

# Grundlag for beslutning om organisering af de midlertidige pladser

Københavns Kommune, Sundheds- og omsorgsforvaltningen, oktober, 2017

## Formål og baggrund

Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning (SUF) har bedt Implement Consulting Group P/S (Implement) om at udarbejde et notat, der kan være grundlag for valg af organisering af de midlertidige døgnpladser (MTO) i Københavns Kommune.

### Præmisser for og forventninger til en ny organisering af MTO

En ny organisering er under overvejelse, fordi rammevilkår, forventninger og krav har og fortsat udvikler sig, ligesom det selvsagt kontinuerligt er væsentligt at forbedre og effektivisere opgavevaretagelsen til gavn for kommunens borgere.

Den strategiske analyse af MTO fra 2017 har samtidig afdækket, at der er potentialer for at opnå endnu bedre resultater og effekter ved at optimere anvendelsen af MTO, samt ikke mindst at samtænke MTO med kommunens øvrige kapaciteter og ressourcer.

Konkret kan der være (mindst) fire årsager til at overveje, hvordan MTO kan indgå mere effektivt i den samlede kommunale opgavevaretagelse. Det gælder:

1. Den nyligt vedtagne forhøjelse af straffaksten for færdigbehandlede sengedage
2. Ændringerne i den kommunale medfinansiering (KMF)
3. De nye kvalitetskrav til den kommunale akutfunktion, herunder forudsætninger for at opnå effekt og resultater af den kommunale akutte aktivitet
4. Effektiv mobilisering gennem intensiv rehabiliteringsindsats omfattende pleje og genoptræning af borgere med midlertidigt betydeligt fald i funktionsevne/egenomsorgsevne

### Mulige scenarier for organisering af MTO

Med afsæt i den strategiske analyse har SUF opstillet tre forskellige scenarier for organiseringen af MTO. Scenarierne afspejler forskellige perspektiver på henholdsvis:

1. **Bæredygtighed**; Forudsætninger for opbygning, udnyttelse og fastholdelse af specialiserede og stærke kompetencer og kapaciteter, herunder:
  - a. Kapaciteter og omfang af forskellige pladstyper/indsatsniveauer (akutpleje, rehabilitering, 'genhusning'/midlertidigt plejplads)
  - b. Forventet udvikling i kapacitetsbehov
2. **Sammenhæng og effektivitet** i patient- og borgerforløb inden for og på tværs af sektorer, herunder:
  - a. Match af borgernes forskellige karakteristika og behov med kapabiliteter/kompetencer
  - b. Mindst mulige kompleksitet i visitationsproces mellem de forskellige tilbud og kommunale kapaciteter (pleje, sygepleje og rehabilitering i hjemmet, midlertidige døgnpladser af forskellige karakter mv.)
  - c. Relevant, tilgængelig og kompetent lægedækning
  - d. Udnyttelse af velfærdsteknologiske og telemedicinske løsninger
  - e. Handlemuligheder og fleksibilitet
  - f. Geografisk afstand samt organisatorisk spredning af funktioner og kapaciteter

I dette notat behandles disse på papiret let adskillelige perspektiver samlet, for at sikre, at der tages behørigt hensyn til sammenhænge og kompleksitet, i stedet for en forenkling af og adskillelse, der kan føre til uhensigtsmæssige konklusioner, og som efterfølgende umuliggør implementering og realisering af de ønskede gevinster.

Der er således opstillet følgende tre scenarier:

1. Organisering med 5 MTO-enheder - ét i hvert lokalområde,
2. Organisering i planområde Byen og Syd med to store enheder op imod supersygehusene
3. En bydækkende akutplejeenhed med 5 rehabiliteringsenheder placeret i hvert lokalområde.

For alle scenarier gælder, at organiseringen forudsætter en ny og optimeret kommunal akutfunktion bestående af både udgående funktion og sengekapacitet målrettet den akutte plejeopgave inden for rammerne af Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav til kommunernes akutfunktioner fra 2017.

Det gælder også for alle scenarier, at der ikke alene er tale om organisering, men i mindst lige så høj grad om at tilvejebringe rammer, der sikrer, at der er de fornødne handlemuligheder for de medarbejdere og ledere, der skal agere inden for de nye rammer.

Konkret skal dette notat danne et databaseret grundlag for at vurdere, hvilken af de nævnte scenarier, der samlet set bedst kan forventes at understøtte kommunens evne til at give borgerne det bedst mulige tilbud ved at:

- Reducere antallet af borgere, der får brug for hospitalsindlæggelser, herunder særligt de forebyggelige indlæggelser
- Reducere antallet af borgere, der genindlægges fra eget hjem og fra kommunens forskellige døgnpladser
- Reducere antallet af borgere, der venter efter færdigbehandlingstidspunktet.
- Forbedre sammenhængen for borgerne i indsatserne indenfor kommunen og på tværs af sektorerne
- Undgå unødigt funktionsevnetab hos borgerne
- Optimere effekten af rehabiliteringsindsatserne for borgerne

## Data og vidensgrundlag

Grundlaget for notatet er eksisterende og allerede tilvejebragt data samt eksisterende og forventede beskrivelser af den kommunale rolleoprettelse i sundhedsindsatsen (det nære sundhedsvæsen). Det gælder konkret følgende datakilder og analyser:

1. Strategisk analyse af MTO
2. Tilhørende baselineanalyse
3. Journalgennemgang og -analyse
4. Kvalitetsstandarderne for den kommunale akutfunktion – eksisterende og forventede opdaterede
5. Fremskrivning af den demografiske udvikling

Endvidere er der i den strategiske analyse og i dette notat forsøgt taget højde for følgende givne rammer:

6. Sygehusplanlægning med supersygehuse
7. Ny PLO-overenskomst 2017
8. Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen 2017
9. Sammenhængsreformen 2017
10. Den forventede sundhedspolitiske udmelding i efteråret 2017

## Vurdering af scenarierne

### Bæredygtighed og kapacitet

En faglig og økonomisk bæredygtig organisering af MTO, forudsætter at MTO i fremtiden har kapaciteten til at være et reelt akut alternativ til hospitalsindlæggelser for de borgerforløb, der bedst håndteres i kommunalt regi samt kunne agere proaktivt og relevant bindeled mellem hospitalsvæsenet og de øvrige kommunale tilbud. Det fordrer et tilstrækkelig bredt og fleksibelt pleje-, behandling- og rehabiliteringstilbud, der kan håndtere borgernes varierende behov på den mest omkostningseffektive måde. Med andre ord skal der være sammenhæng mellem borgernes karakterer og behov med den kommunale kapacitet og kapabiliteter.

Der er i den strategiske analyse lagt op til, at den fremtidige organisering af MTO skal underbygges af en budgetmodel, der skelner mellem tre typer af normeringer, for henholdsvis den akutte pleje- og behandlingsopgave, den almene rehabilitering og 'genhusningspladser' – men med lokal fleksibilitet til at anvende den samlede ramme på tværs af pladstyper alt efter konkret behov. Derudover bevares den palliative pleje og neurologiske rehabilitering i sin nuværende form.

Neden for er skitseret en vurdering af det fremtidige kapacitetsbehov.

Kapaciteten er i dag:

2016 <sup>1</sup>	Almen rehabilitering*	Akutplejeenheden (APE)	Palliativ afdeling	Neurologiske døgnpladser
<b>Antal pladser</b>	242	30 **	15	30
<b>Antal forløb</b>	~2.600	~380	~210	186
<b>Gns. liggetid (SUF-borgere)</b>	~28 dage	~20 dage	~21 dage	~53 dage
<b>Antal sengedage</b>	72.2000	7.200	4.410	9.858

Når det fremtidige kapacitetsbehov skal vurderes, er der flere faktorer, der spiller ind:

#### Indikationer på øget kapacitetsbehov:

- Demografiudviklingen med en forventet fordobling af antallet af +80-årige på landsplan inden 2036.
- Fortsat kortere hospitalsindlæggelser
- Øget ambition for og forventning til den kommunale sundhedsindsats, herunder varetagelse af den kommunale akutfunktion

#### Indikationer på og tiltag til mindsket kapacitetsbehov:

- Mulighed for betydeligt kortere ophold på MTO, gennem;
  - mere proaktiv involvering af visitation – samt øget visitationsansvar på MTO,
  - mere "hospitalslignende" praksis ved udskrivning af borgerne med mindst behov,
- Oprettelse af ny pladstype for borgere med genhusningsbehov
- Højere belægningsgrad end tidligere (95,1 % i 2016)
- Udvikling i velfærdsteknologi og telemedicin, der giver stadigt bedre muligheder for at varetage pleje og rehabilitering omkostningseffektivt og sikkert i eget hjem

<sup>1</sup> \* Almen rehabilitering er her uden de fem pladser i Sølund, som bruges til korte omsorgsophold. Disse pladser har en pladspris på ~291.000 kr.

\*\* På tidspunktet for strategianalysens udarbejdelse var den potentielle sengekapaletet på APE 39 pladser. 9 pladser var lukkede på ubestemt tid pga. sygeplejemangel.

\*\*\* Pladsprisen er udregnet på baggrund af budgetterede pladspriser korrigeret for regnskabsresultatet i 2016.

- En stærkere sammenhæng og flydende overgang mellem MTO og hjemmeplejen/hjemmesygeplejen

Det følger heraf, at det er nødvendigt at påbegynde påvirkningen af kapacitetsbehovet gennem en række indsatser og udviklingstiltag. På kort sigt må kapacitetsbehovet søges reduceret gennem tiltag, der kan forkorte den gennemsnitlige opholdstid på MTO. Flere datapunkter understøtter, at der er et betydeligt potentiale herfor:

1. Ca. 10 % af borgerne udskrevet fra hospitalet bliver vurderet til et **fysisk funktionsniveau** på 1 i FSII (på en skala fra 0 til 5, hvor 0 er det bedste)
2. Der er en ca. 5 % af borgerne på MTO, som visiteres til MTO fra hospitalet hvor den primære årsag karakteriseres som **"midlertidig bolig"** (jf. journalgennemgangen). Det kan indikere, at der reelt ikke har behov for en døgnbaseret plejeindsats, der retfærdiggør optagelse af en akutplejeplads eller en rehabiliteringsplads, men som i dag optager omkostningstunge pladserne pga. "genhusningsbehov"
3. Der er en disproportional stor andel, der **udskrives efter netop 28 dage**, hvilket indikerer manglende sensitivitet til faktiske behov i udskrivningen
4. Der er en stor gruppe borgere **med begrænset efterfølgende plejebehov**:

	Hjemmepleje	Hjemme- og/eller hjemmesygepleje
0 timer	18,6 %	12,2 %
<4 timer	47,4 %	42,9 %

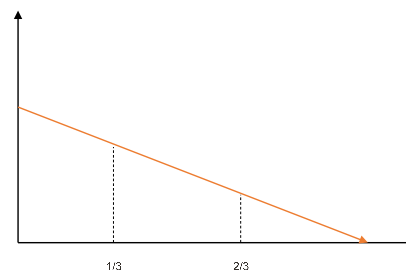
### Kapacitetsbehov for rehabiliteringspladser

Der er to faktorer, der betyder, at der kan frigøres kapacitet på de almene døgnrehabiliteringspladser; **(i) ved at borgere som i dag optager kapacitet, helt undgår indlæggelse på MTO**, og **(ii) borgere ligger kortere tid på MTO**.

**Ad (i)**; hvis vi antager at ca. 5 % af borgerne, som i dag visiteres til almen døgnrehabilitering, kan undgå ophold på MTO gennem bedre anvendelse af hjemmeplejen og nye genhusningspladser, vil det frigøre 130 forløb om året (5 % af de nuværende 2.600 forløb). Med en gennemsnitlig opholdstid på 28 dage på MTO, frigøres der 3.640 opholdsdage (130 x 28).

**Ad (ii)**; Opholdslængden kan forkortes, og mulighederne synes at være betydelige, særligt for to grupper;

1. Hvis man antager, at man kan reducere den gennemsnitlige opholdstid for de ca. 43 % af borgerne, som efter endt ophold hverken har hjemme- eller hjemmesygeplejebehov, med 10 dage, vil det frigøre **~7.160 sengedage** (~43 % af de 1.664 forløb der efter endt ophold kommer til eget hjem giver ca. 716 forløb, som hver forkortes med 10 dage grundet antagelse om, at plejebehovet efter ca. 2/3 af forløbet på MTO for disse borgere må være så lavt, at det med fordel kan håndteres i hjemmet – se figur til højre).
2. Plejehjemsgodkendte borgere ligger i gennemsnit på MTO i 58 dage. Hvis man antager at de kan flyttes til en genhusningsplads efter 28 dage på MTO, frigør det **11.700 sengedage** (390 borgere med en reduceret opholdstid på 30 dage (390 x 30 = 11.700))



Det svarer til, at man reducerer den gennemsnitlige opholdstid på fra 28 dage til ~20 dage.

**Samlet reduktion:** Under ovenstående antagelser vil man frigøre **3.640 opholdsdage** som konsekvens af bedre brug af hjemmepleje og genhusningspladser og yderligere **18.860 opholdsdage** (7.160+11.700) som konsekvens af kortere ophold. Det fremadrettede samlede behov vil derfor være ca. **49.700 opholdsdage** (72.200 – (3.640 + 18.860)).

Hvis man på baggrund af øget fleksibilitet, øgede visitationsmuligheder og bedre udredningsforudsætninger og styrkede kompetencer antager, at der fremadrettet kan arbejdes med en belægningsgrad på 98 % (mod 95,1 % i 2016), vil der være behov for;

1. **139 pladser** ( $49.700 / 358 = \sim 139$ ) – eksklusive genhusningspladser og akutplejepladser<sup>2</sup>

Ovenstående beregning hviler i høj grad på antagelser om den fremtidige belægningsprocent og den gennemsnitlige reduktion i opholdstiden.

For at synliggøre konklusionens sensitivitet til antagelserne, er pladsbehovet estimeret nedenfor for forskellige værdier på disse to antagelser:

<b>Reduktion i opholdslængde</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
95 % belægning	155	148	141	134	126	119
98 % belægning	150	143	136	130	123	116
100 % belægning	147	140	134	127	120	113

### Behov for genhusningspladser

En del af reduktionen i kapaciteten på de almene rehabiliteringspladser vil give et samtidigt kapacitetsbehov for genhusningspladser.

Følgende lægges til grund for vurderingen af behovet:

- **Direkte visitation til genhusning** for ca. 5 % af opholdene på MTO, giver i sig selv behov for 3.640 sengedage, antaget at disse borgere i gennemsnit opholder sig 28 dage på genhusningspladsen (130 forløb x 28 dage).
- **Anvendelse af genhusning til plejehjemsgodkendte borgere** giver behov for 11.700 sengedages kapacitet på genhusningspladserne, antaget, jf. beregningen af kapacitetsbehov på den almene rehabilitering, at plejehjemsgodkendte borgere har behov for genhusningspladser i 30 dage i gennemsnit (390 forløb x 30 dage).

### Samlet behov for genhusningspladser

Hvis man antager en belægning på 98 %, vil der være behov for:

- **Direkte visitation:**  $((130 \text{ forløb} \times 28 \text{ dage}) / 358) = \sim 10 \text{ pladser}$
- **Plejehjemsgodkendte borgere:**  $(390 \text{ forløb} \times 30 \text{ dage}) / 358) = \sim 33 \text{ pladser}$

Ifølge ovenstående estimat er der således behov for ca. 43 genhusningspladser. Det bemærkes, at der formentlig bør være en mindre bufferkapacitet på genhusningspladserne, og at det samtidig er en billig bufferkapacitet.

### Behov for akutte pladser

Forholdet mellem almene døgnrehabiliteringspladser og APE-pladser er i dag ca. 8 til 1 (242/30).

Den ovenfor beskrevne reduktion i kapacitetsbehovet, der muliggøres gennem reducerede opholdstider, ændrer ikke tyngden og volumen af den akutte opgave med de mest komplekse borgere. En ny organisering af MTO med kortere opholdstider, vil derfor som udgangspunkt have behov for ca. lige så mange akutplejepladser (og dermed en større andel akutplejepladser i forhold til almene rehabiliteringspladser). Her skal det dog tages med i betragtningen, at det i statusrapporten for APE i 2016 blev vurderet, at ca. halvdelen af borgerne på APE ikke havde behov for kompleks sygepleje.

I det omfang en fremtidig organisering af MTO skal bidrage til at varetage kommunens akutte forpligtigelser, vil en større andel af borgerne komme fra eget hjem end tilfældet er i dag. Det er kommunens ambition, der definerer, hvor stor en andel af borgerne, der kan undgå en hospitalsindlæggelse mere end andet. Jo mere kompetent og virksom akutfunktion, der opbygges (herunder med kompetence fx til IV-behandling, blodtransfusioner og lungedræn), jo flere

<sup>2</sup> De 139 pladser kan ikke genfindes i tabellen nedenfor, da der jf. ovenfor, her er foretaget en beregning på baggrund af forskellige gennemsnitsopholdstider for henholdsvis plejehjemsgodkendte (reduktion med 28 dage) og borgere med lavt plejebehov (reduktion med 10 dage).

hospitalsindlæggelser kan undgås, og dermed flytte på andelen af borgere, der kommer hjemmefra til MTO.

Dette bør imidlertid ikke ændre kapacitetsbehovet væsentligt, da disse borgere sandsynligvis ville komme forbi MTO alligevel, blot efter en hospitalsindlæggelse.

Det understreges, at der i denne kapacitetsvurdering ikke er indregnet behovet for akutte pladser og akutfunktion dækkende borgere tilknyttet Socialforvaltningen.

### Budgetmodel

Med afsæt i den eksisterende budgetmodel for MTO foreslås det, at der i den fremtidige tre-delte kapacitet tages afsæt i pladspriser for de tre typer:

**Genhusning:** Pladspris som plejehjemsplads, jf. at de fleste af borgerne i pladserne vil være plejehjemsgodkendte: 350.000 kr. årligt

**Rehabilitering:** Pladspris tager afsæt i en opjustering af kompetenceprofil og normering, herunder ikke mindst den rehabiliterende sygepleje og terapeutindsatsen i forhold til den nuværende døgnrehabiliteringsplads: 600.000 kr. årligt.

**Akutpleje:** Pladspris afspejler behovet for opjustering af kompetenceprofil og bredden i pleje- og behandlingsmulighederne på APE-pladserne med en mindre opjustering af hensyn til sikring af specialkompetencer hos sygeplejerskerne samt udvidet terapeutbistand og udredningskompetencer. Der er dog som bekendt uklarhed om de faktisk pladskomkostninger på APE. Derfor foreslås en pladspris på: 750.000 kr. årligt.

Det er samtidig vigtigt, at der bliver tale om et samlet rammebudget, således at der er fuld fleksibilitet til at anvende pladserne jf. borgernes skiftende behov.

### Samlet overblik over kapacitetsbehov og pris

	Akutplads	Almen plads	Palliativ	Neurologiske døgnpladser	Genhusningsplads	Pladser i alt	Samlet pris
<i>I dag</i>	30	242	15	30	0	272	185.800.000
<i>Ny model</i>	30	139	15	30	43	212	153.297.500

Det giver således et råderum på ca. 30 millioner kroner til at finansiere den større byrde for hjemmeplejen, og implementering af ny organisering og praksis på MTO, specialisering og opbygningen af akutfunktionen.

Her skal det dog tages i betragtning af den demografiske udvikling ifølge Københavns Kommunes egne prognoser, vil medføre en stigning på ca. 10 % flere 65-årige frem mod 2022. Dette behov er ikke indregnet i ovenstående kapacitetsberegning.

I tabellen nedenfor ses konsekvensen af det samlede aktuelle kapacitetsbehov i de tre opstillede scenarier.

	#1: Lokalområdeløsning	#2: Planområde	#3: Bydækkende akut + lokalområde
<b>Akutpladser</b>	6	15	30
<b>Almen rehab</b>	~28	~70	~28
<b>Genhusnings</b>	~9	~22	~9

## Forudsætninger

De eksisterende funktioner og enheders evne til at levere de ønskede og tiltænkte resultater står på en række forudsætninger, der ikke (længere) er fuldt ud til stede. Det gælder fx udskrivningskoordinatorenes aktuelle mulighed for at kunne påvirke hospitalernes fastsættelse af færdigbehandlingstidspunkt og vurderingen af efterfølgende behov.

På samme vis vil der med etableringen af en ny organisering af MTO og en samtidig og sammenhængende etablering af en kommunal akutfunktion være en række forudsætninger, der skal være på plads, for at funktionerne kan levere de forventede og nødvendige resultater og effekter.

For den kommunale akutfunktion gælder det, at der skal etableres en reel mulighed for **at gribe ind i den eksisterende alarmeringskæde**. Og akutfunktionen, herunder både den nødvendige udgående del og akutplejepladserne, skal naturligvis have en række handlemuligheder, der gør det muligt at **tilbyde omkostningseffektive og relevante tilbud, som alternativer til hospitalsindlæggelse**. Det indebærer også, at der ændres betydeligt på **disponeringsrettighederne og -ansvaret** i akutfunktionen, fx for aktivering af hjemmesygeplejen og hjemmeplejen og for anvendelse af de forskellige døgnpladser. Der er i finansieringen af akutplejepladserne ikke taget højde for behovet for den udgående akutte funktion, der er en nødvendig del af den kommunale akutfunktion.

For effektivitet og sammenhæng i borgerforløbene forudsættes det, at **udredning af borgernes behov** kan finde sted systematisk og med egentlig mulighed for at vurdere borgeren i en anden kontekst end på hospitalet, og med fuld indsigt i de forskellige kommunale tilbud, der er i spil. (Bevægelsen væk fra, at MTO er eneste faktuelle handlemulighed). En mulighed er at forankre udredning og vurdering af borgernes behov (efter hospitalsindlæggelse og ved behov for akut kommunal indsats) på de nye MTO-enheder. Dette forudsætter dernæst, at kompetencerne hertil samles og kontinuerligt udvikles – gerne i samarbejde med hospitalerne, fx med afsæt i de eksisterende og planlagte TUE.

For den samlede MTO-enhed gælder det, at der skal være mulighed for **fleksibilitet og omdisponering** inden for egne rammer uden forsinkelse. Måske endnu mere vigtigt er, at enheden har mulighed for at **aktivere hjemmeplejen og hjemmesygeplejen direkte samt sundhedshusene/træningscentrene**, således at borgerne kan hjemsendes hurtigt og sikkert – med umiddelbar igangsættelse af genoptræning og rehabilitering. Disponeringsretten hertil kan givetvis uproblematisk placeres i MTO, da borgerne jo allerede er vurderet til at have et betydeligt plejebestand; ellers ville borgeren ikke i første omgang være blevet placeret i døgnpladsen. Det ligger endvidere som en naturlig forlængelse heraf, at der tænkes i "følge-hjem"-muligheder fra MTO med såvel plejepersonale som terapeutpersonale, (fx med afsæt i de indhøstede erfaringer med Kom Trygt Hjem.)

Det er ligeledes en forudsætning for fleksibiliteten og dermed for **kapacitetsudnyttelsen**, at der er et tilstrækkeligt volumen (betydeligt antal pladser af de forskellige typer) på de enkelte enheder.

Den nødvendige **kompetenceopbygning og -fastholdelse**, der er en forudsætning for virkning og effekt i både akutpleje og i døgnrehabilitering. En af årsager til, at det i dag er vanskeligt at fastholde og rekruttere erfarne medarbejdere til MTO-enhederne er, at det ikke er muligt at etablere et tilstrækkeligt attraktivt fagligt miljø i mindre enheder, ligesom sårbarheden ved sygdom, vakanser og andet fravær har direkte konsekvens for effektivitet og kvalitet i indsatsen på MTO-enhederne.

Frigørelse af **handlemulighederne (lægedækning)** i plejeindsatsen står kritisk på direkte og tilgængelig adgang til relevant lægelig kompetence og beslutningstagen. Uden en lægedækning af MTO-enhederne, der sikrer, at sygeplejerskerne kan agere hurtigt og akut med de fulde kompetencer – hvilket i kritisk omfang kræver lægelig delegation og tilladelse. I dag er der utilstrækkelig relevant lægedækning af MTO.

Tæt **samarbejde med hospitalerne** er ligeledes en forudsætning for, at der kan realiseres de fulde potentialer i en ny organisering og kapacitetsopbygning. Selv med betydeligt reducerede hospitalsindlæggelser, vil der fortsat være behov for tæt samarbejde og korte overgange fra hospital til kommune af hensyn til borgerne, og af hensyn til eliminering af "færdigbehandlede sengedage". Der er et igangværende arbejde i gang med udbygning og opbygning af TUE. Det bør der ligeledes skeles til vurderingen af de tre scenarier.

For hvert af de tre scenarier er der forskellige muligheder for at levere på de nødvendige forudsætninger.

1. En organisering med 5 MTO-enheder - ét i hvert lokalområde,
2. Organisering i planområde Byen og Syd med to store enheder op imod supersygehusene
3. En bydækkende akutplejeenhed med 5 rehabiliteringsenheder placeret i hvert lokalområde.

	Model 1 5 MTO-enheder	Model 2 Planområdeløsning	Model 3 Bydækkende akutpleje og 5 lokalområdecentre
<b>Udredning</b>	<p><b>Fordele</b></p> <p>Alle enheder råder over akutplejeadsler, rehabiliteringspladser og genhusningspladser samt udredningskompetence til fordeling af borgerne hertil på den enkelte matrikel.</p> <p>Det er som i dag nogle steder simpelt at samarbejde med den øvrige del af lokalområdet, herunder hjemmeplejen og sundhedscenter/træningscenter.</p> <p><b>Ulemper</b></p> <p>Udredningskompetencer og -kapaciteter er spredt tyndt ud i denne model, og er derfor sandsynligvis mindst fagligt og økonomisk bæredygtig. Det vil som i dag være meget vanskeligt at opretholde høj faglig kvalitet og de nødvendige kompetencer.</p>	<p><b>Fordele</b></p> <p>Planområdeløsningen står stærkt i forhold til at sikre kompetence- og kapacitetsmæssige betingelser for hurtig, effektiv og kompetent udredning. Med alle indsatstyper integreret i et fleksibelt setup, undgås det i videst muligt omfang at flytte borgeren mellem enheder og matrikler efter udredning.</p> <p><b>Ulemper</b></p> <p>Der skal – med den eksisterende organisering af hjemmeplejen/hjemmesygeplejen og træningsområdet i lokalområderne – etableres samarbejdsflader med fem lokalvisitationer og lokalområder, medmindre der ændres på disponeringsretten fra MTO.</p>	<p><b>Fordele</b></p> <p>Den bydækkende akutplejeenhed står stærkest i forhold til at sikre kompetence- og kapacitetsmæssige betingelser for hurtig og effektiv udredning.</p> <p><b>Ulemper</b></p> <p>Uden adgang på matriklen til andet end evt. begrænset pladskapacitet fsva. rehabiliteringspladser og genhusningspladser, vil der være transport fra akutplejeenheden til de fire (til fem) øvrige rehabiliteringsenheder – hvilket vil øge kompleksiteten i forløbene og dermed reducere gevinsten af en optimeret og centraliseret kommunal udredning.</p>
<b>Fleksibilitet og omdisponering</b>	<p><b>Fordele</b></p> <p>Umiddelbar mulighed for omdisponering mellem pladstyper inden for den enkelte MTO-enhed og til øvrige tilbud i lokalområdet.</p> <p><b>Ulemper</b></p> <p>Pga. den lave volumen på de enkelte enheder kan fleksibiliteten i indsatssammensætningen de facto blive udfordret i de forløb, hvor borgerens behov skifter i løbet af opholdet. Dette undergraver så at sige</p>	<p><b>Fordele</b></p> <p>Planområdeløsningen giver to MTO-enheder af en rimelig størrelse, med mulighed for at udnytte fleksibilitet til kapacitetsudnyttelse og glidende og behovsrelevante tilbud til borgeren under opholdet.</p> <p>Det er formentlig også en fordel, at der via tæt og kontinuerligt samarbejde med henholdsvis Bispebjerg og Hvidovre Hospitaler kan skabes de bedst mulige overgange til MTO, og sikring af de relevante informationer til brug for kommunens udredning af borgernes behov.</p>	<p><b>Fordele</b></p> <p>-</p> <p><b>Ulemper</b></p> <p>Modellen er ikke optimal ifht. fleksibiliteten i kapacitetsudnyttelsen i enheder, hvor der er adgang til alle tre typer af kapaciteter/pladstyper.</p>



# IMPLEMENT

CONSULTING GROUP

	<p>muligheden for at udnytte den samlede kapacitet optimalt.</p>	<p><b>Ulemper</b></p> <p>Marginalt større geografisk afstand end ved de øvrige modeller, når det kommer til afslutning af ophold på MTO.</p>	
<b>Kapacitets-udnyttelse</b>	<p><b>Fordele</b></p> <p>De enkelte MTO-enheder kan udnytte egen kapacitet mere fleksibelt end i dag, da alle pladstyper er til stede inden for enheden.</p> <p><b>Ulemper</b></p> <p>Denne model vil pga. den lave volumen på hver enhed have vanskeligt ved at understøtte den fleksible anvendelse af kapaciteten/indsatstyper. Den vil samtidig være sårbar over for mindre udsving i behovet for de forskellige indsatstyper.</p> <p>Der må ligeledes forventes behov for omflytninger mellem enhederne for at udnytte kapaciteten samlet set.</p>	<p><b>Fordele</b></p> <p>Planområdeløsningen giver god mulighed for udnyttelse af kapaciteten via tilgængelighed af alle pladstyper i den enkelte MTO-enhed, samt en betydelig kapacitet i hver enhed (15 akutpleje, 70 døgnrehabilitering, 21 genhusning).</p> <p><b>Ulemper</b></p> <p>Den akutte funktion er i denne model delt mellem to enheder i modsætning til i dag.</p>	<p><b>Fordele</b></p> <p>Modellen med en bydækkende akutenhed sikrer mindst mulig sårbarhed for udsving i behovet på akutpladserne. Hvis denne ligger på samme matrikel som et alment rehabiliteringscenter, er forudsætninger for en fleksibel udnyttelse af kapaciteten på netop denne matrikel god.</p> <p><b>Ulemper</b></p> <p>Muligheden for en fleksibel anvendelse af kapaciteten på den samlede kapacitet er dårligst under denne model, da der ikke er</p>
<b>Kompetence-opbygning og -fastholdelse</b>	<p><b>Fordele</b></p> <p>I fald ansvaret for MTO placeres i fx hjemmeplejen med fortsat lokalområdeforankring, vil der være god mulighed for at skabe sammenhæng mellem hjemmesygeplejen og MTO – og derved konsolidere kompetencerne.</p> <p><b>Ulemper</b></p> <p>Vanskeligt at skabe stærke, specialiserede fagmiljøer på de små enheder.</p> <p>Både SUF's egne fratrædelsesinterviews med sygeplejersker på plejecentrene, samt den kvalitative del af strategianalysen, vægtede det faglige miljø højt.</p>	<p><b>Fordele</b></p> <p>Større enheder sikrer bedre mulighed for at opbygge og fastholde omkostningseffektive og specialiserede kompetencer, herunder understøttelse med lægefaglige kompetencer (sygehuslæger), specialiserede sygeplejefaglige kompetencer, socialrådgivere mv.</p> <p>Her vurderes større enheder bedst at kunne bidrage til at skabe et stærkt fagligt miljø. Det fleksible setup med reelle handlemuligheder (jf. nedenfor) for sygeplejersker, er centralt i den forbindelse.</p> <p>Der er i to enheder med betydelig kapacitet mulighed for at sikre en højere grad af standardisering end på fem enheder.</p>	<p><b>Fordele</b></p> <p>En samlet akutfunktion sikrer størst mulig volumen til de mest akutte og komplekse borgere. Dette bidrager til at kunne sikre en stor koncentration af specialiserede kompetencer. Det er dog erfaringen fra den nuværende APE, at der her er betydelige udfordringer med netop dette, hvorfor organiseringen ikke i sig selv er tilstrækkeligt herfor.</p> <p><b>Ulemper</b></p> <p>Vanskeligt at skabe stærke, specialiserede fagmiljøer på de små enheder (rehabilitering og genhusning samt udredning)</p>

# IMPLEMENT

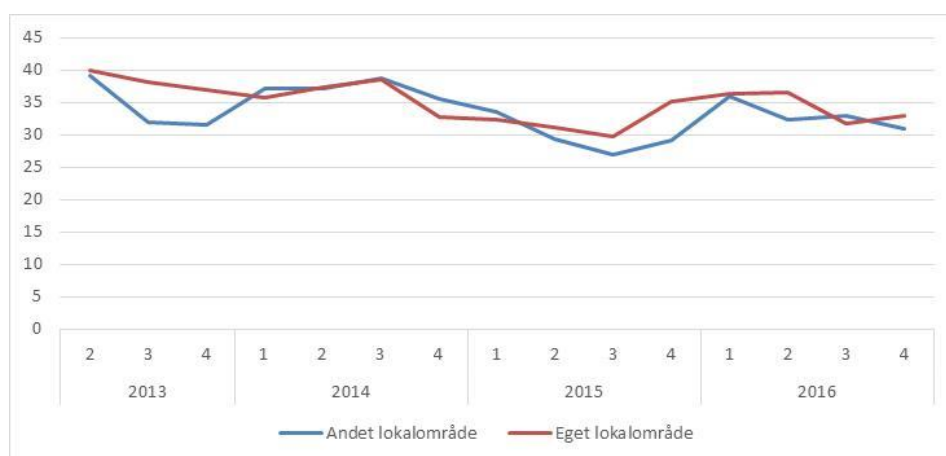
CONSULTING GROUP

		<p><b>Ulemper</b></p> <p>Der er i forhold til i dag behov for at etablere akutpleje og -modtage kompetence og setup på to matrikler.</p> <p>Samarbejdet med hjemmesygeplejen, lokalvisitation og træningsområdet, der i dag er lokalområdebaseret, vil formentlig være mere krævende end på lokalområdebaserede MTO.</p>	<p>Både SUF's egne fratrædelsesinterviews med sygeplejersker på plejecentrene, samt den kvalitative del af strategianalysen, vægtede det faglige miljø højt.</p>
<p><b>Handlemuligheder (lægedækning)</b></p>	<p><b>Fordele</b></p> <p>Skulle man være nødt til at basere lægedækningen på almen praksis, vil der formentlig være fordele ved en lokalområdeløsning, da afstanden til lægens eget optageområde kan have betydning.</p> <p><b>Ulemper</b></p> <p>Vanskeligt at sikre tilstrækkelig og relevant lægedækning fra hospitalerne pga. den lave volumen.</p>	<p><b>Fordele</b></p> <p>Større enheder sikrer bedre muligheder for en mere omkostningseffektiv tilknytning af relevante lægefaglige kompetencer.</p> <p>Samtidig vil tilknyttede læger kunne anvendes mere effektivt ved større volumen, pga. mere fast tilknytning.</p> <p><b>Ulemper</b></p> <p>Lægedækning via praksissektor vil formentlig være vanskelig.</p>	<p><b>Fordele</b></p> <p>Potentielt gode muligheder for relevant og kompetent samt omkostningseffektiv lægedækning på akutplejeeenheder.</p> <p><b>Ulemper</b></p> <p>Formentlig meget vanskeligt at sikre omkostningseffektiv lægedækning på de øvrige enheder i modellen, hvor der er mindst lige så meget behov herfor.</p>
<p><b>Tæt samarbejde med hospitalerne</b></p>	<p><b>Fordele</b></p> <p>-</p> <p><b>Ulemper</b></p> <p>Et tæt samarbejde med hospitalerne vurderes at have bedre forudsætninger desto færre matrikler hvert hospitaler udskriver borgere til.</p> <p>Denne model spreder funktionen ud på samme antal matrikler som i dag.</p>	<p><b>Fordele</b></p> <p>Denne model er organiseret direkte op mod de to væsentligste hospitaler i Københavns Kommunes område, og sikrer derfor bedst muligt grundlag for et tæt samarbejde.</p> <p><b>Ulemper</b></p> <p>-</p>	<p><b>Fordele</b></p> <p>Gode forudsætninger (som i dag) for tæt samarbejde med hospitalerne fra én akutfunktion.</p> <p><b>Ulemper</b></p> <p>Som i model 1 – den samlede MTO-kapacitet og -funktion spredt ud på mange matrikler og enheder, og medfører flere samarbejdsflader og mere koordinering. Akutfunktionen skal have to forskellige samarbejdsflader og -rutiner i spil samtidig alt efter, hvor borgerne kommer fra.</p>

Udover de ovenfor behandlede forudsætninger bør det vurderes, om der er borgerperspektiver, der bør indgå i vurderingen af de tre scenarier. De tidligere afdækkede hypoteser herom går på geografi og afstande til egen bopæl og hypoteser og bedre sammenhæng i borgerforløbene, når borgerne er på døgntilbud i eget lokalområde.

Generelt viser det tilgængelige data dog, at der ikke er grundlag for at bekræfte disse hypoteser. Se nedenfor. Derudover er det vurderingen, at afstandene i Københavns Kommune er så små og med så store variationer over tid, at det kan konkluderes, at der er tale om en narrativ konstruktion koblet til "eget lokalområde". Det er samtidig vurderingen, at der vil være betydeligt færre, lange og komplekse forløb på MTO fremover, når der undgås forudgående hospitalsindlæggelse. Derfor vil der også være færre oplevede afstandsrelaterede gener med den marginalt større afstand til en stærkere og mere effektiv MTO.

### Sammenligning af liggetider (for borgere som efterfølgende kommer til eget hjem)



### Sammenligning af ventetider til efterfølgende genoptræning

Ventetid i dage	Eget lokalområde	Andet lokalområde
U&R	12,3	13,9
Aktivitetscenter	8,1	10,5
Træningscenter	5,1	5,0

### Sammenligning af brugertilfreds på udvalgte parametre

#	Brugertilfredshed <sup>3</sup>	Eget lokalområde	Andet lokalområde	p-værdi
1	Samlet tilfredshed med ophold	4,0/5.0	3,9/5.0	0,49
2	MTO gjort en positiv forskel	65%	62%	0,55

<sup>3</sup> 1. Hvor tilfreds er du samlet set med dit midlertidige ophold?

2. Har det – alt i alt – gjort en positiv forskel for dig at være på det midlertidige ophold?

3. Støttede medarbejderne dig, så du blev trænet i at klare flest mulige dagligdags ting på egen hånd?

4. Havde du glæde af den fysiske træning, som du lavede, mens du var på det midlertidige ophold?

5. Talte du med medarbejderne om, hvad der skulle ske, når du kom hjem igen?

6. Havde du pårørende, som besøgte dig, mens du var på det midlertidige ophold?

7. Får du den hjælp og støtte, du har behov for nu her efter, at du er kommet hjem igen?

3	Støtte til at klare ting på egen hånd	74%	58%	0,01
4	Glæde af træning	76%	60%	0,00
5	Tale med medarbejdere om hjemkomst	51%	37%	0,03
6	Besøg af pårørende	87%	75%	0,01
7	Støtte efter hjemkomst	76%	63%	0,02

I det store billede er de identificerede fordele ved lokalområdetilknytningen meget begrænsede, og på nogle parametre muligvis spuriøse (fx kan forskellen i glæden ved træning være forklaret ved forskellige modeller for terapeuttilknytningen). Vigtigst her er, at der på de mest kritiske parametre – liggetider, hastighed med efterfølgende genoptræning, samlet tilfredshed og vurdering af samlet effekt – ikke kan identificeres forskelle, eller kun marginale forskelle.

### Samlet vurdering af scenariernes respektive styrker

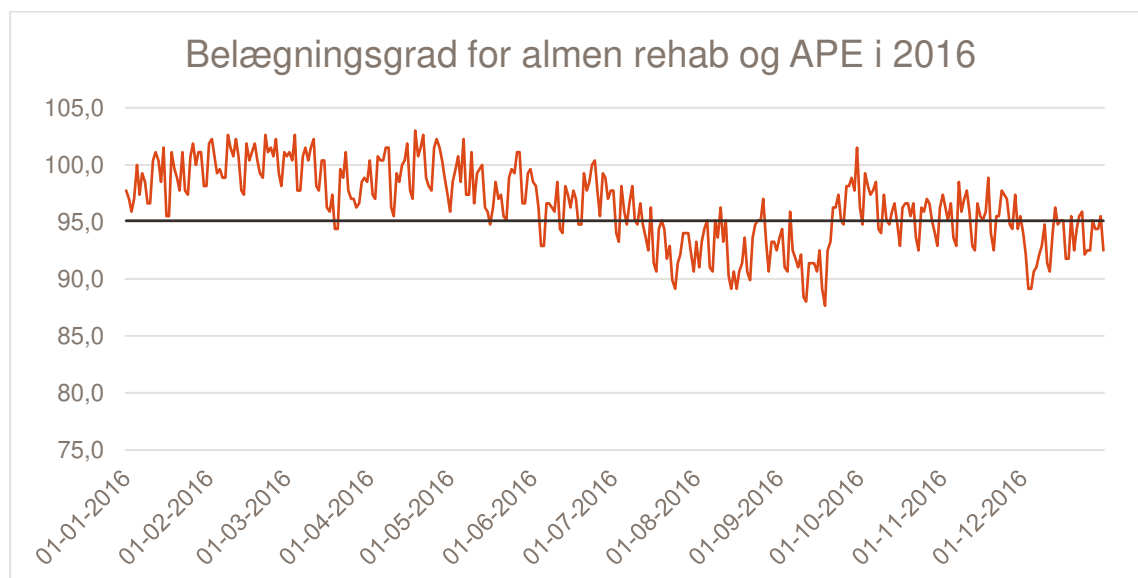
Der er gennemgående flest potentialer forbundet med et scenarie baseret på planområder. Det gælder især for etableringen af bæredygtige enheder, der råder over fleksibel kapacitet dækkende akutpleje, rehabilitering og genhusning. Det er entydigt, at tilgængeligheden af alle tre kapaciteter er en forudsætning for maksimal udnyttelse. Det betyder også, at det vil være vanskeligt at skabe den nødvendige effektivitet og sammenhæng i scenariet med én enhed med akutplejepladser. Hvis en sådan løsning vælges, skal der formentlig indregnes betydelige omkostninger til at sikre overgange, samarbejde og transporter.

Samtidig er det væsentligt at bemærke, at transformationen fra den nuværende, lokalområdebaserede organisering vil være mere krævende, end hvis der var tale om en justering inden for de kendte rammer. Det omfatter både tilpasninger af ledelse, administration, organisering, personalesammensætning samt samarbejdsflader til kommunens øvrige funktioner og enheder, herunder særligt sundhedscentre, visitation og pladsanvisning.

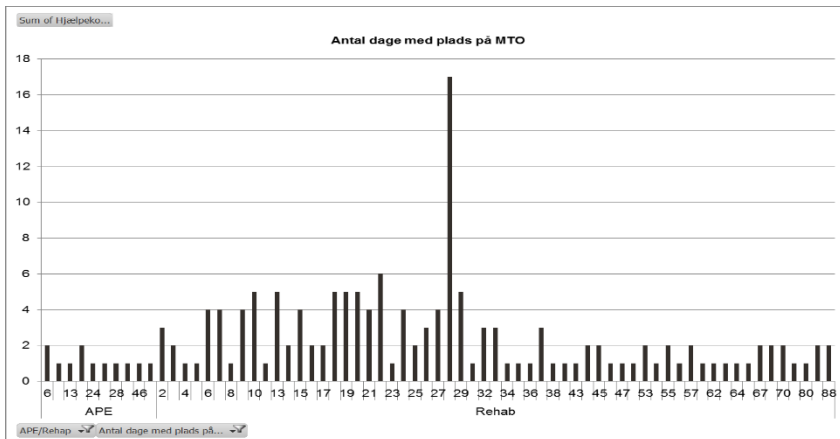
Det vil i øvrigt være naturligt at overveje, om planområdebaseret løsning med fordel også kunne videreføres for hjemmeplejen og hjemmesygeplejen.

## Bilag: Anvendt datagrundlag

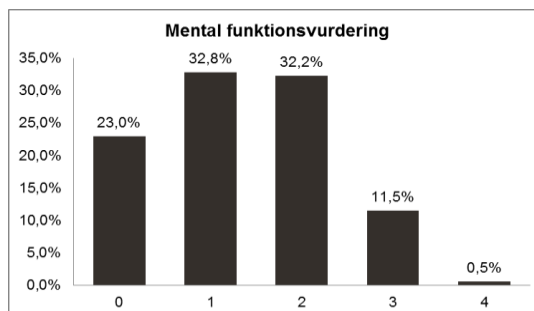
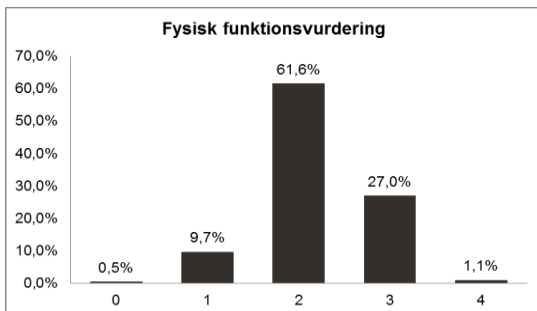
### Belægningsgrad (data fra baselinerapport):



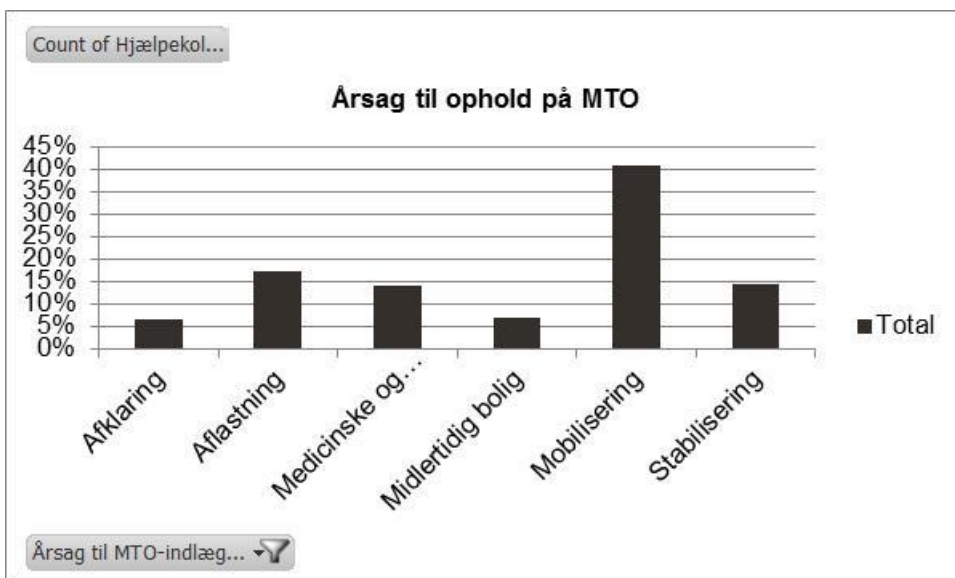
### Liggetider (data fra journalgennemgang)



### Funktionsvurderinger (data fra journalgennemgang)



### Årsag til ophold på MTO (data fra journalgennemgang)



Ventetid i overgang fra MTO til plejehjem efter plejehjemsgodkendelse (data fra baselinerapport)

