere har alle haft pårørende, som har været involveret i deres sygdoms- og rehabiliteringsforløb. De er generelt tilfredse med den inddragelse, der har været af de pårørende i forløbet på MDP.

Den ene borger havde ikke haft møder/samtaler på MDP. Således havde den pårørende ikke deltaget. Borgeren havde ikke savnet det. En pårørende havde været involveret i forløbet på hospitalet. De to andre borgere gav udtryk for, at det var godt, at deres pårørende havde deltaget i samtaler på MDP. Den ene borger fortæller, at den pårørende selv bad om at deltage. En borger fortæller om at have fået et tættere forhold til en pårørende under sygdoms- og rehabiliteringsforløbet.

To af borgerne oplever, at de måttet trække meget på de pårørende. Den ene i forbindelse med flytning til anden bolig og den anden i forbindelse med udskrivelse fra hospital til MDP. Det gav særlige udfordringer for den ene borger og de pårørende, at flytningen skulle foregå over få dage, hvor nogle af dagene også var helligdage.

Målsætning og samtaler/møder mellem borger, fagpersoner og pårørende

En borger fortalte, at samtalerne med personalet om mål for opholdet havde været gode. Borgeren havde efterfølgende en samtale med Visitationen og syntes, det var spild med to møder.

En anden borger oplevede, at mål med f.eks. træning var implicitte og det var tilfredsstillede. Samme borger havde telefonisk kontakt med Visitationen og oplevede det godt.

En borger, som var indskrevet på MDP i 14 dage, havde ikke deltaget i formaliserede samtaler og savnede det heller ikke.

En borger fortæller, at der blev afholdt målsamtale efter tre til fire dage. Målet er stadig det samme. Borgeren oplevede, at medarbejderne og han arbejdede i samme retning, blot er det ikke gået så hurtigt som ønsket. Borgeren fik, hurtigt efter ankomst til MDP, udskiftet et gangstativ til en rollator, hvilket var en forbedring, men ventetid på specialfremstillet fodtøj gjorde, at han blev sat tilbage til kørestol.

En borger oplevede ikke, at der ikke var en plan, men et håb. Borgerne vidste, hvordan egne mål skulle nås, og havde derfor ikke behov for flere samtaler. Borgeren synes, at samtale kan blive for formaliseret.

Praktiske forhold

En af borgerne syntes, at maden var dårlig og havde ønsket sig valgmuligheder mellem flere retter. En borger gav udtryk for at opholdet var dyrt. Det blev af borgerne oplevet ”primitivt”, at der ikke var noget køkken ved spisearealet. En borger oplevede at gulvet på MDP ikke blev vasket i 14 dage.

7.2 Tema 2: Pårørendeinddragelse

Mål: At beskrive de pårørendes oplevelser af opholdet på MDP

Evalueringsspørgsmål

Hvordan oplever de pårørende sig inddraget i borgernes forløb på MDP?

Konklusion på evalueringsspørgsmål

Tre ud af fire interviewede pårørende oplevede, at de blev inddraget af medarbejderne på MDP i det omfang, de selv ønskede det. To havde ingen yderlige ønsker til inddragelse. Tre af de fire interviewede blev inddraget i møder med personalet. En blev opfordret af medarbejderne til at deltage i møder.

Metode

Der blev anvendt kvalitativ evaluering med telefoninterview af pårørende. Telefoninterview med de pårørende blev foretaget af interviewer uden tilknytning til MDP.

Intervieweren anvendte en på forhånd udarbejdet interviewguide (bilag 8), som indeholder otte spørgsmål. Interviewguiden er tilpasset ud fra den, der blev anvendt i evalueringen af Rosen i 2010.

Spørgsmålene sigter på at afdække, hvordan de pårørende har oplevet det samlede forløb på MDP. Der blev taget noter ved hvert telefoninterview. Tidsrammen for hvert telefoninterview var max. 15 min. Intervieweren indledte hvert telefoninterview med en introduktion til afvikling af telefoninterviewet.

Intervieweren havde på forhånd modtaget navn på borger og pårørende fra projektlederen. Intervieweren havde endvidere fået information om nuværende opholdssted for borgeren eller om borgerne var afgået ved døden. Borgerne har givet tilsagn til, at de pårørende må kontaktes.

Pårørendeinterview blev gennemført af én interviewer for at sikre ensartethed i afviklingen f. eks. i måden at stille spørgsmål på.

Materiale

De fem pårørende til telefoninterview blev udvalgt af plejepersonale fra MDP ud fra følgende udvælgelseskriterier:

- Borgeren har givet tilsagn om, at den pårørende må ringes op til interviewet
- De mindst ressourcestærke borgeres pårørende, vurderet af medarbejderne
- Pårørende til borgere, som er henholdsvis udskrevet til eget hjem, til plejebolig eller er afgået ved døden
- Ægtefælle til borgeren og børn af borgeren
- Nyligt afsluttede forløb
- Borgere, som under deres ophold på MDP har ventet på en plejebolig

I alt deltog fire af de fem udvalgte pårørende (tre sønner og en datter) i et telefoninterview. Det var ikke muligt at kontakt til den femte pårørende for et interview. To af de fire interviewede pårørende oplevede, at deres mor eller far blev udskrevet til plejecenter og to døde på MDP. Hvert telefoninterview tog i gennemsnit 10-15 minutter.

Analyse

Analysen er udført af intervieweren. Data er analyseret på tværs af de fem telefoninterview. Dette giver mulighed for at identificere tendenser og mønstre samt udfordringer og udviklingsperspektiver i relation til pårørendeperspektivet.

Resultater af analysen

I forhold til de pårørendes vurdering af den samlede oplevelse af opholdet på MDP, var tre af de fire interviewede overordnet tilfredse med opholdet. En var ikke tilfreds med opholdet.

Ifølge de pårørende var borgerne indlagt mellem ca. seks uger og to måneder på MDP. To var indlagt af flere omgange.

To af de interviewede modtog informationer om MDP inden indskrivning via hospitalet, hvor deres pårørende var indlagt. Begge var tilfredse med de informationer, de fik om MDP. En fik information af en privat leverandør af hjemmehjælp om, at MDP kunne være en mulighed for den pårørende, men der var ingen, der informerede om, hvad MDP er. En blev ringet op om, at den pårørende kunne modtages på MDP dagen efter, men der var ingen informationer om MDP.

Tre af de fire interviewede kan ikke huske, om de fik udleveret skriftligt materiale om MDP, en mente sig sikker på ikke at have fået skriftligt materiale om MDP.

Følgende er en sammenfatning af det, som de fire interviewede pårørende oplevede som godt ved opholdet på MDP:

Personalet ydede god omsorg, var åbne, svarede på spørgsmål og informerede om borgerens situation og tilstand. De ringede til pårørende, hvis der var noget, de var usikre på eller ønskede informationer om. De var taknemmelige over, at tilbuddet MDP eksisterer og kunne benyttes i en nødsituation. De pårørende følte sig trygge ved, at personalet sørgede for alt.

Følgende er en sammenfatning af det, de interviewede pårørende betragtede som problematisk ved opholdet på MDP:

To oplevede, at personalet var for lidt synligt ude hos borgerne. En mente, at det var ærgerligt, at de skulle betale 102 kr. for mad per dag, idet borgeren ikke kunne spise. Derudover skulle de pårørende betale de proteindrikke, borgeren fik i stedet for maden.

En pårørende havde mange kritikpunkter og var ikke tilfreds med opholdet på MDP. På en skala fra 1 til 10, hvor 1 er "overhovedet ikke tilfreds" og 10 er "meget tilfreds", gav den pårørende opholdet karakteren 4. Omsorgen forekom rutinepræget. Personalet viste ikke interesse for den enkeltes behov og personlighed. Opholdet virkede som opbevaring, og der var ingen tilbud til borgerne. Personalet både på MDP og plejecenteret virkede inkompetente. Den ene vidste ikke, hvad den anden gjorde fx i forbindelse med medicinen. Det gav indtryk af, at man ikke kunne stole på, at alt var i trygge hænder. Personalet virkede interesseret i borgeren, og at der var faglige retningslinjer, men der manglede professionalitet og bedre omsætning af de gode intensioner. Ved samtaler mellem pårørende, borgeren og personalet oplevede den pårørende, at personalet, både på MDP og på plejecenteret, talte om borgeren i tredje person, og "hen over hovedet" på borgeren, selvom borgeren var til stede, hvilket var ydmygende og nedværdigende.

Tre ud af fire interviewede pårørende oplevede, at blive inddraget af persoanlet på MDP i det omfang, de selv ønskede det. To havde ingen yderlige ønsker til inddragelse. En berettede at personalet var gode til at kontakte pårørende, når der var noget, de var i tvivl om. En oplevede, at få gode svar på spørgsmål ved henvendelse til personalet. Personalet derimod henvendte sig ikke direkte til den pårørende, hvad de kunne have gjort engang i mellem. En følte sig ikke inddraget af personalet. Der blev fx ikke spurgt ind til borgerens behov, hvem han var som person eller, hvad borgerens interesser var. Den pårørende husker, at der kun blev spurgt ind til praktiske ting.

Tre af de fire interviewede blev inddraget i møder med medarbejder. En blev opfordret til at deltage i møder, da borgeren ikke selv fortalte så meget, fx om smerteintensitet. En pårørende var kun med til et møde. Det var ved udskrivelsen til plejecenter. En deltog ikke i nogen møder.

En pårørende sørgede selv for flytning fra hjem til MDP og fra MDP til plejecenter. En oplevede, at udskrivelsen til plejecenter var forvirrende og stressende. Den pårørende blev ringet op og informeret om, at borgeren skulle på plejecenter dagen efter, og at den pårørende kunne bringe ham[5]. Den pårørende mener, at have opsnappet, at en medarbejder fra plejecentret skulle have været ude og tale med borgeren inden udskrivelse og indflytning på plejecenter. Det var de ikke,

[5] Af Halsnæs Kommunes kvalitetsstandard fremgår, at det er borgernes ansvar selv at sørge for/betale transport til og fra MDP.

det virkede ikke imødekommende. Det fremgår af Forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen, at plejecentrene skal udføre disse formøder med borgerne.

To af de fire interviewede oplevede, at deres pårørende døde under opholdet på MDP. Begge mener, at det var gode forløb, og at den sidste tid var en god oplevelse. Den ene beretter dog, at de pårørende, af personalet blev opfordret til at rydde borgerens værelse for personlige ting, medens borgeren stadig lå på værelset. Det føltes grænseoverskridende, og den pårørende syntes, at personalet godt kunne have ventet med at bede dem rydde værelset, til borgeren var kørt væk. Den anden pårørende ville gerne have haft borgeren på hospice, da der er mere personale, og de har mere tid til at være hos den dødende, end de har på MDP. Hospice tilså borgeren to gange på MDP. Første gang, mente de ikke, at borgeren var syg nok, hvilket den pårørende ikke var enig i. Ved andet besøg af hospice fik personalet på MDP udleveret tryghedspakken med sprøjter og kanyler. Borgeren døde et par dage efter. Den pårørende mener, at det var godt, at borgeren ikke blev flyttet til sidst, da det hele gik meget hurtigt.

Kun en pårørende havde tilføjelser ud over spørgsmålene. Den pårørende havde ønske om, at personalet ved første samtale skal udvise mere interesse for, hvem den indskrevne person er, og hvilke interesser vedkommende har. Der skal ikke kun sørges for, at de får mad tre gange om dagen. Derudover skal der spørges ind til, hvad de pårørende mener, der skal til for, at opholdet bliver godt for borgeren. Der skal være flere tilbud til borgerne under indskrivelsen, så det ikke kun er opbevaring.

7.3 Tema 3: Medarbejdernes perspektiv

Mål

- At medarbejderne bliver hørt om deres oplevelse af arbejdet med implementering af rehabiliteringstankegangen
- At synliggøre medarbejderperspektivet med henblik på den videre udvikling

Evalueringsspørgsmål

- Hvordan har medarbejderne oplevet arbejdet?
- Hvor opleves de største udfordringerne?
- Hvad er medarbejderens bud på ”løsninger”.
- Hvad betyder det for dig at arbejde efter rehabiliteringstankegangen?
- Hvilken betydning har den afviklede undervisning haft og hvordan arbejdes der med rehabiliteringstankegangen og forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen i klinisk praksis?

Konklusion

Medarbejderne gav udtryk for, at der i det daglige bliver arbejdet med rehabiliteringstankegangen. Det påpeges dog, at dokumenter som fx forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen kan bruges mere målrettet i hverdagen.

Målsamtaler, de tværfaglige konferencer og det tværfaglige samarbejde er vigtige tiltag, hvor der også er forbedringspotentialer. Medarbejderne kom med relevante løsninger og forslag til forbedringer fx at de tværfaglige konferencer prioriteres højere således, at der ikke tages telefoner under konferencerne samt fokus på fagligt indhold skærpes.

Metode

Fokus er på rettet mod medarbejdernes vurdering af processen med implementering af rehabiliteringstankegangen på MDP. Der er anvendt kvalitativ evaluering med fokusgruppeinterview baseret på en interviewguide. Guiden er struktureret ud fra de evalueringsspørgsmål, som er listet ovenfor. Fokusgruppeinterviewet blev foretaget med plejepersoner fra MDP, fysioterapeuter, ergoterapeuter og visitatorer. Fokusgruppeinterviewet tager bl.a. afsæt i den ramme for arbejdet i praksis, som Forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen er.

Materiale

Seks medarbejdere ud af syv inviterede deltog i fokusgruppeinterviewet. Deltagerne var en medarbejder fra Visitationen, to fra Træning og Aktivitet og tre plejepersonaler fra MDP. Der var ingen ledere med under fokusgruppeinterviewet. Informanterne var alle kvinder. En meldte afbud.

Analyse

Notaterne fra fokusgruppeinterviewet, som blev taget af referenten, blev efterfølgende bearbejdet af referent og interviewer og opdelt i emner. Sammenskrivningen blev kvalitetssikret af referenten og interviewer, og blev efterfølgende sendt til informanterne til gennemsyn med mulighed for kommentarer.

Resultater af analyse

I nedenstående er resultater af fokusgruppeinterviewet inddelt i temaer, som fremkom under analyse af data fra interviewet og med afsæt i interviewguiden.

Arbejdet med rehabiliteringstankegangen

De seks interviewede medarbejdere udtrykker en fælles opfattelse af, hvad det vil sige, at arbejde ud fra rehabiliteringstankegangen:

”Vi arbejder for, at borgerne får mulighed for at komme tilbage til eget liv eller et nyt liv. Det handler om alle aspekter af borgerens liv”.

”Rehabiliteringstankegangen handler om et samarbejde mellem alle, der har med MDP at gøre. Målsætningen handler om, hvordan vi i fællesskab arbejder med borgeren, og får borgeren til at udtrykke ønske om en fremtidig livssituation frem for at lægge noget ned over borgeren”.

Forløb omkring introduktion til arbejdet med rehabilitering

Medarbejderne husker at have deltaget i forskellige dele af introduktionsforløbet, men de oplever det ikke som om, de har deltaget i det samlede forløb. Nogle af medarbejderne var ikke med fra opstarten: ”Det var lidt forvirrende – jeg blev ikke helt del af det, der foregik. Jeg føler mig ikke mere klædt på, end jeg var i forvejen, for jeg havde lige haft det på min uddannelse”. Endvidere oplever medarbejderne det som lang tid siden, at rehabiliteringstankegangen blev introduceret.

Tværfagligt samarbejde

I fokusgruppeinterviewet fremgår det, at der er behov for et tættere forhold faggrupperne imellem, og at de tværfaglige konferencer er vigtige omdrejningspunkter, som fortsat skal prioriteres og kvalificeres.

Terapeuterne mener, at det kan være svært at etablere et nært samarbejdsforhold, når de kun er på MDP to gange om ugen. De oplever det som et dilemma at komme ind på en travl afdeling og "kræve" tid til samarbejde.

Medarbejderne planlægger det tværfaglige samarbejde omkring borgeren ud fra en vurdering af, hvilke fagligheder, det er relevant at bringe i spil, fx ved en konference. Borgere, der vurderes ikke at have et træningsbehov, vurderes kun af plejepersonalet. Der udtrykkes ønske om, at det er relevant at have træningsfagligheden eller andre fagligheder med i samarbejdet i borgerforløbene oftere i fremtiden.

Tværfaglige konferencer

Konferencerne er et af omdrejningspunkterne for det tværfaglige samarbejde om borgeren. Medarbejderne udtrykker, at samarbejdet fungerer bedre nu end i startfasen. Fremadrettet er der behov for at alle prioriterer konferencerne, at fokus holdes på formålet med konferencen, og at der er en person til stede under konferencen, som kender borgeren. Nogle af medarbejderne giver udtryk for, at der har været stor frustration forbundet med afholdelsen af konferencerne især pga. manglende prioritering af konferencerne fra medarbejdernes side. Nogle medarbejdere udtrykker, at det tværfaglige er noget alle må prioritere, hvis det skal fungere. Prioritering handler bl.a. om, at deltagerne ikke tager telefoner eller holder frokostpause under konferencerne samt, at konferencerne afholdes i egnede lokaler. Konferencerne skal bruges til faglig sparring og ikke til udveksling af informationer.

En medarbejder giver udtryk for at "det, der betyder noget er, at konferencerne er kommet til at fungere – godt det er det samme personale der deltager hver gang".

Der er tilknyttet faste visitatorer, som kommer på MDP på faste ugedage. Det opleves som en lettelse, at personalet ikke skal vente på en henvisning fra visitator. Nu møder man borgeren sammen og sætter tiltag i gang umiddelbart i forlængelse heraf fx nye hjælpermidler til borger.

Tiltag der understøtter arbejdet med rehabilitering

De tiltag, som medarbejderne mener er relevante, er dels supervisionsgrupperne, forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelserne og målsamtalerne.

En medarbejder gav udtryk for, at en af de tre afholdte refleksionsseancer ikke var relevant, mens de to andre var givtige.

Forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen ses som relevant i forhold til at beskrive og fordele roller, fastholde deadlines og som en introduktion til nye medarbejdere. Medarbejderne oplever imidlertid Forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen som lang og så omstændelig, så man i hverdagen ikke får brugt den. Enkelte mener, at det er svært at tage ejerskab til forløbsbeskrivelserne, da processen omkring udarbejdelsen af dokumentet ikke blev oplevet som inddragende.

Medarbejderne giver udtryk for, at målsamtalen er et vigtigt redskab i det daglige arbejde med rehabiliteringstankegangen: "Vi er blevet hurtigere til at se en afslutning på et forløb". Der er dog stadig behov for at arbejde videre med at forbedre målsamtalen og udvikle en tjekliste til gennemførelsen af samtalen. Fx er det godt at blive enige om, hvem der fører ordet, inden man går ind til en målsamtale, så rollerne er klare, inden man skal tale med borgeren. Og det er vigtigt, at alle bruger det samme skema og inddrager hinanden i videreudviklingen af skemaerne.

Medarbejderne ønsker mere tydelighed i forbindelse med "hvem, der tager sig af hvad". Hvem tager f.eks. kontakt til hospitalet, hvis der ikke er modtaget en genoptræningsplan, og det sker på en dag, hvor terapeuterne ikke er der? Medarbejderne drøftede relevansen af, at fx terapeuterne var med til flere møder – også når det handler om en borger, der ikke umiddelbart har et genoptræningsbehov. Det fordrer mere dialog om, hvem der er med til hvad, og hvem der har ansvaret for at indkalde og koordinere. Der er behov for afklaring af ansvarsfordeling, roller og opgavevaretagelse.

Ledelsesopbakning

Medarbejderne mener, at ledelsen har været synlig ift. implementering af målsamtalerne. Men der er stadig behov for en tydeligere forventnings- og opgaveafstemning lederne imellem. En medarbejder udtrykker: "Har de mon et koordineret samarbejde?". Det opleves fx uklart, hvem der er initiativtager, hvis en borgers hjem vurderes som ubeboeligt pga. manglede oprydning og rengøring. Flere medarbejdere giver udtryk for, at de ikke er klædt på til at håndtere en række opgaver. Opgaver, som de mener, bør løses, men hvor det er uklart, hvor ansvaret er placeret. Særligt ift. komplekse borgeres opleves ansvarsplaceringen uklar.

Fremadrettet

Medarbejderne udtrykker, at i den ideelle verden, er der langt mere tid til samvær med og understøtte borgerne i at klare sig selv og til afholdelse af temadage, hvor man kan lære af hinanden. "Små skridt på vejen er bl.a. en større bevidstgørelse om, hvor vi som medarbejdere kan slippe tøjlerne noget mere – Vi kan have mere fokus på, at der skal laves morgenbord, hvor borgerne selv tager maden og smører den frem for, at vi laver en bakke, som de får ind".

Det kan tilføjes, at ombygningen i 2012 har bedret de fysiske forhold med hensyn til at lave morgenbord til borgerne.

Fokusgruppe som metode

Fokusgruppeinterviewet blev oplevet som en god og inspirerende snak på tværs af fagligheder – og en snak som ville være relevant at tage med jævne mellemrum; også med lederne.

Fokusgruppeinterviewet som metode kan have sine begrænsninger, da deltagerne gerne vil sige deres ærlige mening, men det kan være svært, når man sidder sammen med de personer, man i det daglige samarbejder med.

7.4 Tema 4: Tværfagligt samarbejde

Mål
At få viden om indhold og systematik i de tværfaglige konferencer som et væsentligt element i det tværfaglige samarbejde

Evalueringsspørgsmål

Hvordan fungerer de tværfaglige konferencer?

Lever de op til hensigten, og hvad er den?

Hvordan anvendes viden fra målsamtale i de tværfaglige konferencer?

Konklusion

Sammenfattende på spørgsmålene, ud fra observation af to tværfaglige konferencer kan siges, at konferencerne har karakter af videndeling og samtaler om genoptræningsplanen. Der er plads og tid til faglige refleksioner. De synes imidlertid ikke at være målrettede i relation til borgerens mål og plan. Der tales ikke, på de tværfaglige konferencer, eksplicit om borgerens mål med afsæt i målsamtalen. Det er formålet, at borgerens plan justeres og koordineres på de tværfaglige konferencer.

Endvidere ser konferencerne ud til at være præget af en lidt løs struktur, hvor det f.eks. ikke er aftalt hvem, der leder mødet.

Metode

To observatører uden daglig tilknytning til MDP eller Træning og Aktivitet observerede ved to vanlige tværfaglige konferencer på MDP. Observationerne tog afsæt i en på forhånd udarbejdet observationsguide. Observatørerne noterede deres observationer undervejs. Der blev ikke anvendt lyd eller billedoptagelse. Der blev observeret ved to konferencer af en halv times varighed, en for hvert afsnit på MDP og med tre måneders mellemrum. De to observatører sad tilbagetrukket i lokalet og indgik ikke i nogen form for dialog med medarbejderne.

Materiale

I hver af de tværfaglige konferencer deltog en ergoterapeut, en fysioterapeut og to fra plejepersonalet. Ved den ene konference ankom den ene repræsentant fra plejepersonalet halvvejs inde i mødet. Medarbejderne var på forhånd informeret om formålet med de to observatørers tilstedeværelse under konferencerne.

Analyse

De to observatører har summeret deres observationer op efter observationsguidens temaer. Materialet er efterfølgende blevet analyseret og opdelt i emner. Resultaterne af analysen har været til gennemsyn hos de deltagende medarbejdere.

Resultater af analyse

Konferencens afvikling og struktur

Ved begge konferencer var der andre personer til stede i lokalet, hvilket gav lidt støj. Medarbejderne fik vand og kaffe under konferencerne. Den ene konference blev afholdt for første gang i nyrenoverede lokaler, og alle ting var endnu ikke på plads. Ved den ene konference blev seks ud af otte borgere gennemgået, og ved den anden konference blev tre ud af ti borgere gennemgået, da de syv borgere afventede plejebolig. Begge konferencer blev afviklet på kortere tid end den afsatte halve time.

Konferencens faglige indhold

Der blev ikke taget udgangspunkt i målsamtaler, og det var ikke tydeligt, om der var afholdt målsamtaler. Der blev på første konference aftalt målsamtale for en borger til 10 dage efter indskrivelse. På anden konference blev der taget udgangspunkt i borgerens genoptræningsplan. De pårørendes forventninger blev nævnt flere gange ved første konference.

På første konference var der ingen tydelig fordeling af opgaver eller aftaler. På anden konference blev valg af kørestol drøftet, og der blev aftalt et konkret tiltag, som ergoterapeuten tog ansvar for.

Tværfaglighed

På begge konferencer blev træning drøftet, og medarbejdere fra MDP fortalte om borgernes hverdagsliv på MDP. På anden konference blev træning og borgernes hverdagsliv på MDP holdt op imod hinanden. Det blev bl.a. besluttet, at en borger i et palliativt forløb skulle tilbydes træning, men at et nej tak fra borgeren skulle respekteres umiddelbart.

Kliniske problemstillinger, fx urinvejsinfektion blev taget op begge gange, og der blev stillet en del reflekterende spørgsmål uden, at der blev gået i dybden med dem. F.eks. blev der spurgt: Hvorfor er borger så træt? Spørgsmålet blev stillet flere gange, men ingen bød ind med svar.

Der var på begge konferencer tid og plads til refleksion.

Konferencens form og ledelse

Fysioterapeuten tog initiativ til både begyndelsen og afslutningen af mødet. Ved den første konference var der ingen tydelig mødeleder, og ved den anden påtog fysioterapeuten sig rollen som mødeleder. Fysio- og ergoterapeut tog oftere initiativ til indlæg/næste borger end de øvrige medarbejdere og plejepersonalet.

Der var en løs struktur, og begyndelsen af anden konference bar præg af forvirring om, hvilke medarbejdere der skulle deltage fra MDP, idet en medarbejder først dukkede op halvvejs inde i mødet. Ved anden konference virkede medarbejderen fra MDP således ikke helt forberedt.

Der blev lyttet til hinanden og ingen afbrød hinanden direkte. Der var en respektfuld omgangstone.

Refleksioner i relation til evalueringsspørgsmålene:

Hvordan fungerer de tværfaglige konferencer?

Fysioterapeuten tog initiativ til at være mødeleder og både fysio- og ergoterapeut tog oftere initiativ på konferencerne, hvilket kan betyde, at terapeuternes faglighed er mere fremtrædende på de tværfaglige konferencer end plejepersonalets. En forklaring kan være, at plejepersonalet ikke helt har taget den koordinerende rolle i borgerforløbet på sig, som forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen foreskriver. En anden forklaring kan være, at de plejepersoner, som deltog, er mindre erfarne eller har kortere uddannelse end de terapeuter, som deltog. Der er tegn på manglende faglig kvalitet, da der ikke bliver gået i dybden i forhold til reflekterende spørgsmål, som fremkommer under konferencerne.

Lever de op til hensigten og hvad var den?

På de tværfaglige konferencer udveksles informationer om borgeren mellem forskellige fagligheder. Indholdet af målsamtalen anvendes ikke eksplicit i de tværfaglige konferencer. Formålet med de tværfaglige konferencer er beskrevet i foråret 2012 til: "At der i relation til den enkelte borger gøres status på borgerens mål og de faglige mål samt at de tværfaglige indsatser koordineres". I henhold til dette formål lever de tværfaglige konferencer ikke op til hensigten. Der er med andre ord et potentiale for at arbejde mere fokuseret efter borgerens målsætning.

Hvordan anvendes viden fra målsamtale i de tværfaglige konferencer?

Der er ikke tydeligt afsæt i målsamtalen for den enkelte borger. En årsag kunne være, at personalet i dagligdagen har målsamtalen liggende som implicit fakta, og derfor ikke behøver at italesætte den ved den tværfaglige konference. På den anden side kunne det også være et udtryk for, at fokus i dagligdagen er skredet fra målene for den enkelte borger til borgerens genoptræningsplan. Der er muligvis behov for en skarpere definition på de to begreber?[6]

7.5 Tema 5: Samarbejdet med de praktiserende læger

Mål

At få overblik over samarbejdet med de praktiserende læger og udfordringer

Evalueringsspørgsmål

I hvor mange af borgerforløbene er der konkret samarbejde med de praktiserende læger?

I hvor mange forløb har den praktiserende læge tilset borger på MDP?

Konklusion

Nedenstående er opgjort for de første seks måneder af 2012.

I 66 % af borgerforløbene har der været kontakt til egen læge enten telefonisk eller skriftligt (elektronisk). Der er i gennemsnit 4,3 kontakter per borgerforløb.

I 33 % af borgerforløbene har der været tilsyn af vagtlæge eller borgerens egen læge. Der er i gennemsnit 0,7 tilsyn per borgerforløb.

I 32 % af de påbegyndte forløb har der ikke været kontakt til egen læge og der er ej heller udført tilsyn.

Metode og materiale

Områdeleder på MDP har foretaget manuelle optællinger og søgninger i borgernes journalmateriale og systematisk indført data i lister, som er udarbejdet med afsæt i belægningsliste. Der er søgt på ordet læge, og andre betegnelser som fx e.l. er således ikke talt med. Der er indhentet data for de første seks måneder af 2012. Det er registreret, om der har været kontakt til egen læge. En kontakt er her defineret som en af følgende muligheder: telefonisk kontakt, skriftligt via med. com.-meddelelser, receptfornyelse og fax.. Der har formentlig været flere kontakter end de registrerede, da der er dokumenteret medicinændringer uden, at der er registret kontakt til egen læge. Det er endvidere registreret om borgeren er tilset af læge under ophold på MDP. En del af disse tilsyn er foregået af vagtlæge.

Fysio- og ergoterapeuter tager ved behov også kontakt til praktiserende læge eller hospitalslæge f.eks. vedr. GOP.. Disse kontakter er ikke medregnet.

Der er indhentet data på 85 borgerforløb fordelt på 75 forskellige borgere. Se også afsnit 7.6.

Resultat af analyse

[6] En genoptræningsplan (GOP) er en plan, som modtages i kommunen fra hospital omhandlende en borgeres genoptræningsbehov og mål for genoptræningen. Ved målsamtalen, som afholdes på MDP, fastsættes borgernes mål for det samlede rehabiliteringsforløb og omfatter således en helhedsorienteret indsats fra alle relevante aktører i et rehabiliteringsforløb.

Der har været kontakt til egen læge i minimum 56 af de 85 borgerforløb, som er fordelt på 75 unikke borgere. Ud fra optællinger har der været mindst 342 kontakter. I gennemsnit er der 4 kontakter med almen praksis per borgerforløb. Antal kontakter per forløb er fra 0 op til 19. De 19 kontakter var i et borgerforløb á 43 dage. Antal tilsyn er fra 0 til 7 per borgerforløb.

Lægen har været på tilsyn hos borgerne i 28 forløb og i alt har de praktiserende læger udført 63 tilsyn i første halvdel af 2012 svarede til 0,7 tilsyn per borgerforløb.

Samlet set har der i 66 % af borgerforløbene været kontakt til egen læge og i 33 % af forløbene har der været tilsyn fra egen læge.

I 27 borgerforløb af 85 påbegyndte borgerforløb (32 %) har der ikke været kontakt til egen læge og er ej heller udført tilsyn.

7.6 Tema 6 og 16: Kvantitative data fra belægningslisten på MDP samt plejeboligventelisten

Mål

At få overblik over antal indskrivelsesdage og borgere på MDP i 2011 og 2012.

At få viden om forhold vedr. plejeboligvisitation for borgere på MDP.

Evalueringsspørgsmål

Hvor mange dage er en borger i gennemsnit indskrevet på MDP i 2011 og i 2012?

Hvordan er alders- og kønsfordelingen på borgere indskrevet på MDP i 2011 og 2012?

Hvorfra kommer borgere, som indskrives på MDP, og hvor udskrives de til?

Antal borgere, som indlægges på hospital fra MDP?

Antal borgere, der har flere forløb på MDP?

Hvor lang tid går der, fra en borger ansøger om plejebolig til afgørelse?

Hvor lang tid går der, fra en borger er visiteret til plejebolig til borgerne tilbydes en plejebolig?

Hvor mange ansøger om plejebolig under ophold på MDP og hvor mange under ophold i hjemmet?

Konklusion

Den gennemsnitlige indskrivelsestid per forløb var i 2011 33,9 dage. I de første seks måneder af 2012 er den gennemsnitlige indskrivelsestid 40,5 dage.

I 2011 er den gennemsnitlige indskrivelsestid for en borger, som udskrives til plejebolig 63,2 dage og for gruppen af borgere, som udskrives til hospital, eget hjem eller afsluttes med dødelig udgang 31,2 dage.

I 2011 var 57 % af de indskrevne borgere kvinder og 43 % var mænd. I de første seks måneder af 2012 var 49 % af de indskrevne borgere kvinder og 51 % var mænd.

I 2011 var gennemsnitsalderen for indskrevne borgere 80,3 og i de første seks måneder af 2012 var gennemsnitsalderen for indskrevne borgere 76,7 år.

I 2011 blev 70 % af borgerne indskrevet fra hospital og 30 % fra hjemmet. I de første seks måneder af 2012 blev 72,3 % af borgerne indskrevet fra hospital og de resterende 29,7 % blev indskrevet fra hjemmet.

I 2011 blev borgerforløbende afsluttet således:

57 % blev udskrevet til eget hjem, 20 % blev udskrevet til plejecenter, 12 % døde og 10 % blev indlagt på hospital. 1 % ikke registreret.

I de første seks måneder af 2012 blev borgerforløbene afsluttet således:

46 % blev udskrevet til eget hjem, 30 % blev udskrevet til plejebolig, 10 % døde og 14 % blev indlagt på hospital.

Der har været 30 genindskrivelser på MDP i 2011 fordelt på et ikke optalt antal borgere.[7]

Fra en borgers ansøgning om plejebolig er modtaget i Visitationen til afgørelse forelå, gik der i 2011 i gennemsnit 33 dage for borgere på garantiventelisten og 30 dage for borgere på frit valg venteliste. I de første fem måneder af 2012 gik der 37 dage for borgere på garantiventeliste og 21 dage for borgere på frit valg venteliste. Disse tal gælder alle ansøgninger og ikke kun ansøgninger fra borgere, som er på MDP.

I 2011 gik der i gennemsnit 33,5 dage fra borger fik tilbudt en plejebolig til borger flyttede ind. I de første fem måneder af 2012 var det 37,9 dage. Disse tal gælder alle ansøgninger og ikke kun ansøgninger fra borgere, som er på MDP.

35 % af de borgere, som visiteres til plejebolig har været/er indskrevet på MDP.

I de første fem måneder af 2012 er der forbrugt ventedage svarende til 3,4 pladser kontinuerligt og den enkelte borger ventede i gennemsnit 71 dage.

Borgere, som var indskrevet på MDP, da de søgte plejebolig, var indskrevet i gennemsnit 21 dage før plejeboligansøgning blev modtaget i visitationen.

Metode og materiale

Der er tale om kvantitative opgørelser på baggrund af data fra belægningslisten for MDP i 2011 og 2012. Derudover er der trukket data fra belægningslisten for MDP og plejeboligventelisten.

Resultater af analyse

Antal forløb og varighed

Af belægningslisten for MDP fremgår, at belægningsprocenten i 2011 i gennemsnit var 95,6 % og i de første seks måneder af 2012 var den 99,3 %.

I 2011 har der været påbegyndt 190 borgerforløb på MDP og disse var fordelt på 160 indskrevne unikke borgere. I alt blev 182 borgerforløb afsluttet. Der har været 30 genindskrivelser i 2011,

[7] Det er ikke registreret og opgjort om borgernes genindskrivelser skyldes ny eller samme diagnose/ problematikker som tidligere indskrivelser.

hvilket vil sige, at den samme borger er blevet indskrevet på MDP flere gange i løbet af 2011. Genindskrivelserne kan være fordelt på få eller mange borgere.

I de første seks måneder af 2012[8] har der været påbegyndt 85 borgerforløb på MDP fordelt på 75 indskrevne unikke borgere. I alt blev 71 borgerforløb afsluttet. Der har været 10 genindskrivelser på MDP i de første seks måneder af 2012.

I 2011 har der været 182 afsluttede forløb på de 20 MDP. De 16 forløb er borgere under 67 år og de 166 forløb er borgere over 67 år.

I 2011 var den gennemsnitlige indskrivelsestid per forløb på 33,9 dage (33,3 dage for borgere under 67 år og 34,4 dage for borgere over 67 år).

I 2011 er 109 af de 182 forløb af mere end 21 dages varighed svarende til ca. 60 %. Af de 109 forløb omhandler 10 forløb borgere under 67 år, og de resterede forløb er borgere over 67 år. Fem forløb er af under tre dages varighed. 11 borgerforløb er af mere end 90 dage. Det længste forløb er på 148 dage. 98 af borgerforløbene (54 %) er af en varighed mellem 21 og 90 dage.

I 2011 er andelen af borgere under 67 år, som har forløb over 21 dage 62,5 % og andelen af borgere over 67 år, som har forløb over 21 dage er 59,6 %.

I første halvdel af 2012 (6 måneder) har der været 71 afsluttede borgerforløb på 15 MDP. De otte forløb er borgere under 67 år og de 63 forløb er borgere over 67 år.

I 2012 var den gennemsnitlige indskrivelsestid per forløb på 40,5 dage (50,6 dage for borgere under 67 år og 39,2 dage for borgere over 67 år).

I første halvdel af 2012 er 48 af de 71 afsluttede borgerforløb af mere end 21 dages varighed svarende til 67 %. Af de 48 forløb er syv forløb med borgere under 67 år og 41 forløb med borgere over 67 år. To forløb er under tre dages varighed. Syv borgerforløb er af mere end 90 dage. Det længste forløb er på 142 dage. 41 af borgerforløbene (58 %) er af en spredning på 21 til 90 dage.

I første halvdel af 2012 (seks måneder) er andelen af borgere under 67 år, som har forløb over 21 dage 87,5 % og andelen af borgere over 67 år, som har forløb over 21 dage er 65 %.

Konklusion/refleksion:

Den gennemsnitlige indskrivelsestid i 2011 var 33,9 dage, og i første halvdel af 2012 var den 40,5 dage. En forklaring på stigningen i indskrivelsetiden kan skyldes, at lukningen af fem pladser på MDP i 2012 har betydet, at de borgere, som indskrives på MDP er mere komplekse. De har således typisk et længere forløb. Årsagen er, at de dårligste borgere prioriteres først herunder færdigbehandlede borgere på hospitalet, som ikke kan udskrives til eget hjem. Dertil kommer, at en større andel af borgerne i 2012 end i 2011 blev udskrevet til plejebolig. Således har en del af borgerne har været indskrevet på MDP en længere periode, mens de har ventet på en plejebolig.

Det øgede fokus, som har været på at arbejde målrettet med udgangspunkt i rehabiliteringstankegangen har ikke umiddelbart betydet kortere forløb fra 2011 til 2012. Det kan ikke udelukkes, at der tidligere, under udviklingstiltaget fx fra 2010 til 2011, er sket en

[8] I denne periode var der 15 pladser midlertidige døgnpladser til rådighed og i 2011 var der 20 midlertidige døgnpladser til rådighed.

reduktion i den gennemsnitlige indskrivelsestid per borgerforløb. Dette er ikke medtaget i denne rapport.

Der ses en tendens til, at forløb på mere end 21 dage udgør en større antal af forløbene for borgere under 67 år i forhold til for borgere over 67 år. Dette kan evt. skyldes nogle meget komplekse forløb i denne aldersgruppe f.eks. yngre borgere med erhvervet hjerneskade og evt. en stræben efter at nå højere funktionsniveau før udskrivelse for de lidt yngre borgere, hvilket også må anses som være relevant.

Køn og alder

I 2011 var der indskrevet 91 kvinder (57 %) og 69 mænd (43 %). I alt 160 forskellige borgere var således indskrevet på MDP, og nogle af borgerne havde flere forløb, da de fx blev indlagt på hospital fra MDP og derfra igen indskrevet på MDP.

I de første seks måneder af 2012 var der indskrevet 37 kvinder (49 %) og 38 mænd (51 %). I alt 75 unikke borgere var således indskrevet på MDP.

Gennemsnitsalderen for indskrevne borgere var i 2011 80,3 år. Den ældste var 103 år og den yngste var 47 år. I førte halvdel af 2012 var gennemsnitsalderen for indskrevne borgere 76,7 år. Den ældste var 96 år og den yngste var 48 år.

Indskrevet fra

I 2011 blev i alt påbegyndt 190 borgerforløb. Heraf blev 51 borgere indskrevet fra hjemmet og 119 borgere fra hospital svarende til 70 % af alle indskrivelser. Der mangler informationer om indskrivelse fra i 20 forløb.

I første halvdel af 2012 blev i alt påbegyndt 85 forløb. Heraf blev 23 borgere indskrevet fra hjemmet og 62 borgere fra hospital svarende til 72,3 % af alle indskrivelser.

Udskrevet til

Dødsfald:

I 2011 afsluttes 22 forløb med dødelig udgang, heraf var de 14 forløb svarende til ca. 2/3 borgere indskrevet fra hospital. I første halvdel af 2012 afsluttes syv forløb med dødelig udgang og i de fem forløb var borger indskrevet fra hospital.

Indlæggelse på hospital:

I 2011 udskrives 18 borgere til hospital, mens de er på MDP og de ni borgere modtages igen fra hospital. I første halvdel af 2012 udskrives syv borgere til hospital og den ene borger to gange og en anden borger tre gange. De fire borgere kom retur til MDP.

Udskrivelse til hjemmet og plejebolig:

I 2011 blev 37 borgere udskrevet til plejebolig og 104 borgere til eget hjem. I første halvdel af 2012 blev 21 uskrevet til plejebolig og 33 til eget hjem.

I 2011 er den gennemsnitlige indskrivelsestid for en borger, som udskrives til plejebolig 63,2 dage og for gruppen af borgere, som udskrives til hospital, eget hjem eller afsluttes med dødelig udgang 31,2 dage.

Bemærkninger:

På belægningslisten er der et felt til bemærkninger. Nedenstående er data fra dette felt. Det er således ikke data, som er indsamlet systematisk, hvorfor der kan være flere borgere i de beskrevne kategorier end det fremgår her.

I 2011 kan det bemærkes, at to borgere er overflyttet fra MDP, Hundested Plejecenter til Rosen (midlertidige døgnpladser i Halsnæs Kommune, hvor målgruppen primært er udadreagerende demente). Rosen er placeret på Arresø Plejecenter, Løvdalen. En borger blev først indskrevet på Rosen og efterfølgende indskrevet på MDP, Hundested Plejecenter.

I de første seks måneder af 2012 blev tre borgere først indskrevet på Rosen og senere i forløbet overflyttet til MDP, Hundested Plejecenter.

I 2012 kan det bemærkes, at én borger er indskrevet fra hospice.

Konklusion/refleksioner:

I 2011 er to borgere først indskrevet på Rosen og senere overflyttet til MDP, Hundested Plejecenter og alene i de første seks måneder af 2012 var det tre borgere. En af forklaringerne til det øgede antal i 2012 kan være et øget pres på midlertidige døgnpladser i Halsnæs Kommune som følge af, at fem pladser i de første seks måneder af 2012 var lukket.

Plejeboligansøgning

Antal borgere, som ansøger/visiteres til plejebolig:

I 2011 var der 43 borgere fra MDP, Hundested Plejecenter, som blev visiteret til plejebolig. Borgerne kan have været i eget hjem eller på MDP, da der blev søgt om plejebolig.

Af 43 modtagne ansøgninger fra borgere med kontakt til MDP var de 32 ansøgninger indkommet mens borger var indskrevet på MDP, tre ansøgninger indkom efter borgers ophold på MDP var afsluttet, og seks ansøgninger var indkommet inden borger kom på MDP. Der mangler data for to af borgerne i forhold til udskrivelsesdato. Syv af de 43 borgere havde flere forløb på MDP i 2011.

Af de 32 ansøgninger fra borgere, som ansøgte om plejebolig under ophold på MDP blev de tre borgere udskrevet til eget hjem.

Ang. ansøgning om plejebolig fra de 32 borgere, som var indskrevet på MDP, gik der i gennemsnit 21 dage (mellem 2 og 100 dage) fra borger blev indskrevet til ansøgningen blev modtaget i Visitationen. Regnes det ene forløb med 100 dage fra er gennemsnittet 18 dage.

I alt blev 123 borgere visiteret til plejebolig i 2011. 35 % af borgerne, som visiteres til plejebolig har således været i kontakt med MDP.

I de første fire måneder af 2012 var der otte borgere fra MDP, Hundested Plejecenter, som blev visiteret til plejebolig. I alt blev i 2012 frem til 4. juni visiteret 24 borgere til plejebolig.

I de første fem måneder af 2012 var der 18 borgere, som var indskrevet på MDP, som ventede på indflytning i plejebolig. Disse 18 borgere anvendte i alt 1278 dage på MDP-plads (71 dage i gennemsnit per borger) på at kunne flytte i plejebolig. Nogle af disse ventedage var i perioden inden 1. januar 2012.

I de første fem måneder af 2012 er der forbrugt i alt 512 dage på MDP af borgere, som venter på plejebolig. Dette svarer til 22,8 % af sengedagene. Der var 15 senge til rådighed. Der er forbrugt mellem 78 og 133 ventedage per måned, og i gennemsnit er der forbrugt 102 dage per måned eller omregnet kontinuertligt 3,4 senge pladser per måned.

Tid fra ansøgning modtages fra borger i visitationen til der træffes afgørelse på boligvisitationsmøde:

2011 alle borgere og ikke kun på MDP:

Optagelse på garantiventelisten til plejebolig: 33 dage

Optagelse på Frit Valg venteliste til plejebolig: 30 dage

2012 - frem til juni:

Optagelse på garantiventeliste til plejebolig: 37 dage

Optagelse på Frit Valg venteliste til plejebolig: 21 dage

Refleksioner:

Der afholdes boligvisitationsmøde en gang om ugen. Borgeren skal have afgørelse på ansøgning om plejebolig indenfor to måneder, hvilket overholdes.

Der afholdes to årlige møder med boligselskaberne med henblik på optimering af tidsfristen for ind og udflytning.

Ifølge Kvalitetsstandarden er der en tidsfrist på 14 dage fra modtagelse af ansøgning, til Visitationen skal aflægge borgeren et besøg.

Tid fra konkret boligtilbud til borger flytter ind:

Borgere ventede i 2011 i gennemsnit 33,5 dage på at overtage sin plejebolig fra de havde modtaget boligtilbuddet. I 2012 frem til juni var denne gennemsnitlige ventetid 37,9 dage. Borgerne venter således fire til seks uger på at kunne flytte ind fra det konkrete boligtilbud gives. Disse tal gælder alle borgere og ikke kun borgere på MDP.

Fra visitationen modtager en plejeboligansøgning fra en borger, til borger bliver visiteret, får et bolig tilbud og flytter ind i plejebolig går der således 9 til 10 uger.

Delkonklusion og refleksioner:

I 2011 var den gennemsnitlige indskrivelsestid 34 dage. Sammenholdt med, at der i gennemsnit går 21 dage fra borger indskrives på MDP til plejeboligansøgning modtages i Visitationen kan det tyde på, at disse borgere vurderes ”rettidigt”, og der arbejdes målrettet i henhold til rehabiliteringstænkningen og Forløbs- og Arbejdsgangsbeskrivelsen samt Standardforløbet.

Det kan således sandsynliggøres, at dagene udover de 21 dage i vid udstrækning anvendes til visitationsarbejdet vedr. plejeboligansøgning samt ventetid på en bolig idet denne proces, som nævnt tager 9 til 10 uger[9].

7.7 Tema 7 og 8: Personaleomsætning og sygefravær

Mål

At opnå viden om personaleomsætning og sygefravær blandt plejepersonale ansat på MDP samt ergo- og fysioterapeuter med tilknytning til MDP i de første seks måneder af 2012.

Evalueringsspørgsmål

Hvor mange medarbejdere er fratrådt?

Hvor mange medarbejdere er blevet ansat?

Hvordan har sygefraværet været?

Konklusion

Blandt plejepersonale er der i 2011 blevet ansat seks mod otte, som er rejst. I første halvdel af 2012 er der ansat tre og ingen er rejst. I Træning og Aktivitet har der hele tiden været tilknyttet to ergoterapeuter og to fysioterapeuter til MDP.

Vedr. sygefravær har der været et korttidsfravær på 1,6 % i gruppen vedr. ergo- og fysioterapeuter og langtidsfravær på 0 %.

På Hundested Plejecenter er korttidsfravær 3,3 % og langtidsfravær er 3,4 %.

I Visitationen var der et sygefravær på 1,9 % i de første seks måneder af 2012.

Det kan endvidere nævnes, at indenfor de seneste to år er ansat en ny leder af Visitationen og områdelederen for plejepersonalet på MDP rejste, hvorefter der blev tilknyttet en ny områdeleder. Denne var en periode områdeleder for flere afsnit.

Metode og materiale

Der er anvendt opgørelser fra LedelsesInformationsSystemet (LIS) samt opgørelser og beskrivelser foretaget af områdeleder i Træning og Aktivitet samt medarbejdere på Hundested Plejecenter

Resultater af analyse

Personaleomsætning fysio- og ergoterapeuter fra Træning og Aktivitet:

Der er to ergoterapeuter og to fysioterapeuter tilknyttede MDP. Af hensyn til samarbejdet mellem ergo- og fysioterapeuterne, personalet på MDP samt logistik i Træning og Aktivitet er det prioriteret, at det så vidt muligt er de samme medarbejdere, der løfter opgaverne.

Der har, af andre årsager end sygefravær eller ansættelsesophør, været udskiftning blandt de involverede medarbejdere, herunder medarbejdere, der har været på barsel eller terapeuter, de

[9] Den største del af ventetiden på en bolig går til boligselskabets administrationstid herunder klargøring af bolig. Visitationen afholder årlige møder med boligselskaberne med fokus på denne udfordring.

har varetaget andre ergo- og fysioterapeutiske opgaver i Træning og Aktivitet. Medarbejderne er i disse situationer erstattet med andre fysio- og ergoterapeuter fra Træning og Aktivitet, ligesom det samme gør sig gældende ved ferieafholdelse.

Personaleomsætning plejepersonale MDP:

I 2011 er der ansat seks personaler og rejst otte. I første halvår af 2012 er der ansat tre personaler og ingen er rejst.

Sygefravær i Træning og Aktivitet:

Medarbejdere, der leverer fysio- og ergoterapi til borgerne på de midlertidige døgnpladser (MDP), er i LIS - rapporten opgjort under personalegruppen Genoptræning Skovbrynet med i alt 24 ansatte. Denne består af Træning og Aktivitets fysio- og ergoterapeuter, administrativt personale og områdeledere m.fl. Her opgøres korttidssygefraværet til 1,6 % for denne del af virksomheden i første fem måneder af 2012. Langtidsfravær opgøres til 0 %.

Sygefravær blandt plejepersonale i MDP:

Sygefraværet er ifølge LIS - rapporten opgjort fra januar 2012 til juni 2012 samlet for Hundested Plejecenter til korttidsfravær på 3,3 % og langtidsfravær på 3.4 %.

7.8 Tema 9, 10, 11 og 13: Struktur i forløbene på MDP (data fra MDP-handleplan - modtagelses- og indskrivelsessamtale, målsamtale, aktuel status, m.m

Mål

Få viden om afholdelse af målsamtaler og udarbejdelse af aktuel status

Evalueringsspørgsmål

Hvor mange målsamtaler er afholdt i 2012?

Hvor mange aktuel status er udarbejdet i 2012 og hvor hurtigt efter indskrivelse?

Konklusion

I 2012 er afholdt 34 målsamtaler hos 34 unikke borgere. Det er ud af 85 borgerforløb med 75 unikke borgere. Der er afholdt målsamtale i 40 % af forløbene.

Der er udarbejdet 54 aktuel status hos 50 unikke borgere. Det er ud af 85 borgerforløb med 75 unikke borgere. Der er udarbejdet aktuel status i 64 % af forløbene.

Metode og materiale

I forbindelse med implementering af målsamtalen er der fra januar 2012 arbejdet struktureret med at have faste tidsrum fælles for plejepersonale og terapeuter, hvor målsamtalerne kan foregå. Borgerne og de pårørende har ligeledes fået udleveret et brev med dato og tidspunkt for afholdelse af målsamtalen. Målsamtalerne er således blevet prioriteret afholdt hos borgere i forløb, hvor der er visiteret til træning via terapeut.

Områdeleder på MDP har foretaget søgning i borgernes journalmateriale på ordet målsamtale og alle de notater, som indeholder ordene målsamtale og samtale fremkom. Ligeledes blev der søgt

på ordet aktuel status. Notaterne blev gennemlæst og data ang. afholdte målsamtaler og udarbejdede aktuel status blev systematisk trukket og koblet til belægningsliste.

Der er indhentet data for de første seks måneder af 2012.

Der er indhentet data på 85 borgerforløb fordelt på 75 unikke borgere.

Resultater af analyse

Der er afholdt 34 målsamtaler hos 34 unikke borgere i de 85 borgerforløb fordelt på 75 unikke borgere. Der er således afholdt målsamtale i 40 % af forløbene eller svarende til hos 45 % af de unikke borgere. Dertil kommer otte samtaler, som tilnærmelsesvis er målsamtaler, men de er afholdt i forbindelse med modtagelses- og indskrivelsessamtale eller det er samtaler, hvor visitationen har deltaget. Det kan være samtaler, som måske har mere karakter af udskrivningsmøde.

Der er udarbejdet 54 aktuel status på de 85 borgerforløb. Det er fordelt på 50 forskellige borgere. Det vil sige, at der er udarbejdet aktuel status i 64 % af borgerforløbene.

Der er i gennemsnit gået 13,7 dage fra indskrivelse til aktuel status er udarbejdet. De er udarbejdet fra mellem 0 til 48 dage.

7.9 Tema 14 og 15: Borgernes træningstilbud

Mål

At synliggøre fysio- og ergoterapeutisk intervention

Evalueringsspørgsmål

Vurderes alle borgere af ergo- eller fysioterapeut? Og hvordan etableres dette? Hvordan fungerer det?

Hvor mange borgere fik træningstilbud af terapeuter? Heraf hvor mange havde en GOP (GenOptræningsPlan) og hvor mange fik tilbud via § 86?

Hvor mange træningsgange ved fysioterapeut/ergoterapeut fik borgerne i forløbet?

Hvor mange dage gik der, fra borgeren blev indskrevet på MDP, til borgeren blev mødt af en fysioterapeut/ergoterapeut?

Konklusion

I alt oprettede Træning og Aktivitet i 2011 forløb på 141 borgere, som var indskrevet på MDP. Heraf var de 108 forløb via Sundhedsloven og de 33 forløb via Serviceloven. I de første seks måneder af 2012 blev oprettet i alt 66 forløb. Heraf var de 50 forløb via Sundhedsloven og de 11 forløb via Serviceloven. I alt var det i 2011 samlet set 88 % af borgerne, som fik træning/blev vurderet af ergoterapeut eller fysioterapeut. I de første seks måneder af 2012 var det 81 %. Det vil sige, at under 1/5 af borgerne tilses ikke af fysioterapeut eller ergoterapeut.

Almindeligvis tilbydes træning ved terapeut max. to gange/uge. Samlet set er fysioterapien tilgængelig for MDP to gange ugentligt på hverdage og ergoterapien fire gange ugentligt på hverdage.

I de første seks måneder af 2012 gik der mellem tre og fire dage, fra borger blev indskrevet på MDP til Træning og Aktivitet havde første kontakt med borger.

I 2011 havde 70 % af de borgere på MDP, som havde forløb med ergoterapeut eller fysioterapeut en medicinsk diagnose. Den største enkelte diagnose var apopleksi, som udgjorde 16 % af alle borgerforløb på MDP med forløb i Træning og Aktivitet.

Metode og materiale

Områdeleder i Træning og Aktivitet har udarbejdet beskrivelse af, hvordan borgere på MDP vurderes af ergo- og fysioterapeuter med henblik på behov for træning. Der er udarbejdet en beskrivelse af rammen omkring ydelserne fra Træning og Aktivitet til borgere indskrevet på MDP.

Områdelederen har endvidere foretaget træk på borgerniveau i dokumentationssystemet Avaleo Sundhed samt manuelle optællinger og gennemgang af journalmateriale i Avaleo Sundhed og Uniq Omsorg. Disse data er af kvantitativ art og indført i skemaer. Fysioterapeutiske og ergoterapeutiske behandlingsforløb opstilles samlet.

Analyse

Der er beregnet gennemsnitstal og udarbejdet beskrivende tekst.

Resultater af analyse

Tema 14: Alle borgere vurderes af ergo- og/eller fysioterapeut

For borgere med lægeordinerede genoptræningsplaner efter Sundhedsloven bliver genoptræningsplanen vurderet af begge faggrupper med henblik på, hvilken intervention der tilbydes borger.

For borgere visiteret efter Serviceloven gælder, at ud fra Visitationens angivne formål for borgers ophold på MDP tages kontakt til borger med henblik på vurdering af, hvorvidt der er indikation for ergo- og/eller fysioterapeutisk intervention. Hvis formålet med en borgers ophold på MDP er aflastning af pårørende eller terminal pleje, vurderes borger sædvanligvis ikke af terapeuterne.

Ud fra samtale med borgeren klarlægges borgers anamnese (sygehistorie), dagligdags færdigheder og grad af selvhjulpenhed samt borgers ønsker og motivation for mulig behandling. Hvor det er muligt, besøges borger af både fysio- og ergoterapeut samlet. Er borger ikke i stand til at afgive informationer, indsamles disse fra plejepersonalet på MDP, og fra borgerens elektroniske journal. Herefter iværksættes intervention, herunder vurdering og undersøgelser samt evt. behandling ved terapeut.

Nogle borgere er allerede visiteret efter serviceloven eller har en genoptræningsplan efter Sundhedsloven før ankomst til MDP. I de tilfælde arbejdes videre efter denne, såfremt borgers behandlingsbehov ikke har ændret sig.

Tema 15: Borgernes fysio- og ergoterapeutiske behandlingstilbud

Behandling ydes efter Sundhedsloven eller Serviceloven samt Visitationens angivne formål med borgers ophold på MDP. Fra 1. januar 2012 blev Træning og Aktivitet selvvisiterende. Indtil da var det Visitationen, som visiterede til ydelser via § 86.

De fysiske rammer for ydelserne til borgere indskrevet på MDP er bygget op omkring MDP´s organisering med henholdsvis Øst- og Vestgang, hvor en fysioterapeut og en ergoterapeut primært er tilknyttet til "gangens" borgere og personale samt den tværfaglige mødestruktur.

Behandlingen gives som udgangspunkt på faste ugedage, da både ergo- og fysioterapeuter udfører andre behandlingsopgaver under Træning og Aktivitet. Samlet set er fysioterapien tilgængelig to gange ugentlig på hverdage og ergoterapien fire gange ugentlig på hverdage. Timeforbrug varierer alt efter omfanget af opgaver og behandlingsbehov. I nogle tilfælde er der behov for to terapeuter samtidigt i vurdering og behandlingen af borger.

Ergo- og fysioterapeutiske forløb hos borgere på MDP

Marts måned i 2011 og marts måned i 2012 er udvalgt, og er ikke repræsentative for alle måneder. Af denne grund opgøres der total antal oprettede sager for 2011 og 2012 (ultimo juni). Opgørelserne er foretaget samlet for ergo- og fysioterapi.

Tabel 1: Antal forløb ved Træning og Aktivitet for borgere på MDP:

	Sundhedslov §140	Servicelov § 86		Sundhedslov § 140	Servicelov § 86
Marts 2011:			Marts 2012:		
-oprettet	6	2	-oprettet	7	0
-afsluttet	8	4	-afsluttet	8	0
- gangværende ultimo	11	2	- igangværende ultimo	19	2
2011 - total oprettede	108	33	2012 - total oprettede (per 24/6)	50	11

(Rapport Avaleo sundhed 1.1.1(d. 24/6-12)

Tabellen viser antal forløb under henholdsvis Sundhedsloven § 140 via Genoptræningsplan samt antal forløb visiteret i henhold til serviceloven § 86 stk. 1 (genoptræning) og stk. 2 (vedligeholdende træning). Visitationer under stk. 1 og stk. 2 er slået sammen.

Tabellen viser, at der er flere forløb under Sundhedsloven end under Serviceloven. I 2011 var ca. 70 % under Sundhedsloven og i første halvdel af 2012 var det ca. 80 %.

Ved udgangen af en tilfældig valgt måned og her er valgt marts var der i 2011 i alt 13 igangværende forløb og i 2012 var der 21 igangværende forløb. I 2012 var der flere igangværende forløb ved udgangen af marts end i 2011 på trods af, at der var fem færre pladser til rådighed på MDP.

Delkonklusion og refleksioner:

I den tilfældigt udvalgte måned marts i 2011 og i 2012 er der ikke den store forskel i antallet af oprettede forløb efter hverken Sundhedsloven eller Serviceloven. Dette til trods for, at der i marts 2012 var lukket ¼ af pladserne. Det kan dog bemærkes, at der ved udgangen af marts i 2012 var 19 igangværende forløb på 15 pladser mod 11 ved udgangen af 2011.

I hele 2011 blev der oprettet 108 forløb efter Sundhedsloven (i gennemsnit ni per måned) og i de første seks måneder af 2012 var antallet 50 (i gennemsnit otte per måned). I hele 2011 blev der oprettet 33 forløb efter Serviceloven og i første halvdel af 2012 var antallet 11. Der ses således en tendens til, at der gennemsnitligt er påbegyndt færre forløb per måned efter Serviceloven i 2012 end i 2011, hvilket bl.a. kan hænge sammen med, at der var en nedgang på ¼ af pladserne idet 5 pladser var lukket.

I 2011 fik 141 af de 160 borgere (88 %), som var indskrevet på MDP træning/blev vurderet (sammenlægning af oprettede i henhold til Sundhedslov og Servicelov) via ergoterapeut/fysioterapeut. I de første seks måneder af 2012 fik 61 af de 75 borgere (81 %), som var indskrevet på MDP træning.

Hovedparten af de indskrevne borgere på MDP får træning via Sundhedsloven eller Serviceloven. Under 1/5 af borgerne får ikke træning. Det drejer sig primært om borgere, som er på aflastning underServicelovens § 84og borgere, som er indskrevet i palliative/terminale forløb samt borgere, der er visiteret til plejebolig og afventer indflytning i permanent plejebolig.

Tid fra borgers ankomst på MDP til første kontakt fra Træning og Aktivitet til borger:

Nedenstående skema viser en opgørelsen over det gennemsnitlige antal dage fra borgers ankomst til MDP til første kontakt fra fysioterapeut eller ergoterapeut med udgangspunkt i igangværende borgerforløb marts måned 2011 og 2012 for forløb under henholdsvis Sundhedsloven og Serviceloven.

Tabel 2: Antal dage fra borger indskrives på MDP til kontakt med Træning og Aktivitet

Lovgivning	Forløb i marts 2011 Gennemsnitligt antal dage fra borger blev indskrevet på MDP til første kontakt med Træning og Aktivitet	Forløb i marts 2012 Gennemsnitligt antal dage fra borger blev indskrevet på MDP til første kontakt med Træning og Aktivitet
Sundhedsloven § 140 (Genoptræningsplan)	2,6 dage	3.2 dage
Servicelovens § 86 stk. 1 og stk. 2 sammenlagt	7,6 dage	3,6 dage

Af tabelen ses, at der i marts 2011 er henholdsvis 2,6 dage og 7,6 dage fra indskrivelse på MDP til borgeres første kontakt med Træning og Aktivitet under Sundhedsloven og Serviceloven. I marts 2012 er der henholdsvis 3,2 dage og 3,6 dage fra borgerens indskrivelse til første kontakt med Træning og Aktivitet.

I marts 2011 er et borgerforløb relateret til Sundhedsloven § 140 ikke medregnet, da det adskiller sig markant med 16 dage før kontakt. Det er dokumenteret i journal, at borger har været kritisk syg og vurderes ude af stand til at indgå i behandlingsforløb.

I marts 2012 er et borgerforløb er medregnet, da det adskiller sig markant ved 15 dage før kontakt. Det angivne formål med borgers ophold angives 10 dage efter borgers ankomst til MDP.

Visitation til fysio-/ergoterapi forekommer i nogle tilfælde efter borgers ankomst til MDP.

Konklusion/refleksioner:

Første kontakt fra Træning og Aktivitet til borger sker få dage efter borgeres ankomst til MDP, hvilket er positivt. Det er ligeledes relevant at overveje om ikke borgere, som er visiteret til genoptræning efter Serviceloven bør ses lige så hurtigt som borgere, der er henvist efter Sundhedsloven. Igangsættelse af den fysiske træning må anses som et væsentligt element af en borgers rehabiliteringsforløb, uanset om det er den ene eller anden lovgivning. I 2012 er antal dage indtil kontakt stort set ens for borgere henvist efter de to lovgivninger, men i marts 2011 er der to til tre gange så lang "ventetid" på kontakt efter Servicelov, som efter Sundhedslov. Det skal dog tilføjes, at nogle borgere jo først visiteres efter indskrivelse. At der i 2012 i gennemsnit går næsten lige lang tid til første kontakt for de to lovgivninger kan evt. tilskrives, at der er færre borgere, men måske også, at alle er mere opmærksomme på hurtigt at få iværksat træning.

Information om registrerede aktionsdiagnoser per borger i 2011:

Af de 141 oprettede forløb i 2011 er hovedparten borgere med medicinske diagnoser (70 %). Den største enkelt diagnose af alle oprettede forløb er apopleksi (16 %). Derefter følger hoftenær fraktur og brud med 21 forløb (15 %). Den tredjestørste diagnosegruppe er amputationer/andet og hofte alloplastik med 15 forløb (11 %). Fald som medicinsk diagnose omfatter 14 forløb svarede til 10 % af alle forløb.

Diagnose gruppen "Andet" defineres som borgere med diagnosegrupper, der falder udenfor de opstillede i snitfladekataloget mellem region og kommune.

Konklusion/refleksion:

De mange forskellige diagnoser viser bl.a., at der løftes meget varierede og komplicerede opgaver, som stiller store krav til relativt få medarbejdernes kompetencer. Meget ofte har borgerne flere sundhedsfaglige problematikker og flere diagnoser på samme tid. Der er mulighed for sparring ved andre fagkollegaer i Træning og Aktivitet.

Borgernes deltagelsesprocent for den samlede fysio- og ergoterapeutiske intervention i 2011

I nedenstående informationer er Servicelov genoptræning og Servicelov vedligehold sammenlagt.

Borgerne deltog[10] i henholdsvis 75 % (Sundhedslov) og 81 % (Servicelov) af de planlagte behandlinger. Aflysninger[11] og udeblivelser[12] ligger på mellem to % og fem %, hvorimod afbud[13] udgør 17 % (Sundhedslov) og 13 % (Servicelov).

Refleksioner:

[10] Deltog: borger deltog i den planlagte aftale

[11] Aflyst: ergo- eller fysioterapeut aflyser aftalen

[12] Udeblev: borger kommer ikke/er ikke parat til aftalen og der gives ikke besked.

[13] Afbud: borger eller personale på MDP melder afbud

En deltagelsesprocent på 75 % (Sundhedslov) kan siges at være for lav set i lyset af relativt korte indskrivelsesforløb og mulighed for begrænset antal behandlinger per uge ved terapeut (almindeligvis max. to gange/uge).

Størstedelen af ikke gennemførte behandlinger sker planlagt (20 %). At 20 % af alle behandlinger aflyses kan synes højt. Det skal dog ses i lyset af de meget komplekse sygdomsforløb, hvor borgernes tilstand ofte er ustabil med mange symptomer af svingende styrke f.eks. smerter, kvalme, svimmelhed. Dette kan betyde, at planlægning er vanskelig fx kan personlig hygiejne pludselig tage længere tid end beregnet, hvorfor borger ikke er klar til træning på aftalt tidspunkt eller borgeren er for utilpas til at træne. Borgere, som behandles efter Sundhedsloven via en GOP, er ofte udskrevet fra hospital med kompleks sygdom, hvilket formentlig også afspejler sig i forhold til, at der for forløb via Servicelov er en højere gennemførelsesprocent. Den er 81 %.

7.10 Tema 12 og 17: Visitationens administrative udskrivelser, afholdelse af udskrivelsesmøder og de faste tider til dette i visitationen

Mål

At få viden om, hvordan visitationens organisering af udskrivelsesmøder på MDP fungerer.

At få viden om, hvor mange administrative Visitationen udfører, og hvordan de fungerer.

Evalueringsspørgsmål

Hvordan fungerer de faste tider for udskrivelsesmøder, som Visitationen har afsat efter 1. januar 2012?

Hvor stor en procentdel udgør de administrative udskrivelser af samtlige udskrivelser på MDP?

Hvordan fungerer de administrative udskrivelser?

Konklusion på evalueringsspørgsmål

I de første seks måneder af 2012 var fast tilknyttet to visitatorer og de har tilsammen afholdt 24 møder/udskrivelsesmøder på tilsammen 22 faste dage for møder. Tilsammen for de to visitatorer blev otte af de faste mødedage aflyst pga. ferie, helligdage m.v..

Visitationen har udført 19 administrative udskrivelser i de første seks måneder af 2012, hvilket udgjorde 27 % af samtlige udskrivelser.

Metode og materiale

Tre visitatorer har været tilknyttet MDP. De to af visitatorerne har været tilknyttet alle de første seks måneder af 2012 og den tredje er kommet til i april/maj.

Hver af de tre visitatorer har hver uge fastlagte tider, hvor plejepersonalet på MDP har kunnet anmode om udskrivelsesmøder. De tre visitatorer har hver en af følgende formiddage: mandag, onsdag og fredag. Visitatorerne har hver haft kontakten til seks eller syv borgere. I sommeren 2012 er det ændret således, at de tre visitatorer ikke har faste borgere, men er et team omkring alle borgerne.

De tre visitatorer har i de første seks måneder af 2012 opgjort data på, hvordan de skemalagte tider til udskrivelsesmøder er anvendt.

Visitatorerne har ligeledes opgjort, hvor mange administrative udskrivelser, der er udført i 2012. En administrativ udskrivelse er en udskrivelse, hvor visitatoren ikke har været til møde på MDP med borger og personale.

Analyse

Visitatorernes opgjorte data er analyseret og beskrevet i nedenstående afsnit.

Resultater af analyse

Visitationen har udført 19 administrative udskrivelser i de første seks måneder af 2012 og i to af forløbene blev borgerne indlagt på hospital og kom ikke retur til MDP. De 19 administrative udskrivelser udgjorde ca. 27 % af samtlige udskrivelser. I alt blev 71 forløb afsluttet, heraf blev 33 udskrevet til eget hjem og 21 til plejebolig. Syv afgik ved døden og 10 forløb blev afsluttet pga. indlæggelse på hospital.

To visitatorer har i de første seks måneder af 2012 haft faste dage for udskrivelsessamtaler med borgere på MDP. Den ene visitator har i de første seks måneder af 2012 haft aftaler på MDP 12 af de faste dage, som var afsat til udskrivelsessamtaler. På disse 12 dage blev der afholdt 14 møder/samtaler. Fem af de fast "mødedage" blev aflyst pga. helligdage, ferie m.v.. Den anden visitator har i de første seks måneder af 2012 haft 10 faste dage på MDP med 10 møder. Tre faste "mødedage" blev aflyst pga. ferie og lign.. I starten af april 2012 blev en tredje visitator fast tilknyttet MDP ligeledes med en fast "mødedag" hver uge. Der er ikke udført registreringer for den tredje visitator.

To visitatorer har således tilsammen afholdt 24 møder/udskrivelsesmøder på deres faste mødedag. Visitatorernes fremmøde på MDP omhandler både udskrivningsmøder og indstilling til plejebolig samt opgaver i samarbejdet med plejepersonalet på MDP bl.a. visitering til hjælpemidler.

Refleksioner:

Det må formodes, at forløb, som afsluttes med udskrivelse til plejebolig, indlæggelse på hospital eller dødsfald ikke kræver et møde. For første halvdel af 2012 var der således behov for at udføre udskrivelsesmøder svarende til 33 udskrivelser til eget hjem. I de første seks måneder af 2012 kunne der formentlig være udført flere administrative udskrivelser. Formentlig er der tale om, at ikke alle afsluttede forløb er registreret i forhold til administrative udskrivelser.

Der er udarbejdet en tjekliste til brug ved administrative udskrivelser. Der kan arbejdes med implementering af denne.

Visitatorernes faste tider på MDP anvendes til:

Udskrivelsesmøder, møder ang. ansøgning om plejebolig eller ældrebolig, løbende afklaring af problemstillinger i samarbejde med plejepersonale og ergo- og fysioterapeuter og afklaring af behov for hjælpemidler. Alle giver udtryk for, at det er en fordel med fast tilknyttede visitatorer og deres fast "mødedage" på MDP.

8. Perspektivering

Det kan overvejes, hvordan denne evalueringsrapports resultater kan anvendes og tænkes ind i rehabiliteringstiltag i Halsnæs Kommune i bredere forstand, end det har været denne rapports hovedformål.

Halsnæs Kommune har valgt at anvende rehabilitering bredt i Forebyggelse og Sundhed. Der foregår mange indsatser og udviklingstiltag, som med fordel kan koordineres. Det kunne være væsentligt at følge op og evt. justere på Forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen i samarbejde med Rosen, som har midlertidige døgnpladser for udadreagerende borgere med demens.

Det kunne f.eks. være relevant at tænke Halsnæs Kommunes nuværende Projekt Hjerneskaderehabilitering ind i forhold til rapportens resultater. Rapporten viser, at borgere med erhvervet hjerneskade er den enkeltdiagnose, som har mest volumen indenfor gruppen af borgere, som har modtaget ydelser fra Træning og Aktivitet på MDP. I projekt hjerneskaderehabilitering er målet bl.a. at opnå sammenhængende forløb. Det kunne således være en mulighed at sætte særligt fokus på forløb på MDP, hvor borgerne har erhvervet hjerneskade herunder apopleksi. Der er generelt behov for, at der afholdes flere målsamtaler på MDP fremadrettet end tilfældet er i dag. En målsætning i 2013 kunne fx være, at der i forløb, hvor borgerne har erhvervet hjerneskade afholdes målsamtaler i 95 % af forløbene. Dertil kommer f.eks., at der er evidens for, at træningsintensitet/hyppighed har betydning for effekten af træningstilbuddet. Dette gør sig bl.a. gældende for borgere med erhvervet hjerneskade. Mulighed for hyppigere træning af denne gruppe borgere ville være i tråd med indsatsen i Projekt hjerneskaderehabilitering i forhold til øget kvalitet i forløbene. I de komplekse forløb for borgere med erhvervet hjerneskade vil der fremadrettet være behov for tilrettelæggelse af meget individuelle forløb, hvis Halsnæs Kommune ønsker at varetage rehabilitering til denne målgruppe i egen kommune og kun i få udvalgte forløb gøre brug af de specialiserede tilbud på hjerneskadeområdet. Det er planlagt, at medarbejdere fra MDP deltagere i kompetenceudvikling i forbindelse med Projekt hjerneskaderehabilitering.

Halsnæs Kommune har fysisk aktivitet som et tværgående mål. Dette kunne på MDP tænkes indfriet ved at have særlig fokus på fysisk aktivitet hos borgere, som venter på en plejebolig. Det er væsentligt, at disse borgers funktionsniveau udvikles/fastholdes.

10 til 15 % af borgerforløbene afsluttes med indlæggelse på hospital. Det ville være relevant at analysere disse forløb nærmere for at finde frem til de problemstillinger, som er årsag til indlæggelserne. Dette bl.a. med henblik på at undersøge om det er indlæggelser, som kunne forebygges enten af MDP eller hospitalet.

Det kan overvejes, hvordan der skabes de mest målrettede borgerforløb på MDP med meningsfyldt indhold for borgerne og færre dage anvendes til borgere, som er visiteret til plejebolig og afventer dette. Ligeledes kan der gøres tanker om, hvordan der skabes de bedste hverdagslivsrammer rammer til borgere på plejecentre efter ophold på MDP. En mulighed kunne være, at øremærke plejeboliger til særlige målgrupper. Halsnæs Kommune har særlige demensafsnit på plejecentre. Måske ville det være til gavn for yngre borgere med erhvervet hjerneskade at have et særligt afsnit på et plejecenter af hensyn til samvær med ligestillede samt sikring af medarbejdernes kompetencer i forhold til denne gruppe borgeres særlige behov. Efter ophold på MDP med fokus på en rehabiliterende tilgang vil der ofte være et særligt behov for opfølgning, fortsat træning og en aktiverende tilgang fra medarbejderne for at bevare borgernes funktionsevne.

Af rapporten fremgår det, at der er 0,7 tilsyn fra praktiserende læge eller vagtlæge i gennemsnit per borgerforløb og 4,3 kontakter i gennemsnit per borgerforløb telefonisk eller elektronisk. Der er ca. 10 tilsyn per måned. Det kunne være interessant at undersøge nærmere, hvordan samarbejdet mellem MDP og almen praksis fungerer. Medarbejderne på MDP skal samarbejde med alle praktiserende læger i kommunen, hvilket giver mange forskellige samarbejdspartnere. Ved ansættelse af en læge fast nogle dage ugentligt formodes det, at der kan opnås tættere

samarbejdsrelationer og dermed større sandsynlighed for hurtigere og mere smidige forløb. En sådan ordning kunne afprøves med inspiration fra en lignende ordning i København Kommune. En anden mulighed var at anvende videokonferencer i samarbejdet med de praktiserende læger, medarbejderne på MDP, borgerne og de pårørende.

Denne rapport har vist, hvilke komplekse borgerforløb, som forløber på MDP, Hundested Plejecenter. Ligeledes er det blevet synligt, hvor forskelligartede diagnoser og forløb medarbejderne skal kunne håndtere og have kompetencer i forhold til. Det gælder viden af både medicinsk og kirurgisk art. Det gælder det akutte og subakutte og ikke mindst det palliative og terminale felt. Dertil kommer borgere, som afventer plads i plejebolig. Personalet på MDP og med tilknytning til MDP udøver pleje, behandling og træning samt myndighedsfunktion, som kræver solide kompetencer på mange felter. Der vil fortsat fremadrettet være behov for udvikling af medarbejdernes kompetencer.

9. Bilag

- Bilag 1. Godkendte temaer for evalueringen på MDP – Plejecentret Halsnæs. April 2012
- Bilag 2. Overblik over valg af metoder og materiale indenfor de forskellige temaer af det evaluerende element
- Bilag 3. Forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen for midlertidig døgnplads på Rosen og Plejecenteret Halsnæs. Marts 2011
- Bilag 4. Standardforløb for midlertidig døgnplads for borgere på MDP Plejecenter Halsnæs. Marts 2011
- Bilag 5. Visitationskriterier MDP (midlertidige døgnpladser) Plejecenter Halsnæs. November 2010
- Bilag 6. Sammenfatning af tre afviklede refleksionsseancer afviklet i implementeringsfasen fra april 2011 til marts 2012
- Bilag 7. Interviewguide fokusgruppeinterview med borgere
- Bilag 8. Interviewguide telefoninterview med pårørende
- Bilag 9. Interviewguide til fokusgruppeinterview med medarbejdere
- Bilag 10. Observationsguide til observation af to tværfaglige konferencer

Halsnæs
Kommune

Bilag 1

Godkendte temaer for evalueringen på MDP Hundested Plejecenter

Sagsnr.:	**2012/0009307**	**Dato:**	**8. august 2012**
Titel:	Evalueringsrapport vedr. MDP		
Sagsbehandler:	Karna M. Vinther Rehabiliteringskoordinator		

Tema	Evalueringsspørgsmål	Mål	Metode	Ansvar og ressourcer	Afviklingsansvarlig	Opsamling og aflevering til Karna
1. Brugerinddragelse	Hvordan eller i hvor høj grad føler borgerne sig inddraget i planlægningen af deres forløb/deres forløb? Hvordan oplever borgerne sammenhæng?	At få viden om borgernes oplevelse af: inddragelse i deres rehabiliteringsforløb og sammenhæng	Et fokusgruppeinterview med 6 udvalgte borgere	Karna og Kirsten Müller. Interview 1½ time. Planlægning med udarbejdelse af interviewguide (3 timer), indkaldelse af borgere (Angelica) og informationsbrev (3 timer) Bearbejdning 4 timer	Kirsten og Karna d. 25. juni 2012 kl. 14.00 til 15.30 i Smaragden	
2. Pårørende inddragelse	Hvordan oplever de pårørende sig inddraget i borgernes forløb på MDP?	At beskrive de pårørendes oplevelser af opholdet på MDP	Telefoninterview af udvalgte pårørende (5) efter samme model, som blev anvendt ved evaluering af Rosen.	Telefoninterview (Kirsten) Anvende interviewguide fra Rosen Angelica finde pårørende	Kirsten uge	

3. Medarbejdernes oplevelse af processen med implementering af rehabiliteringstankegangen Hvordan defineres medarbejderne her? Visitation, Træning og Aktivitet og plejepersonale MDP? Ja. Her deltager hjemmeplejen ikke. MDP dag og aften forskellige faggrupper.	Hvordan har medarbejderne oplevet arbejdet? Hvor opleves de største udfordringerne? Medarbejderens bud på "løsninger". Hvad betyder det for dig at arbejde efter rehabiliteringstankegangen? Betydningen af undervisningen og hvordan arbejdes der med rehabiliteringstankegangen og forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen i klinisk praksis?	At få medarbejder perspektivet synligt som afsæt for den videre udvikling	Fokusgruppeinterview med plejepersoner fra MDP, fysioterapeuter, ergoterapeuter, visitatorer, evt. hjemmepleje Fokusgruppeinterviewet tager afsæt i den ramme for arbejdet i praksis, som **forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen er.**	Et fokusgruppeinterview af 1½ time. Forberede interviewguide, informationsbrev til deltagerne. Christina Schnekloth Lederne deltager ikke. (For at gøre det enkelt) Indkalde deltagere fra MDP: Angelica	Kirsten med hjælp fra Jytte Becker eller Malene (direktionskonsulent) D. 24. august eller d. 29. august kl. 13.30 til 15.00?	
4. Tværfagligt samarbejde/tværfaglgie konferencer og herunder afholdelse af målsamtale	Hvordan fungerer de tværfaglige konferencer? Lever de op til hensigten og hvad er den? Hvordan anvendes viden fra målsamtale i de tværfaglige konferencer?	Få viden om indhold og systematik i de tværfaglige konferencer som et væsentligt element i	Observation under min. 2 konferencer – en i øst og en i vest?	Observation af to konferencer med afsæt i udarbejdet guide med fokuspunkter, der tager afsæt i kerneelementer af rehabilitering (fx deling af viden tværfagligt,		Karna møde med Olai og Jeanette d. 3. maj og opfølgning d. 15. juni.

		det tværfaglige samarbejde		borgernes mål, fremadrettet plan, tydelig opgavefordeling) Varetages af Olai og Jeanette Tidsforbug: Afvikling af konferencer: to gange ½ time + transport. Udarbejdelse af fokuspunkter og registreringsskema (3 timer). Opsamling og bearbejdning: 4 til 6 timer.	Olai og Jeanette Øst d. 21. juni 2012 kl. 10.30 til 11.00 Vest d. 7. eller 14. august	
5. Samarbejdet med de praktiserende læger	Hvor mange af forløbende er der konkret samarbejde med de praktiserende læger? I hvor mange forløb har den praktiserende læge tilset borger på MDP?	At få overblik over samarbejdet med de praktiserende læger og udfordringer	Kvantitative opgørelser ud fra gennemgang af journaller for et antal udvalgte borgere i en given periode	Journalgennemgang ved Angelica og terapeut? Udvikling af registreringsskema Angelica og ? 3 timer til udvikling af skema og 1 dag til opgørelse	Angelica Uge 25	Møde med Angelica d. 27. april
6. Belægningsliste	Antal indskrevne dage i gennemsnit per borger? Hvordan er dette i forhold til tidligere – før 2010? Antal dage, som anvendes af borgere, som venter på plejebolig? Køn Alder	At få overblik over antal indskrivelsesdage	Kvantitative opgørelser fra belægningsliste evt. suppleret med opslag i journaler	Der tages udgangspunkt i nøgletal. Udarbejdelse af registreringsskema Udførelse af registreringer og udregninger 1 dag til opgørelser	Hülya med støtte fra Anne Mette og Kim. Sanne har færdiggjort liste fra 2011. Kim udarbejder liste for 2012.	Karna møde med Hülya og Anne Mette d. 2. maj og med Anne Mette, Hülya og Kim d. 7. maj + Hülya d. 23. maj og møde med Kim d. 7. juni. Møde med Sanne d. 15. juni.

	Hvor kommer borgerne fra (hospital eller hjemmefra)? Antal borgere, som dør på MDP? Antal borgere på MDP, som indlægges på hospital? Hvor mange borgere har flere forløb på MDP inden for en angiven tidsperiode?					
7. Sygefravær	Hvordan har sygefraværet været blandt medarbejderne i perioden xxxxxxx til xxxxxx		Statistik, som forefindes i forvejen	Angelica og Jette	Angelica og Jette Uge?	
8. Personaleomsætning	Hvor mange medarbejdere er fratrådt? Hvor mange medarbejdere er blevet ansat? Både i Træning og Aktivitet og på MDP?		Statistik som forefindes i forvejen	Angelica og Jette.	Angelica og Jette Uge?	
9. MDP-handleplan (arbejdsredskab for plejepersonale på MDP)	Hvordan fungerer MDP-handleplanen og hvad er dens hensigt? Ønsker fra medarbejdere på MDP og andre på sigt? Kan den anvendes på Rosen?		Evt. indgå i fokusgruppeinterview? Fra denne kan hentes viden om målsamtale og indskrivelsessamtale og aktuel status?	MDP Med oplevelser/erfaringer og ønsker fra Træning og Aktivitet samt visitationen. Indgår i procesevaluering, men er det nok spørger Karna?	Angelica – kobles på tema 5 (samarbejdet med de praktiserende læger)	Møde med Angelica d. 27. april.
10.	Bliver disse afholdt?		Se punkt 4 og	Indgår i observation		

Målsamtale	Hvor mange er afholdt?		ellers 1. element af evalueringen og punkt 9	af tværfaglige konferencer go i 1. element (opsmaling fra det samlede arbejde.		
11. Udarbejdelse af aktuel status	Hvor hurtigt udarbejdes denne?		Se punkt 9			
12. Afholdelse af udskrivelses møder	Hvordan fungerer de faste tider, som visitationen har afsat efter 1. januar 2012?			Data, som de to visitatorer har opgjort fra januar til april	Tine og Birthe	
13. Modtagelses- og Indskrivelses samtale	Bliver disse afholdt?		Se punkt 9			
14. Alle borgere vurderes af ergo- eller fysioterapeut	Hvordan etableres dette? Hvordan fungerer det?		Henføres til 1. element af evaluering – det opsamlende element			

15. Borgernes træningstilbud	Hvor mange borgere fik træningstilbud af terapeuter? Heraf hvor mange havde en GOP og hvor mange fik tilbud via § 86? Hvor mange træningsgange ved fysioterapeut/ergoterapeut fik borgerne i forløbet? Hvor mange dage gik der fra borgeren blev indskrevet på MDP til borgeren blev mødt af en fysioterapeut/ergoterapeut?	At få overblik over den kvantitative del af fysio- og ergoterapeutisk intervention	Kvantitative opgørelser, hvor der slås op i borgernes journaler. Hvilke muligheder er der for at trække disse data i Avaleo Sundhed? Udvælgelseskriterier?	Journalgennemgang og træk i Avaleo. Jette og ? Udarbejdelse af registreringsark: Jette ? 2 dage?	Mette har ønsket dette tema. Afklare nærmere med Jette	Møde med Jette d. 21. maj 2012.06.19 Jette aflevere til Karna inden udgangen af juni 2012.
16. Plejeboligansøgning	Tid fra borger ansøger til afgørelse? Tid fra godkendt bolig til bolig tilbydes? Tid fra bolig tilbydes til borger flytter i plejebolig?		Plejeboligansøgning – Henriettes venteliste. Kvantitative opgørelser	Henriette 4 timer?	Henriette	Karna møde med Henriette d. 16. maj og d. 6. juni
17. Administrative udskrivelser ved visitationen	Hvor stor en procentdel udgør de? Hvordan fungerer de?		Kvantitativ opgørelse	Tine og Birte	Tine og Birte	

Halsnæs Kommune

Bilag 2

Overblik over valg af metoder og materiale indenfor de enkelte temaer af det evaluerende element.

Temaer i evalueringens evaluerende element.	Metode	Materiale
1. Borgerinddragelse	Kvalitativ metode. Fokusgruppeinterview med tre borgere om deres oplevelse af at blive inddraget i eget rehabiliteringsforløb, samt sammenhængen i deres forløb.	To kvinder og en mand udgjorde fokusgruppen og lå med en aldersspredning fra 64-74 år. De kom alle fra hospital til MDP og havde forskellige dianoser ved ankomsten på MDP. Alle borgere havde kontakt til plejepersonale samt fysio- og ergoterapeuter under deres ophold, og to gik fortsat til ambulant behandling.
2. Pårørendeinddragelse	Kvalitativ metode. Telefon interview med pårørende til borgere, som er udskrevet fra MDP. Interviewet var struktureret ud fra en på forhånd udarbejdet interviewguide med en tidsramme på 15 minutter pr. interview. Interviewet havde til formål at afdække de pårørendes oplevelse af forløbet på MDP. De to borgere, som var i live havde givet tilsagn om, at de pårørende måtte kontaktes. Tre udvalgte borgere var for dårlige til at deltage i fokusgruppeinterview og kunne ikke forlade deres bolig.	5 pårørende udvalgt af plejepersonalet, ud fra følgende kriterier: • Tilsagn fra borgeren • At der var tale om pårørende til de mest ressourcesvage borgere • Ud til hjem, ud til plejecenter, og herefter død. • At borgeren havde ægtefæller eller børn. • At man havde et nyligt afsluttet forløb • Gerne at borgeren havde været venteborger på MDP 4 pårørende deltog i interview af en varighed på 10-15 minutter. To borgere var blevet udskrevet fra MDP til plejecenter, mens to døde mens de opholdt sig på MDP.
3. Medarbejderperspektiv	Kvalitativ metode. Fokusgruppeinterview med MDP plejepersonale, samt fysioterapeuter,	6 medarbejdere deltog i interviewet, henholdsvis en visitator, to fra Træning og Aktivitet samt tre fra

	ergoterapeuter og visitatorer. Fokusgruppeinterviewet blev udført på baggrund af en, på forhånd udarbejdet interviewguide.	plejepersonalet fra MDP. Alle deltagere var kvinder og ingen af dem sad i lederfunktioner.
4. Tværfagligt samarbejde	Kvalitativ metode med observation af to tværfaglige konferencer. To observatører observerede afholdelsen af to konferencer á ca. en halv times varighed.	Deltagerne i to tværfaglige konferencer var i hver af konferencerne: en ergoterapeut, en fysioterapeut og to fra plejepersonalet på MDP.
5. Samarbejdet med de praktiserende læger	Kvantitativ metode Søgning og optælling i journalmateriale over borgerne på MDP og indført i lister. Der er søgt på ord som læge i journalen for at se om der har været kontakt mellem borgeren og egen læge. Der er tale om både mundlig telefonisk og skriftlig kontakt. Der er ligeledes registeret om borgeren har været tilset af læge (vagtlæge og praktiserende læge) under opholdet på MDP	Der er indhentet data for de første 6 måneder af 2012 for at se om der har været kontakt med egen læge.
6 og 16. Kvantitative data fra belægningslisten på MDP samt ventelisten for plejebolig	Kvantitativ metode opgørelser af lister udarbejdet i Excel regneark med data fra belægningslister på MDP fra 2011 til 2012 smat plejboligventelisten.	Der er udarbejdet en ny liste på baggrund af belægningslisten og ventelisten for plejebolig med henblik på at kunne foretage en sammenligning af listerne. Data fra belægningslister og plejeboligventelister, samt selvudarbejde lister og regneark.
7 og 8. Personaleomsætning og sygefravær	Kvantitativ metode Opgørelser fra ledelsesinformationssystemet	Opgørelser og beskrivelser foretaget af områdeledere i Træning og Aktivitet, samt medarbejdere på plejecenter Halsnæs(Hundested plejecenter)
9, 10, 11 og 13. MDP forløbenes struktur	Kvantitativ metode Søgning i borgernes patientjournaler, hvor der er søgt på ordet målsamtale, samt aktuel status.	Der er indhentet data fra de første seks måneder i 2012. Data om afholdte målsamtaler og aktuel status er blevet indført i lister der tager udgangspunkt i

		belægningslisterne.
14 og 15 Kvantitative data om borgerens træningstilbud	Kvantitativ metode i form af skemaer	Beskrivelse fra områderlederen i Træning og Aktivitet om fysioterapeuter og ergoterapeuter vurdering af træningsbehovet for borgere på MDP, samt en beskrivelse af de ydelser borgere på MDP modtager hos Træning og Aktivitet. Ligeledes er der blevet trukket data fra dokumentationssystemet Avaleo sundhed og Unig omsorg, hvor der også er foretaget manuelle optællinger og gennemgang af journalmateriale
12 og 17 visitationens administrative udskrivelser	Kvantitativ metode	Tre visitatorer tilknyttet MDP i første 6 måneder af 2012. Der er her blevet opgjort data der fortæller, hvordan de fastlagte tider for udskrivelsesmøder er blevet brugt, samt hvor mange administrative udskrivelser der er blevet udført i 2012. Det vil sige en udskrivelse hvor visitatoren ikke har været til møde med plejepersonale eller borger inden udskrivelsen fra MDP.

Halsnæs
Kommune

Bilag 3

Forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelse for midlertidig døgnplads (MDP) på Rosen og Plejecentret Halsnæs

Godkendelse i styregruppen marts 2011.

Forløb for borger	**Visitationens opgaver**	**Opgaver, som varetages af plejepersonalet ansat på MDP**	**Opgaver, som varetages af personale ansat i Træning og Aktivitet (ergo- og fysioterapeuter)**
Før borger indskrives på MDP	**Har den koordinerende rolle**		
• Borger varsles/færdigmeldes af hospital eller • Kontakt fra hjemmet/hjemmeplejen/ egen læge • Kontakt fra plejecenter vedr. MDP Rosen	Modtager besked i slusen		
Visitering varetages af visitationen	Vurderer om borger kan udskrives til/blive i eget hjem, om der er behov for ophold på MDP, om der er behov for konference. Er borger kendt/er det et kendt hjem? Sygeplejerapport modtages evt. fra hospital, men følger borger. Borger tildeles kontaktperson i visitationen.		

	Visitationen vurderer og beslutter om borger tilbydes MDP på Rosen eller Plejecentret Halsnæs For Rosen gælder, at egen læge vurderer borger før visitation.		
Borger er visiteret til et ophold på MDP	Ansøgning faxes til borger på hospital/sendes til borger i hjemmet. Ved borgere som modtager hjemmepleje eller bor på plejecenter udskriver personale en ansøgningen til borger. Ansøgning med borgeres underskrift sendes til visitationen. Borger oprettes på visitationens interne venteliste til MDP. Boligmodul aktiveres.		
Ved ledig plads på MDP	Visitationen prioriterer fra ventelisten. Kontaktperson i visitationen orienteres?		
Borger tilbydes en konkret plads en given dato	Kontaktperson/visitationen kontakter borgeren på hospital eller i hjemmet med information om en konkret plads.		
	Informationer om borger opdateres bl.a. anamnese. Der udarbejdes formål med borgernes ophold på MDP.		

	Det vurderes om der skal visiteres til træning og i så fald udarbejdes formål med træningen og der sendes advis til TAC Hundested. Er der en genoptræningsplan (GOP)? - behov for hjælpemidler (varige og midlertidige) -medicinliste Hvis der er AKUT behov for MDP eller borger har særlige komplekse problemstillinger kontaktes MDP telefonisk for orientering		
Hjælpemidler	Behov for hjælpemidler klarlægges – varige/midlertidige. Levering af nye hjælpemidler aftales med hospital/Falck. Borgerne medbringer selv egne hjælpemidler		
Advis til MDP fra visitationen	Advisering til MDP om konkret borger, der hjemtages fra hospital/kommer fra eget hjem. Advisen bør indeholde kort baggrund for visitation til MDP og navn på evt. kontaktperson. Ved overflytning samme dag eller særligt komplekse forløb kontaktes MDP telefonisk.		
	Aktiverer/tilrette madfane. Tilrette tilhørsforhold i Uniq fra aktuelle dato. Brev til borger om bevilling.		
		Kontakt til hospital/borger fra MDP med henblik på borgerens	

		ankomsttidspunkt samt: • Informationer om borger udfra søgeord • Medicin • Behandlinger • Andre journaloplysninger Noteres under relevante søgeord	
		Pårørende kontaktes med henblik på: • Medicin medbringes • Tøj og fodtøj • Tjekliste • Hjælpemidler fra eget hjem medbringes og borger sørger for transport	
			Visitation til fysioterapi eller ergoterapi med angivelse af formål (Servicelov) modtages af planlægger i Træning og Aktivitet. Adviser læses en gang dagligt. Modtagelse af genoptræningsplaner fra sygehus (Sundhedslov). Videregives med det samme til fysioterapeuter og ergoterapeuter tilknyttet MDP.
Borger er ankommet til MDP		**Har den koordinerende**	

		rolle.	
		Borger modtages på MDP. Der gives internt besked i "huset" og til Slusen. Fysioterapeuter og ergoterapeuter tilknyttet MDP informeres om borgers ankomst. Borgers egen læge kontaktes via medcom.	
Modtagelses- og indskrivelsessamtale		Plejepersonale (kontaktperson) afholder samtale med borger og gerne pårørende, hvor der indsamles data efter søgeord i aktuelstatus. Hjemlige boligforhold klarlægges.	
Borgere med behov for fysio- og ergoterapeutisk vurdering og evt. træning			Har modtaget besked fra plejepersonale ansat på MDP om borgerens ankomst. Borger kontaktes hurtigst muligt og i de fleste tilfælde i første uge på afdelingen. Jf. aftaler/standarder. Borger tildeles kontaktperson i ergoterapien og

			fysioterapien. Der tages evt. kontakt til samarbejdspartnere i relation til den fysio- og ergoterapeutiske intervention. F.eks. hospital, egen læge, pårørende m.fl.
Målsamtale			
		Pårørende kontaktes med henblik på deltagesle i målsamtale med borger. Dette koordineres med fys./ergo. Hjemmeplejen kontaktes med tilbud om deltagelse, hvis dette vurderes relevant. Andre samarbejdspartnere kontaktes fx egen læge, demenskonsulenter, sagsbehandlere, aktivitetscentre, privat leverandører m.fl. Aftaler med visitationen og andre møder noteres under notatpligt/samtale i borgers journal, på tavlen på kontoret, samt på borgerens egen tavle	Fys./ergo deltager i det omfang, vi vurderer, det relevant og muligt.

		på stuen.	
		Målsamtalens indhold: • Målsætning og handleplan for opholdet • Borgerens egen indsats under opholdet • Ergoterapi • Fysioterapi • Sygepleje • Hjælpemidler, boligændringer • Anden bolig • Nye behov/problemstillinger aftaler i øvrigt Ny aftale om dato for evaluering herunder planlægning af udskrivelse, evt. aftale om hjemmebesøg. Målene skrives på borgerns egen tavle på stuen, hvis borgeren har accepteret dette samt på tavlen på kontoret.	
Tværfaglig konference		En gang om ugen afholdes tværfaglig konference for fagpersoner med gennemgang af borgerne. Plejepersonalet er ansvarlig for formidling og koordinering af de tværfaglige indsatser i henhold til borgerens mål og plan.	Ergo- og fysioterapeuter deltager i den ugentlige tværfaglige konference.

		Plejepersonalet dokumenterer efter gældende sundhedsfaglige retningslinjer i Uniq Omsorg.	Ergo- og fysioterapeuter dokumenterer efter gældende sundhedsfaglige retningslinjer i Uniq omsorg og caseflow.
Evalueringsmøde med borger		Efter evalueringsmøde med relevante parter kan følgende ske: • Borger kan udskrives til eget hjem, visitationen kontaktes og der aftales dato for udskrivningsmøde og relevante parter inviteres	
Udskrivningsmøde	Udskrivningsmøde med borger, pårørende,		Fys/ergo deltager i det omfang de vurderer, det er

	personale fra MDP og andre relevante parter Behov for hjemmebesøg afklares, hvis ikke sket tidligere. Der aftales udskrivelsesdato og visiteres til ydelser i hjemmet. Vurderes det ved udskrivningsmøde, at borger ikke kan udskrives til hjemmet eller borger ansøger at søge anden bolig, udarbejdes helhedsvurdering og resumé til boligansøgning.	Plejepersonale fra MDP deltager altid i udskrivningsmøde Plejepersonale hjælper borger med at udfylde boligansøgning og faxer den til visitationen.	relevant og muligt. Vurdering af behov for fortsættelse af fysioterapi og/eller ergoterapi efter udskrivelse. Sikre planlægning af overlevering til f.eks. hjemmepleje.
Borger udskrives fra MDP - til hjemmet	Visitationen informerer udførere om, at borger udskrives fra MDP på aftalt dato.	MDP informerer hjemmeplejen og evt. hjemmesygeplejen om tidspunkt og evt. andet i forbindelse med udskrivelsen. MDP koordinerer udskrivelsen vedr. tid og hjemtransport med borger/pårørende. Evt. information til egen læge ved udskrivelse	Evt. fysio- og/eller ergoterapeutisk vurdering og træning.
		Efter evalueringsmøde med relevante parter eller tidligere i forløbet kan følgende ske: • Borger kan ikke udskrives til eget hjem	
- borger ansøger om		Plejepersonalet på MDP tilbyder borger hjælp vedr.	

plejebolig/ældrebolig		boligansøgningen. Ansøgning faxes til visitationen.	
	Hvis det før udskrivelsesmøde vurderes, at borger ikke kan udskrives til eget hjem sker følgende: Visitationen sender brev til borger om at ansøgningen er modtaget. Visitationen planlægger en konference på MPD med borger, plejepersonale og evt. pårørende. Her vurderer visitationen om borger kan vente på plejebolig/ældrebolig i hjemmet. Boligansøgning udfærdiges. boligvisitationsudvalget træffer beslutning. Afgørelsen sendes per brev til borger på midlertidig MDP-adresse. MDP adviseres om, at brev med afgørelse er sendt til borger, men ikke om indholdet af afgørelsen.	Personalet på MDP kan spørge borger/pårørende til brevet.	
Borger er godkendt til anden bolig	Borger tilbydes konkret bolig per brev. Det kan alternativt foregå ved, at Visitationen beder MDP tilbyde borger en konkret bolig. Indskrivelse på MDP betyder, at borgere er ”garanti” borger. Borger SKAL modtage og acceptere første tilbud om plejebolig uanset hvilket plejecenter inden to måneder. Det er ikke muligt at vente på MDP på plads på et særligt plejecenter.		
Borger accepterer plejebolig	Accepten fra borger gives til visitationen og MDP		

	kan evt. være behjælpelig. Advise til plejecenter om borgers accept af bolig samt fax af papirsager. Advise til MDP om borgeres accept af bolig samt til hvilket plejecenter.		
Modtagelse af borger i plejebolig		MDP kontaktes af plejecenter til formøde hvor borger og pårørende deltager. Evt. telefonsamtale. MDP modtager besked fra plejecenter om hvornår bolig er klar. Borger skal flytte ind senest en dag efter overtagelsesdato.	
Borger afslår tilbud om plejebolig	Afslår borger tilbud om plejebolig holdes udskrivningskonference med henblik på udskrivelse til eget hjem.		

Arbejdsgruppen er:

Anette W. Bech, Birthe Bisbjerg, Angelica Pedersen, Inge Bjørn, Jette Albrechtsen, Jytte Becker, Rikke Wedel og Karna Vinther

Beskrivelse af forskellige typer møder:

Modtagelses- og indskrivelsessamtale:

Møde mellem borger, pårørende, plejepersonale (kontaktperson), 1. dag, hvor borger informeres om praktiske forhold og plejepersonale udfører dataindsamling. Der afdækkes behov.

Mødeleder: Plejepersonale fra MDP.

Målsamtale:

Møde mellem borger, pårørende, plejepersonale evt. fys./ergo. og andre relevante, hvor der med udgangspunkt i borgerens ønsker opsættes klare rehabiliteringsmål. Herunder mål for den kommende uge.

Mødeleder: Plejepersonale fra MDP

Evalueringsmøde med borger:

Møde mellem borger, evt. pårørende, plejepersonale evt. fys./ego., hvor de konkrete mål evalueres og evt. nye formuleres.

Mødeleder: Plejepersonale fra MDP evt. fys./ergo.

Udskrivningsmøde:

Møde mellem borger, evt. pårørende, visitator, plejepersonale og evt. fys./ergo. vedr. udskrivelse og visitation til den fremtidige hjælp i hjemmet.

Mødeleder: Visitator.

Halsnæs
Kommune

Tværfaglig konference:

Møde mellem plejepersonale og fysioterapeut samt ergoterapeut x 1 ugen, hvor en gruppe borgere gennemgås. Ingen borgerdeltagelse.

Forslag udarbejdet af Angelica Pedersen og Karna Vinther d. 27. april 2012 og godkendt af arbejdsgruppen d. 21. maj 2012 udner forudsætning af, at de kan justeres senere i 2012, når medarbejderne har arbejdet efter dem.

Formålet med de tværfaglige konferencer er:

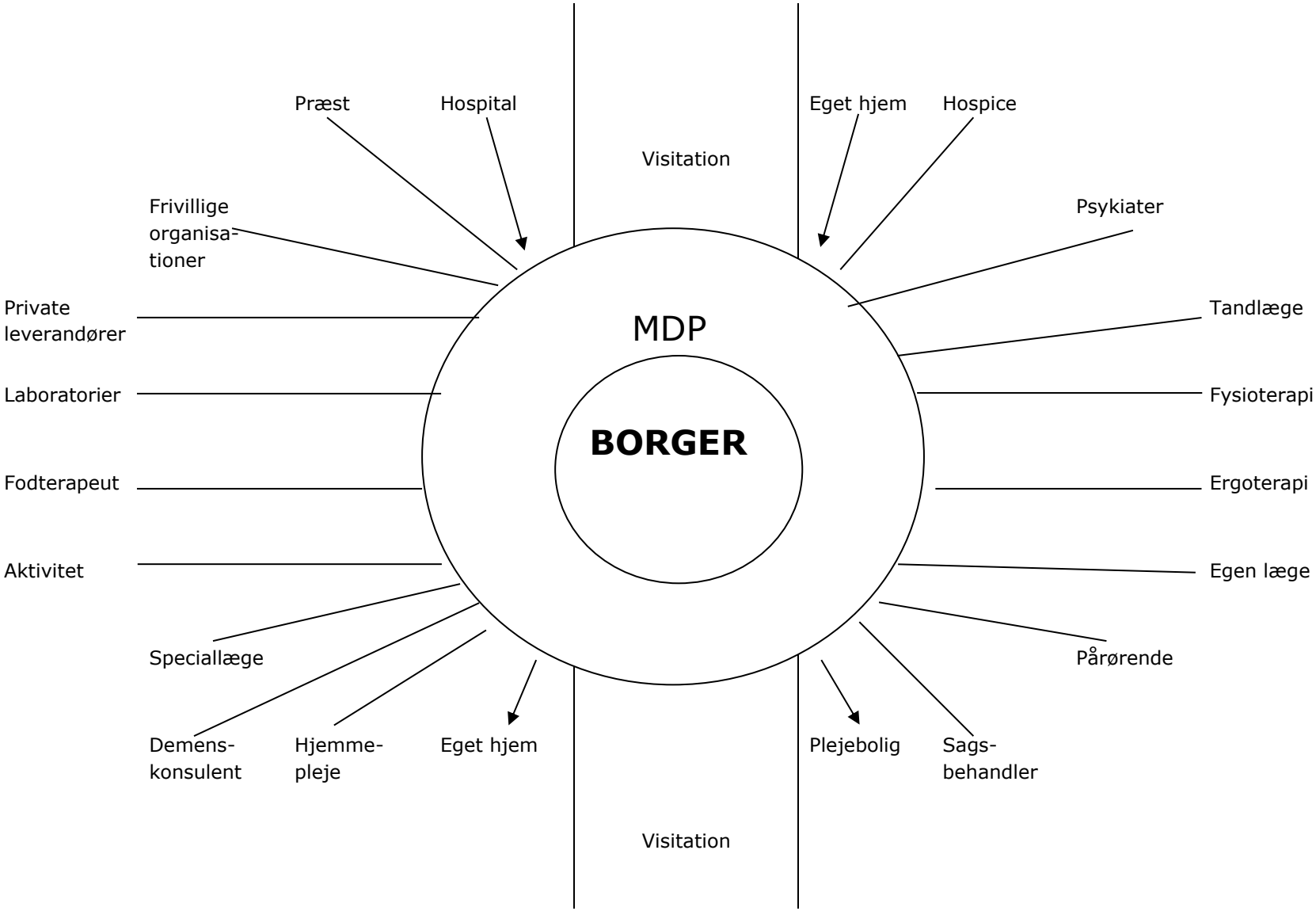
- At der i relation til den enkelte borger gøres status på borgerens mål og de faglige mål samt at de tværfaglige indsatser koordineres

Mål:

- At aftale mål for den enkelte borger for den kommende periode
- At den enkelte borgeres plan vurderes og justeres
- At der aftales ansvars- og opgavefordeling mellem faggrupperne i relation til den enkelte borgeres forløb

Halsnæs Kommune

Midlertidige døgnpladser – samarbejdspartnere



Jette Albrechtsen, Dorrit Rubæk og Jytte Becker

Bilag 4

Standardforløb for midlertidigt døgnophold for borgere på MDP Plejecentret Halsnæs

Dokumententet indeholder en beskrivelse af medarbejderens arbejdsopgaver i de forskellige faser af borgerens ophold på MDP (midlertidig døgnplads). Dokumentet skal ses i sammenhæng med Forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelse for midlertidig døgnplads (MDP) på Rosen og Plejecentret Halsnæs.

I dokumentet er arbejdsopgaverne beskrevet i en fortløbende tidsproces. Det skal bemærkes, at flere opgaver tænkes at foregå løbende, men med særligt fokus i fastsatte uger. Det gælder fx at formål sat af visitationen samt mål og delmål for borgernes rehabiliteirngsforløb løbende evalueres.

Formål:

- At borgeren oplever et sammenhængende, struktureret, koordineret, målrettet og kvalificeret forløb i Halsnæs Kommune, således at borgeren oplever et meningsfyldt hverdagsliv under og efter opholdet.

Mål:

- At sikre samarbejdet på tværs af sektorer og interne samarbejdspartnere i Halsnæs Kommune m.h.p. et koordineret forløb for borgeren.

Borgeren visiteres efter gældende kriterier, kvalitetsstandard og arbejdsgange mellem visitationen og de midlertidige døgnpladser.

Visitationen vurderer behov for lægelig udredning i forbindelse med ansøgning til MDP og evt. behov for tilsyn af borger aftales og afholdes helst inden borgeren ankommer til MDP. Dette for at rette opmærksomhed mod at ophold på MDP ikke erstatter en nødvendig indlæggelse eller en behandling samt for at målrettet rehabilitering og herunder træning kan iværksættes så snart borger er ankommet til MDP.

Visitationens ansvarsområde er at sikre, at der er beskrevet formål med opholdet, inden borgeren ankommer til MDP.

Når borger meldes fra visitationen, udpeges en kontaktperson på MDP.

Kontaktpersonens ansvarsområde inden borger modtages på MDP:

- Kontakt til hospital for at sikre borgeren får medsendt en ajourført medicinliste og sygeplejerapport.

  eller

- Kontakt til hjemmeplejen og evt. andre relevante parter for at sikre aktuel status og ajourført medicinliste.
- Kontakt til pårørende, for at informere om, hvad borgeren skal medbringe af personlige ejendele (tøj og sko velegnet til træningsbrug, toiletartikler mm.).
- Sender advis med indflytningsdato (fastlagt af visitationen) og tidspunkt til visitationen, administrative medarbejdere og øvrige medarbejdere på MDP samt T&A.
- Oprette borgermappe.

Arbejdsopgaver, der skal varetages i den 1. uge af opholdet:

- Første dag afholdes modtagelses – og indskrivelsessamtale med borger og pårørende, hvor data om bl.a. hjemlige forhold beskrives.
- Når borger er ankommet kontaktes egen læge m. h. p. en medicinstatus m.v.
- Relevante fagfolk deltager i ugentlige tværfaglige konferencer.
- Efter 2-3 dages ophold udarbejdes aktuel status i Uniq Omsorg. Der skal være fokus på funktionsevne fysisk, psykisk og socialt. Ansvar for udarbejdelsen af aktuel status ligger hos sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne. Fysio- og ergoterapeuternes viden om borgerne indarbejdes i aktuel status via informationsudveksling på de tværfaglige konferencer.
- Ud fra formålet med opholdet og aktuel status udarbejder plejepersonalet handleplaner på aktuelle problemområder og hverdagsliv. Fokus på borgerens egne rehabiliteringsmål, behandling og pleje. Fysio- og ergoterapeuter udarbejder plan i Caseflow.
- Ud fra problemområderne beskrevet i aktuel status tages evt. kontakt til øvrige samarbejdspartnere (pårørende, egen læge, hjemmeplejen, gerontopsykiater, hospital mm.)
- De tværfaglige mål og indsatser koordineres på ugentlige konferencer.

Arbejdsopgaver, der skal varetages i 2. uge af opholdet:

- Aftale og afholde målsamtale med borger. Deltagere: borger, pårørende, kontaktperson fra plejen, evt. kontaktperson fra fysio- og ergoterapeuterne/Træning og Aktivitet.
- Udarbejde og nedskrive/dokumentere borgerens overordnede rehabiliteringsmål og de konkrete delmål, som er koordineret på tværfaglige konferencer.
- Løbende evaluering af handleplaner og borgerens rehabiliteringsmål i samarbejde med relevante fagpersoner.
- Fortsat fokus på og iværksætte nye plejemæssige tiltag

Arbejdsopgaver, der skal varetages i 3./4. uge af opholdet:

- Formålet med opholdet evalueres. Hvis formålet ikke kan opfyldes/ikke virker relevant, tages kontakt til visitationen.
- Handleplanerne og rehabiliteringsmål evalueres med borger og på de tværfaglige konferencer.
- Der vil løbende være kontakt til relevante samarbejdspartnere.
- Aktuel status revideres løbende og afhængig af denne udarbejdes nye handleplaner mm.
- I slutningen af denne periode vurderes det bl.a. på de tværfaglige konferencer, om der allerede på nuværende tidspunkt kan tages stilling til, om borgeren efter endt ophold kan udskrives til eget hjem. Hvis det vurderes, at borgeren ikke kan udskrives til eget hjem ydes borgeren hjælp til at udfylde boligansøgning, som faxes til visitationen med henblik på evt. visitering til andet botilbud (f.eks. ældrebolig eller plejebolig). Visitationen forlænger evt. opholdet.

Arbejdsopgaver, der skal varetages efter 3./4. uge af opholdet:

- Der skal være fokus på den fremtidige plan for borgeren i denne periode.
- Evalueringsdatoerne i handleplanerne vil være retningsgivende for det fremtidige forløb vedr. indsatsområder og hvilke faggrupper, som har ansvar for hvad hvornår.
- Handleplaner med borgerens rehabiliteringsmål og aktuel status revideres løbende.

Arbejdsopgaver, der varetages efter 6./7. uge af opholdet, hvis borgernes behov har betydet, at opholdet er fastsat/forlænget til dette

- Status på om formålet med opholdet er opfyldt. Hvis ikke - kontaktes visitationen med henblik på nyt formål eller opholdet forlænges efter en individuel vurdering.
- Hvis formålet er opfyldt, planlægges udskrivelse.
- Der sendes advis til visitationen om, at formålet med opholdet er nået, og at borgeren er klar til udskrivelse. Dette skal ske minimum en uge før forventet udskrivelse.
- Der aftales og afholdes udskrivelsesmøde med deltagelse af visitationen, borger og relevante fagfolk
- Visitationen bestemmer udskrivningsdato og sender advis til hjemmeplejen/plejecenter/evt. andre relevante parter om den forestående udskrivelse
- **Når dato for udskrivelsen er fastsat har kontaktpersonen på MDP ansvar for følgende:**
- At planlægge overdragelse af borgeren til kommende bolig og det personale, som skal tage sig af borger. Medarbejdere, som skal modtage borger kan evt. deltage i pleje af borger på MDP eller deltage i møde med overlevering af vigtige informationer om borgerens situation og behov. udveksling kan også foregå per telefon.

Godkendt marts 2011 af styregruppen for udviklingstiltag vedr. MDP

Halsnæs
Kommune

Bilag 5

Sagsnr.: Fejl! Ukendt betegnelse for dokumentegenskab.	**Dato:** 11-10-2010
Sag:	**Fejl! Ukendt betegnelse for dokumentegenskab.** (midlertidige døgnpladser) – Plejecenter Halsnæs
Sagsbehandler:	**Fejl! Ukendt betegnelse for dokumentegenskab.** **Fejl! Ukendt betegnelse for dokumentegenskab.**

Dette notat er godkendt på styregruppemøde d. 12. november 2010 (styregruppe for udviklingstiltaget om indarbejdelse af rehabiliteringstankegangen på MDP – Plejecentret Halsnæs) Notatet skal ses i sammenhæng med kvalitetsstandarden for midlertidigt døgnophold og særligt afsnittet med: Hvem kan få ydelsen.

Notatet er vejledende i forhold til visitation til MDP.
Det forventes, at disse kriterier indarbejdes i kvalitetsstandarderne, når de revideres i 2011.

Borgere, der udskrives fra hospital, hvor der resterer et genoptræningsbehov/rehabiliteringsbehov før ophold i eget hjem er muligt.

Dette kan være grundet:

- En uhensigtsmæssig bolig, der kan medføre, at borgeren kan komme til skade
- Boligens indretning ikke kan forenes med borgerens træningsbehov
- Plejen af borgeren ikke kan udføres i eget hjem
- Der er behov for boligændringer, inden borgeren kan være i hjemmet
- Borgerens mentale tilstand, fx demens, udgør en fare for borgeren i kombination med borgerens midlertidigt nedsatte fysiske funktionsniveau
- Forventning om borgerens mulighed for at profitere betydeligt af massiv tværfaglig døgngenoptræning

Borgere, som bor i eget hjem, og som har betydelig nedsat funktionsevne. Dette i et sådant omfang, at hverdagen ikke længere kan klares på forsvarlig vis på trods af kommunal indsats og evt. støtte fra pårørende.

Dvs en borger der:

- Ikke har nogen nære pårørende, som kan være familie, venner eller naboer
- Er faldtruet i sådan grad, at det ikke kan kompenseres med hjælpemidler
- Har brug for en tværfaglig vurdering af sin nuværende situation
- Har behov for massiv tværfaglig døgngenoptræning

Borgere med massive pleje- og omsorgsbehov, hvor der er behov for aflastning af pårørende nogle uger om året.

- Borgere, som er meget afhængige af de pårørende og f.eks. ikke kan være alene
- Borgere, hvor ekstra indsats fra kommunen i hjemmet en periode ikke giver de pårørende tilstrækkelig aflastning

Borgere med komplekse palliative behov en periode/behov for terminal pleje evt. den sidste del af livet

- At borgeren er uheldbredeligt syg og har været vurderet af egen læge eller sygehus
- At borgerens symptomer og behov fordrer hyppige tilsyn, som vanskeligt gennemføres i eget hjem
- Et ønske for borgeren og pårørende fx om aflastning af pårørende
- At borgeren ikke ønsker at dø i eget hjem og der ikke er mulighed for/det ikke er relevant at være på sygehus eller hospice, hvis dette har været et ønske
- Borgere, som er angste og utrygge i hjemmet

Bilag 6 Sammenfatning af tre afviklede refleksionsseancer afviklet i implementeringsfasen fra april 2011 til marts 2012

Bogstaverne A, B og C referer til de tre udvalgte borgerforløb.

Overskrifter i Forløbs- og arbejdsgangs-beskrivelse (se bilag 3)	**Sammenskrivning af refleksionsseancer**	**Udviklingspunkter**
Før borger indskrives på MDP		
	Arbejdsgangsbeskrivelsen er fulgt i A og B, det fremgår ikke i C om beskrivelsen er fulgt.	
Borger er ankommet til MDP		
Hjælpemidler	Trykaflastende madras var længe om at komme, bestilt torsdag og leveret mandag.	Der skal findes en løsning, især i og op til weekend.
Modtagelsessamtale	A og B er samtalen holdt.	Væsentligt at få et overblik over borgerens hele situation i begyndelsen af opholdet på MDP. Den viden hjemmepleje og/eller hjemmesygepleje har kan udnyttes meget bedre.
Behov for ergo- og fysioterapeutisk vurdering	A og B har GOP med fra hospitalet, C bliver vurderet på MDP.	Det skal være tydeligt i pjecen, at alle aktiviteter er træning og ikke kun når borger er sammen med terapeut. Relevant for alle, både borgere pårørende og samarbejdspartnere.
Målsamtale	Ikke holdt.	B MDP fremfører, at det ville have medført en tydeligere koordinering, hvis der var holdt målsamtale. Forslag om faste tider for målsamtale på ½ time.
Tværfaglige konferencer	B holdt konference, det fremgår ikke hvor ofte konferencer er holdt.	Kommunikation med borger: Det fremhæves, at der tales mere

		med borger før en konference end efter. Det fremhæves, at det er vigtigt at mål er tydelige og tilgængelige for borger. Der skal arbejdes mere med at få skrevet ugemål på tavle på borgerens stue
Evalueringsmøde	Ikke beskrevet i referatet.	
Udskrivningsmøde	A udskrevet til plejebolig, der er ikke holdt udskrivningsmøde B er planlagt udskrevet til hjemmet, der er endnu ikke holdt udskrivningsmøde C første gang udskrevet til hjemmet uden udskrivningsmøde, C er fortsat på MDP ved refleksionsseancen.	Økonomi og praktiske forhold omkring flytning til anden boligfor borgere der ikke har pårørende: Medarbejdere fra borgerservice skal inddrages i udskrivelsen.
Borger udskrives fra MDP		
Til hjemmet	**Træning** B: Det er en udfordring at skabe en god overgang fra MDP til hjemmet. Det er nødvendigt med viden om borger i god tid pga. planlægning og for at undgå, der kommer en pause i træningen. **Hjemmepleje og hjemmesygepleje** B: Planlægning kan begynde. Der skal planlægges udskrivningsmøde for alle involverede parter, inkl. Velfærdsservice. C: Der var første gang tale om en administrativ udskrivelse, hvilket ikke var heldigt. Desuden skete en kommunikationsbrist, plejen havde ikke relevante informationer om udskrivelsen. Denne borger indlægges på hospital og er igen	MDP fremfører, at der mangler en kolonne med de opgaver der skal løses i forbindelse med hjemmehjælpen og hjemmesygeplejen. Evt. en fælles tjekliste. Forslag om enten hjemmebesøg eller prøveudskrivelse på et par dage. Udfordringen er, at borger skal betale for transport.

	indskrevet på MDP.	
Ansøgning om plejebolig/ældrebolig	A ikke besøgt af visitator, da borger er kendt og der findes funktionsbeskrivelse. B borger var før indskrivelsen visiteret til ældrebolig.	
Borger ansøger om anden bolig		MDP mangler besked om at ansøgning er modtaget. Kan skrives i Uniq, at ansøgning er modtaget.
Borger er godkendt til anden bolig		Det er ikke tydeligt i brev for borger, at dato for tildelig af plejebolig er flyttedag. Borgere er længere på MDP en nødvendigt pga. mangel på lejekontrakt. Især obs. når borger ikke har pårørende.
Modtagelse af borger i plejebolig	A: Formøde ikke holdt.	

Halsnæs
Kommune

Bilag 7

Spørgeguide til fokusgruppeinterview med borgerne inklusiv udvælgelseskriterier i forhold til borgere, som kan deltage

Udvælgelseskriterier:

Det skal være gode informanter, som kan indgå i en gruppesammenhæng og gerne "have en mening".

Borgerne skal kunne høre rimeligt af hensyn til at kunne deltage på bedste vis i samtalen

Borgeren skal være rimelig mentalt og kognitiv velfungerende

Både mænd og kvinder

Forløb, som af personalet opleves som gode/vellykkede og forløb som af personalet opleves som mindre gode/vellykkede

Nogle af borgerne skal have haft forløb med Træning og Aktivitet

Der skal være tale om nyligt afsluttede forløb

Borgeren skal kunne anvende siddende kørsel eller være selvtransporterende

Nogle borgere skal være kommet til MDP hjemmefra og nogle skal være kommet fra hospital

Nogle borgere skal være udskrevet til eget hjem og nogle til plejecenter

Introduktion til borgerne:

Formålet med, at vi har inviteret jer er, at vi på baggrund af jeres oplevelser kan blive bedre til at sikre borgernes inddragelse i planlægningen af deres forløb på de midlertidige pladser på Hundested Plejecenter.

Dette interview vil i anonymiseret form indgå i en større evaluering, hvor både borgere, pårørende og personale bidrager.

Spørgsmål/tema	**Svar**
Indledende	
1. Hvordan har du samlet set oplevet dit ophold?	
2. Hvad oplevede du som godt?	
3. Hvad oplevede du som problematisk?	
Før indskrivelse	
4. Hvor kom du fra til MDP?	
5. Hvordan foregik beslutningen om, at du skulle på MDP?	

6. Hvilken fagperson talte med dig om MDP?	
7. Hvilke informationer fik du om MDP inden opholdet?	
8. Hvordan følte du dig inddraget i beslutningen om, at du skulle på MDP?	
Overgang	
9. Hvordan oplevede du overgangen fra hospital/hjem til MDP?	
10. Hvad var vigtigt for dig i skiftet?	
Under opholdet (indskrivelses og modtagelsessamtale og målsamtale)	
11. Blev du stillet spørgsmål ang. dine forventninger og ønsker til opholdet?	
12. Var du deltager i samtaler/møder, hvor I aftalte mål for dit forløb?	
13. Hvordan oplevede du, at dine ønsker blev hørt?	
14. Blev der sat mål for dit ophold og var du bekendt med dem/hvor stor indflydelse havde du selv på dem?	
Udskrivelse (evalueringsmøde og udskrivningsmøde)	
15. Hvordan blev du inddraget i planlægningen af din udskrivelse?	
16. Var der f.eks. møde med plejepersonale, terapeuter og visitationen?	
Efter udskrivelse	
17. Hvordan er evt. mål og planer fulgt op efter udskrivelse?	
18. Når du ser tilbage på forløbet hvordan ser du så på den indflydelse, som du har haft på forløbet? Er der steder, hvor du kunne have ønsker dig mere indflydelse? Skalaspørgsmål.	
Pårørende	
I hvor høj grad var dine pårørende inddraget? Deltog de i møder med dig på MDP?	

Forslag fra borgerne til, hvad der kan gøre inddragelse af borgerne bedre	

Halsnæs
Kommune

Bilag 8

Interviewguide telefoninterview med pårørende

Indledning

Vi er ved at lave en evaluering om MDP i Halsnæs Kommune. Vi er interesserede i at høre, hvordan både medarbejderne, brugerne- og pårørende oplever MDP.

Du kontaktes, fordi du har en pårørende, der har været indskrevet på MDP.

Jeg gerne stille et par spørgsmål om, hvordan du som pårørende har oplevet opholdet på MDP for din pårørende, bl.a. hvordan du har følt dig inddraget, så vi kan blive klogere på, hvad der virker, og hvad der skal forbedres.

Selve interviewet tager ca. 10 min. Der vil blive anvendt en interviewguide.

Det du fortæller mig bliver skrevet sammen med udtalelser fra andre pårørende og bliver en del af den samlede evalueringsrapport. Det du siger vil blive anonymiseret, så man ikke kan udlede, at den og den har sagt det og det, så du kan ytre dig frit.

Din pårørende har givet tilsagn til at vi må ringe til dig / Jeg ved at din pårørende er bortgået ved døden.

Er du interesseret i at deltage i interviewet?

Spørgsmål	svar
1. Hvordan har du samlet set oplevet opholdet/behandlingen af din pårørende på MDP? • Hvor længe var din pårørende ca. på MDP?	
2. Hvilke informationer fik du inden din pårørende blev indskrevet på MDP? • Var du tilfreds med informationerne?	
3. Fik du udleveret pjecer?	
4. Hvad oplevede du som godt?	
5. Hvad oplevede du som problematisk?	
6. I hvor høj grad føler du at du blev inddraget af personalet på MDP?	

• Hvor kunne du evt. have ønsket dig mere inddragelse? • Hvordan blev du inddraget fx ved møder?	
7. Hvordan har du oplevet flytningen fra hjem/hospital til MDP? • Hvordan har du oplevet udskrivelsen fra MDP til plejebolig? • Ved dødsfald evt. hvordan dette blev oplevet.	
8. Andet? • Fx ideer til samarbejde med pårørende?	

Halsnæs
Kommune

Bilag 9

Interviewguide til fokusgruppeinterview med medarbejdere

Sagsnr.:	**2012/0009307**	**Dato:**	**8. august 2012**
Titel:	Evalueringsrapport vedr. MDP		
Sagsbehandler:	Karna M. Vinther Rehabiliteringskoordinator		

Tema:

Medarbejdernes oplevelse af processen med implementering af rehabiliteringstankegangen

Evalueringsspørgsmål:

- Hvordan har medarbejderne oplevet arbejdet?
- Hvor opleves de største udfordringerne?
- Medarbejderens bud på "løsninger".
- Hvad betyder det for dig at arbejde efter rehabiliteringstankegangen?
- Betydningen af undervisningen og hvordan arbejdes der med rehabiliteringstankegangen og forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen i klinisk praksis?

Mål:

- At medarbejderne er blevet hørt om deres oplevelse af arbejdet med implementering af rehabiliteringstankegangen
- At få medarbejder perspektivet synligt som afsæt for den videre udvikling

Metode:

Fokusgruppeinterview med plejepersoner fra MDP, fysioterapeuter, ergoterapeuter, visitatorer, evt. hjemmepleje

Fokusgruppeinterviewet tager bl.a. afsæt i den ramme for arbejdet i praksis, som **forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen er.**

Deltagere:

Deltagerne er medarbejdere fra Visitationen, Træning og Aktivitet og plejepersonale MDP. Her deltager hjemmeplejen ikke. MDP dag og aften forskellige faggrupper. Ingen ledere.

Spørgsmål/tema	Svar
Indledende	
1. Hvad forstår I ved rehabiliteringstankegangen? • Uddybning • Evt. et eksempel…..	

• Evt. drage en samlet konklusion	
Introduktion til udviklingstiltag/rehabilitering	
2. Hvordan har I oplevet introduktion til at arbejde med rehabiliterings-tankegangen? (*Opstart og nyansatte*) • Evt. drage en samlet konklusion	
3. Hvordan føler I, at I er klædt på til at arbejde med rehabiliterings-tankegangen i jeres daglige arbejde? • Hvad har haft særlig betydning? • Hvad kunne I ønske jer mere af? • (Hvad mangler?) • Evt. drage en samlet konklusion	
Rehabilitering i drift – hvordan folder rehabiliteringstankegangen sig ud i praksis?	
4. Hvordan oplever I, at I arbejder rehabiliteringstankegangen i hverdagen? (*brugerinddragelse, tværfagligt samarbejde, pårørende, målrettethed, meningsfuldhed for borger, sammenhæng, overgange)* • Hvor oplever I, at det fungerer? • Konkrete eksempler • Hvor ser du udfordringer? • Evt. drage en samlet konklusion	
Tiltagenes betydning -projektet	
5. Når I tænker tilbage, hvad har så været betydende for jer i arbejdet med rehabiliteringstankegangen? • Hvad har været vanskeligt? • Evt. drage en samlet konklusion	
6. Hvilke tiltag har været hjælpsomme for jeres arbejde med rehabilitering? (*Karnas 6 tilstedeværelsesdage, undervisning i rehabilitering 4 gange, supervisionsgruppe 5 pers., mødes 6 gange, refleksionsseancer 3 borgerforløb med forskelligt personale, arbejdsgruppe*) • Hvordan har de været hjælpsomme? • Hvilken betydning har de haft? • Evt. drage en samlet konklusion	
7. Hvilke rammer har været hjælpsomme for jeres arbejde med rehabilitering? (*De dokumenter arbejdsgruppen har*	

udviklet: Forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen, standardforløbet, kvalitetsstandard) • Hvordan anvender I dem? • Hvordan er de hjælpsomme? • Er der brug for yderlige rammer/dokumenter? • Hvad vil de bidrage med? • Evt. drage en samlet konklusion	
Tiltags betydning - drift	
8. Hvad er der helt konkret sket i afdelingen for at få implementere rehabiliteringstankegangen? • Hvilke strukturer og aftaler er der lavet? • Hvordan oplever I dem? • Er der brug for yderlige strukturer/aftaler • Hvad vil de bidrage med? • Evt. drage en samlet konklusion	
9. fx forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen eller standardforløb? (*struktur/omsætning fx MDP handleplan, faste tider for målsamtaler, faste tider for møder med visitator*) • Uddybning • forskellige faglige perspektiver • Evt. drage en samlet konklusion	
Tværfaglighed	
10. Hvordan oplever I det tværfaglige samarbejde omkring borgene? • Hvad fungerer godt? • Hvor er der evt. mulighed for forbedring? • Evt. drage en samlet konklusion	
11. Hvordan er der fokus på at borgernes behov vurderes af forskellige fagligheder (*også hvor der ikke er en GOP – er terapeuten så overhovedet inde over*)? • Hvordan gennemføres dette helt konkret? • Sker dette i tilstrækkelig grad? • Er der udviklingsbehov? • Evt. drage en samlet konklusion	
Ledelsesopbakning	
12. Hvordan understøttes arbejdet med implementering af rehabilitering af ledelsen? • Hvad gør ledelsen?	

• Hvad er vigtigt for jer at ledelsen gør? • Hvis jeres leder var her nu, hvad ville I så sige til hende? • Evt. drage en samlet konklusion	
Fremadrettet	
13. Forestil jer at I kommer på besøg på en MDP, hvor de har arbejdet med rehabilitering i lang tid, og tankegangen er fuldt integreret. • Hvad falder Jer i øjnene? • Hvad fungerer i forhold til fx i forhold til: Pårørende, brugerinddragelse, tværfaglighed… (kerneområder i rehabilitering) • Evt. drage en samlet konklusion	
14. Hvordan ser I, at I kommer derhen?	
15. Hvad ønsker I jer i forhold til den videre udvikling med implementering af rehabilitering? (*fx ledelse udviklingstiltag, undervisning, refleksionsseancer, fælles planlægningsmøder med T&A*) • Evt. drage en samlet konklusion	
16. Er der noget I konkret vil gå hjem og gøre? • Evt. drage en samlet konklusion	
Afsluttende bemærkning / tilføjelser	
17. Har I noget at tilføje? • Evt. drage en samlet konklusion	

Halsnæs
Kommune

Bilag 10

Observationsguide til observation af to tværfaglige konferencer

Sagsnr.:	**2012/0001796**	**Dato:**	**3. maj 2012**
Titel:	Evaluering MDP - Observationsguide vedr. tema 4 i bilag 1 (Tværfaglige konferencer). Dette delelement af evalueringen varetages af Olai Birch og Jeanette Grefstad.		
Sagsbehandler:	Karna M. Vinther Rehabiliteringskoordinator		

Supplerende til tekst i godkendt oplæg vedr. status på udviklingstiltaget (godkendt i styregruppen d. 23. februar 2012) og bilag A:

Rammen for evalueringstema 4 er følgende dokumenter:

- Godkendte formål og mål med tværfaglige konferencer
- Forløbs- og arbejdsgangsbeskrivelsen

Der observeres to tværfaglige møder – et på østgangen og et på vestgangen. Olai og Jeanette er til stede ved begge konferencer. Konferencerne kan optages (fx ved brug af diktafon).

Halsnæs
Kommune

Produkt og indhold:

Der forventes afleveret en afrapportering til den samlede evaluering indeholdende en konklusion (op mod de to ovennævnte dokumenter), diskussion/refleksioner og anbefalinger. Der perspektiveres til tværfagligt samarbejde generelt. Afrapporteringen er på max. 5 sider.

Fakta

Hvor mange borgere blev "behandlet" på den tværfaglige konference?

X _____antal ud af y _____ mulige (de indskrevne og dem, hvor både Træning og Aktivitet (ergoterapeuter og fysioterapeuter) og plejepersonale har opgaver).

Mødeledelse/ledelse?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
__

Start tid:_____ slut tid:

Overordnet kommentar til afviklingen:

_____
_____-
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Overordnet spørgsmål:

- **Hvad sker på de tværfaglige møder og hvordan?**
- **Hvad virker fremmede i det tværfaglige arbejde og hvad virker hæmmende?**

Halsnæs
Kommune

Tema	Fokus/spørgsmål	Observation
Borgerens mål	Hvordan tages der afsæt i borgerens mål?	
	Har borgeren haft målsamtale?	
Opgave og ansvarsfordeling	Foregår dette?	
	Hvor tydeligt sker ansvars- og opgavefordeling i forløbet?	
	Hvilke opgaver bliver fordelt? f.eks. formidling af aftaler på konferencen til borger?	
Tværfaglighed	Hvilke fagligheder er i spil? Ergoterapi? Fysioterapi? Pleje?	
	Hvilke kliniske problematikker tages op?	
Refleksion	Hvordan er der rum for refleksion/videndeling?	
	Dialog?	
Relationer	Respekt?	

	Lydhørhed?	
Ledelse og struktur for konferencen	Hvem tager ledelsen?	
	Struktur for konferencen?	

Halsnæs Kommune
Forebyggelse og Sundhed
Rådhuspladsen 1
3300 Frederiksværk
Telefon 4778 4000
mail@halsnaes.dk
www.halsnaes.dk