

Strategisk analyse af MTO

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns
Kommune

20. maj 2017

Implement Consulting Group
Strandvejen 54
2900 Hellerup

Tel +45 4586 7900
Email info@implement.dk
implementconsultinggroup.com

CVR 32767788
Bank 4845-3450018236
SWIFT DABADKKK
Iban DK3030003450018236

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion.....	2
2. Resumé.....	4
3. Analyseforløb og -metoder	8
4. MTO's primære opgaver.....	9
5. Nøgleudfordringer.....	10
5.1 Usikkerhed om formål: Pleje- og støttebehov hele døgnet og behov for døgnrehabilitering	11
5.2 Mange pladser optages af borgere, som ikke har behov svarende til kapabiliteten på pladserne.....	13
5.3 Adgangen til lægefaglige kompetencer er for sporadisk	19
5.4 Manglende muligheder for at agere proaktivt ift. at sikre gode overgange ..	20
5.4.1 Fra hospital til MTO	20
5.4.2 Fra MTO til eget hjem	27
5.4.3 Fra eget hjem til MTO	29
6. En ny løsning.....	31
6.1 Designprincipper.....	31
6.2 Akutkravene.....	31
6.3 Integrering og differentiering af tilbuddet	34
6.3.1 Egenskaber ved en ny model	34
6.3.2 Forudsætninger for løsningen og sammenhæng til andre løsningselementer	35
6.3.3 Palliative og neurologiske døgnpladser	35
6.3.4 Budgetmodellen.....	36
6.3.5 Flow og gode overgange	36
6.3.6 Kapacitetsfastsættelse og sæsonjusteringer	37
6.4 Lægedækning og den øvrige kompetenceprofil.....	38
6.4.1 Den øvrige kompetenceprofil.....	39
6.5 Visitationsproces og flow	40
6.6 Organisering: centralisering eller lokal forankring.....	42
7. Konklusion.....	45
Bilag 1. Figur- og tabeloversigt.....	47
Bilag 2. Data fra journalgennemgangen	49
Bilag 3. Antal pladser og geografisk fordeling	51
Bilag 4. Flowdata fra journalgennemgangen	52
Bilag 5. Ankomsttidspunkter	53

1. Introduktion

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (SUF) i Københavns Kommune har i samarbejde med Implement Consulting Group gennemført en analyse af anvendelsen af de midlertidige opholdspladser (MTO) med henblik på fastlæggelse af en fremtidig strategi for området.

MTO dækker i denne sammenhæng over fire forskellige typer af døgndækkede pladser, som omfatter pleje og rehabilitering:

- Almene rehabiliteringspladser
- Akutplejepladser (APE)
- Palliative døgnpladser
- Neurologiske døgnpladser (HRC)

Udover de fire nævnte typer har Københavns Kommune også et antal demenspladser, der ikke er ønsket omfattet af nærværende analyse.

Pladserne er placeret på enheder, der er både organisatorisk og funktionelt opdelt og har hver sine målgrupper, kompetencesammensætning, budgetnormering m.m.

Analysen er sat i gang for at afdække, om der er grundlag for at forbedre anvendelsen af den samlede kapacitet, ændre på rammerne og processerne knyttet til anvendelsen af pladserne og for at sikre, at MTO-kapaciteten fortsat svarer til de aktuelle og kommende behov. Resultaterne af analysen skal således understøtte beslutninger om den fremtidige strategi for MTO og pladsernes bidrag til og sammenhæng med den kommunale opgaveløsning samlet set.

Den demografiske udvikling og udviklingen i nationale politiske dagsordner bidrager til at gøre MTO som enhedstype til en central strategisk enhed fremover. Demografien udvikler sig på en måde, der gør, at især andelen af de ældste borgere vil stige frem mod 2030.¹ Der er yderligere fire årsager til at overveje, hvordan MTO kan indgå mere effektivt i den samlede kommunale opgavevaretagelse. Det gælder:

1. Den nyligt vedtagne forhøjelse af straftaksten for færdigbehandlede sengedage.
2. Ændringerne i den kommunale medfinansiering (KMF).
3. De nye kvalitetskrav til den kommunale akutfunktion.
4. Behov for effektiv mobilisering gennem intensiv rehabiliteringsindsats omfattende pleje og genoptræning af borgere med midlertidigt betydeligt fald i funktions- og egenomsorgsevne (dette med særligt fokus på maksimal reduktion af færdigbehandlede sengedage samt substituering og forebyggelse af hospitalsindlæggelser blandt andet som led i en opgraderet akut indsats).²

I analysen er der sat fokus på at afdække og belyse de udfordringer, der i dag har betydning for MTO's muligheder for at bidrage effektivt til løsning af de ønskede opgaver. På den baggrund har analysen udpeget en række forskellige centrale strategiske valg, som kan træffes for en ny organisering af MTO. Til disse valg beskrives endvidere de forudsætninger, fordele og ulemper, der er knyttet til dem.

De centrale temaer er:

¹ Se fx "Fem megatrends, der udfordrer fremtidens sundhedsvæsen": <http://regioner.dk/media/4739/kora-fem-megatrends-der-udfordrer-fremtidens-sundhedsvaesen.pdf>

² Ændringerne til KMF kan findes her: http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Aendring-af-den-kommunale-medfinansiering/Aendring-af-den-kommunale-medfinansiering-juni-2016.ashx

Kravene til den kommunale akutfunktion kan findes her:

<https://www.sst.dk/da/nyheder/2017/~media/F5EECA896E2940828FA30A9FCEE2BDBC.ashx>

- Den generelle opgave- og målgruppebeskrivelse
- Den funktionelle opdeling mellem pladstyper
- Kompetencesammensætningen på MTO
- Overgangene ind og ud af MTO

Rapportens første del beskriver det identificerede udfordringsbillede ud fra ovenstående tematikker belyst og kvalificeret med kvalitative og kvantitative data, mens rapportens anden del kigger fremad med beskrivelser af de centrale valg og muligheder knyttet til en ny organisering af MTO.

2. Resumé

MTO dækker i denne analyse som nævnt over fire forskellige pladstyper med hver sine målgrupper samt dæknings- og specialiseringsgrader. Som introduktion er der nedenfor udvalgt en række centrale nøgletal om de forskellige enheder.

Tabel 1. Nøgletal

2016 ³	Almen rehabilitering*	Akutplejeeenheden (APE)	Palliativ afdeling	Neurologiske døgnpladser
Antal "enheder"	6	1	1	1
Antal pladser	242	39 **	15	30
Antal forløb	~2.600	~380	~210	186
Gns. liggetid (SUF-borgere)	~28 dage	~20 dage	~21 dage	~53 dage
Årlig pladspris ***	~542.000	~571.500	~628.500	~764.000

Alle MTO-enheder har bemanning på døgnbasis og har derfor som fællestræk, at målgrupperne – ifølge visitationskriterierne – som minimum har behov for "let personassistance gennem døgnnet". I praksis er der stor variation i brugernes behov, som spænder over komplekse sygdomsforløb til simple genhusningsbehov, og mange af de udfordringer, som analysen har identificeret, udspringer på forskellig vis af denne variation. Dette gælder både på tværs af og internt på pladstyperne og er identificeret som en særlig udfordring for de almene rehabiliteringsenheder og APE. Af samme årsag vil en væsentlig del af analysens fokus være rettet mod disse to enheder og den funktionelle opdeling mellem dem.

Der er tre grundlæggende strategiske målsætninger, som MTO-enhederne kan være en central del af bestræbelserne på at realisere. De udviklingspotentialer og udfordringer, der er identificeret i analysen, er således udfordringer i forhold til en optimal indfrielse af disse strategiske mål. Det gælder specifikt:

- Hurtig hjemtagning fra hospitalet og dermed reduktion af "færdigbehandlede sengedage".
- Reduktion af omfanget af hospitalsindlæggelser – og herunder være et væsentligt bidrag til den samlede akutfunktion i Københavns Kommune.
- Hurtig mobilisering af borgere med nedsat funktionsevne gennem en intensiv rehabiliteringsindsats – særligt af borgere med samtidigt plejebehov på døgnbasis.

Der ligger samtidig en nødvendig strategisk beslutning om, hvorvidt de tre mål er ligeværdige, eller om der skal være en prioritering mellem dem.

På baggrund af disse strategiske mål følger en række specifikke mulighedsrum, der omfatter valg af central betydning, som skal træffes i forbindelse med en ny organisering af MTO. Disse indebærer:

- Den funktionelle opdeling af pladsfunktionerne
- Modellen for lægedækning på MTO-enhederne
- Organiseringen af de centrale overgange ind og ud af MTO
- Centraliseringsgraden - både geografisk og organisatorisk - af en fremtidig løsningsmodel

³ * 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 denne rapport's udarbejdelse er den egentlige kapacitet på APE 30 pladser, da 9 pladser er lukket på ubestemt tid pga. mangel på sygeplejersker.

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

Disse valg bliver uddybet gennem rapporten med de forudsætninger, der knytter sig til dem, samt deres fordele og ulemper.

På baggrund af den kvalitative og kvantitative analyse er der identificeret fire nøgleudfordringer, som hver især dækker over en række mere konkrete problemstillinger, som bør overkommes for i fremtiden at kunne løfte de tre ovenstående strategiske opgaver bedst muligt. Disse nøgleudfordringer er:

1. Usikkerhed om formål med og målgrupper for MTO på tværs af organisationen.
2. Manglende match mellem brugernes behov og pladsernes kapaciteter.
3. Sporadisk adgang til relevante lægefaglige kompetencer.
4. Manglende muligheder for proaktiv handlen i forbindelse med overgange i forløb.

Udfordringerne er alle identificeret og løbende kvalificeret og justeret gennem en både kvalitativ og kvantitativ analyseproces. Det datamæssige belæg for nøgleudfordringerne, samt de løsningsforslag som vokser ud af dem, præsenteres løbende gennem rapporten.

På baggrund af udfordringsbilledet er der udviklet en række løsningsforslag. Disse er beskrevet som løsningselementer snarere end egentlige løsningsscenerier, da elementerne kan stykkes sammen på forskellig vis, alt afhængigt af de strategiske mål, der ønskes prioriteret. Der findes således heller ikke én løsning for MTO, der er alle andre løsninger overlegent. Nogle af de centrale strategiske beslutninger indebærer til- og fravalg, og den samlede løsning, der udvikles, hviler derfor også på den strategiske vision, der ønskes for den rolle, MTO skal spille i den fremtidige varetagelse af opgaverne i det nære sundhedsvæsen og i Københavns Kommune.

En af analysens centrale vurderinger er, at den funktionelle opdeling mellem de almene rehabiliteringspladser og APE ikke modsvarer behovene i praksis. De borgere, som modtager plads på MTO i dag, og som det må forventes, der kommer stadigt flere af i fremtiden, har tilstande, som er hurtigt omskiftelige – med periodisk behov for kompleks sygepleje, uanset om tilstanden ved ankomst til MTO blev vurderet som stabil og relevant for en almen rehabiliteringsplads. Der mangler i det nuværende MTO-setup derfor fleksibilitet i sammensætningen af indsatser og dermed også i kapacitetsanvendelsen. Denne problemstilling fordrer, at der fremadrettet arbejdes med en ny type plads (enhed), som både har kompetenceprofilen og autonomien til selvstændigt at tilrettelægge og justere indsatserne efter omskiftelige behov uden at skulle iværksætte et større administrativt apparat eller flytte borgerne mellem pladstyper.

På den anden side viser analysen også, at der er en relativt stor gruppe borgere på MTO, som ikke synes at have et døgndækkende støttebehov i hele eller i den sidste del af de aktuelle ophold. Op mod halvdelen af de borgere, der har haft forløb på MTO i 2016, har et så lavt efterfølgende plejehov ved afslutningen af forløbet, at det er rimeligt at konkludere, at deres behov noget tidligere kunne have ført til fortsættelse af rehabiliteringsforløbet i eget hjem. Dette kan i hvert fald delvist forklares ved, at 'de 28 dage' i praksis er blevet udmøntet som en slags standard for længden af et ophold, som ikke i tilstrækkelig grad er tilrettelagt fleksibelt efter konkrete, faglige vurderinger af hvorvidt borgeren gennem hele opholdet befinder sig inden for målgruppeafgrænsningen for MTO-enhederne.

Samtidigt, er der både kvalitativt og kvantitativt grundlag for at konkludere, at en del af opholdene i dag haves af borgere med et "genhusningsbehov" – altså et behov, som opstår, fordi egen bolig er midlertidigt eller permanent uegnet for borgeren. Dette fordrer, at der tænkes i udviklingen af en ny type plads, der modsvarer disse behov på en mere effektiv måde, og som mere omkostningseffektiv end MTO kan fortsætte eller levere den nødvendige rehabiliteringsindsats omfattende pleje og genoptræning. Denne kombination af fleksible enheder og en ny type enhed målrettet borgere med genhusningsbehov understøtter samtidig bedre de forskelligartede behov blandt de plejehjemsgodkendte borgere. Blandt disse vil nogle kunne vente i de nye enheder med støtte fra hjemme- og hjemmesygeplejen, mens indsatsen kan justeres mere fleksibelt efter konkrete behov for de resterende borgere med svære kognitive og egenomsorgsproblemer.

POTENTIALE I
MERE
FLEKSIBILITET

OMKOSTNINGS-
LAV KAPACITET
TIL BORGERE MED
GENHUSNINGS-
BEHOV

POTENTIALE I NEM
OG HURTIG ADGANG
TIL RELEVANT
LÆGELIG
KOMPETENCE

En anden central vurdering i analysen er, at lægedækningen på både de almene rehabiliteringscentre og APE, som i dag hovedsagligt er organiseret via almen praksis, er utilstrækkelig, og at dette har en række afledte konsekvenser. Her er det særligt centralt, at muligheden for at kunne anvende særligt sygeplejerskernes kompetencer optimalt afhænger af tilstrækkelig adgang til lægefaglige kompetencer. Det betyder blandt andet, at der ikke rettidigt kan sættes ind med relevante indsatser, hvilket i visse tilfælde fører til unødvendige hospitalsindlæggelser, forlængelser af forløb på MTO samt forebyggelige forværringer i borgerens tilstand. I det omfang, MTO skal kunne bidrage ind i en akutfunktion, er en kontinuerlig og fleksibel adgang til lægefaglige kompetencer derfor afgørende. Den sporadiske adgang til lægefaglige kompetencer gør det samtidig vanskeligt at skabe det attraktive faglige miljø, som er nødvendigt for at kunne rekruttere og fastholde sygeplejersker.

Det anbefales derfor, at der udvikles en model for bedre lægedækning, og at dette element prioriteres højt i en ny organisering af MTO. Denne kan tage tre arketyperiske former eller skabes som en hybrid imellem dem: (i) et optimeret samarbejde med almen praksis, (ii) samarbejdsaftaler med den udskrivningsansvarlige enhed på hospitalet eller (iii) fastansættelse af en læge – evt. en geriater – på MTO. Som udgangspunkt vurderer Implement ikke, at et udvidet samarbejde med almen praksis er en relevant vej at gå. Dette både af hensyn til de relevante lægelige kompetencebehov og til almen praksis' mulighed for at indgå tilstrækkeligt fleksibelt i et sådan setup, hvor akut opståede behov skal kunne håndteres.

En yderligere central konklusion på analysen er, at betingelserne i dag for at skabe gode overgange fra hospital til MTO ikke er optimale. Det er der hovedsagligt to årsager til. For det første agerer udskrivningskoordinationen under vilkår, der gør planlægning og proaktiv adfærd vanskelig, hvilket kan føre til – stik imod intentionen – at udskrivningskoordinationen bliver det forsinkende led i hjemtagningen fra hospitalet. For det andet er pladstyperne i dag beskrevet så specifikt, at en stor del af udredningsarbejdet i praksis er lagt over på en funktion, der ikke alene agerer under vanskelige betingelser, men som også skal foretage en udredning af borgernes behov, mens de er i hospitalskonteksten primært på baggrund af hospitalets "monodiagnostiske/subspecialiserede" tilgang. Dette problematiseres yderligere af, at der er noget der tyder på, at udredningspraksis på MTO-enhederne i dag er utilstrækkelig. Det er således kun ca. halvdelen af borgerne på MTO der bliver dokumenteret hhv. sygepleje- og terapeutfagligt udredt, hvilket vanskeliggør den systematiske planlægning af det fremadrettede rehabiliteringsforløb. Det vurderes på den baggrund, at udredning fremadrettet indgår som en central del af opgaven på MTO.

OPDATEREDE
ARBEJDSGANGE
FOR
HJEMTAGNING
FRA HOSPITAL

På baggrund af dette opstilles to modeller for, hvordan overgangen fra hospital til MTO kan organiseres, så det understøtter bedre og mere sammenhængende forløb: (i) Et ændret samarbejde mellem udskrivningskoordination og lokalvisitationen, som kapitaliserer på udskrivningskoordinations ressourcer, når – og kun når – disse kan anvendes hurtigt og proaktivt, og (ii) en ændret praksis, hvor en langt større del af udredningsarbejdet flyttes over på MTO-enhederne. Det vurderes, eftersom udskrivningskoordinationens arbejde har nogle centrale styrker og potentialer ift. at sikre et effektivt samarbejde med hospitalerne samt at sikre smidige sektorovergange, at der arbejdes i en hybrid af disse modeller, hvor det prioriteres at give udskrivningskoordinationen bedre mulighed for at agere proaktivt.

FORESTÅENDE
PRAKTISK OG
STRATEGISK
VALG
VEDRØRENDE
CENTRALI-
SERINGSGRAD

I beslutningerne om indretningen af en ny organisering af MTO må der også foretages en afvejning af de fordele og ulemper, der knytter sig til centraliserede og decentrale løsninger. Den kvalitative analyse har peget på – om end ikke entydigt – at mange medarbejdere er glade for den lokale forankring af de almene rehabiliteringsenheder. Baseret på de foreliggende data er der samtidig noget, der tyder på, at lokalforankringen udmønter sig i visse positive effekter i form af brugertilfredshed og den efterfølgende genoptræningsindsats, om end disse fordele – alt i alt – må anses som beskedne. På den anden side viser data, at der ikke er forskelle i liggetiderne blandt borgere, der opholder sig hhv. på MTO inden for og uden for eget lokalområde. Herudover skal en balancering af fordele og ulemper ved decentraliserede og centraliserede løsninger også tage højde for, at større enheder givetvis også har en række fordele i form af et muligt tættere og mere fokuseret samarbejde med hospitalerne, større

koncentration af sygeplejefaglige kompetencer og dermed et forbedret grundlag for fastholdelse og faglig sparring samt formentlig en mere omkostningseffektiv og realiserbar model for lægedækning.

Denne analyse kan således ikke finde datamæssigt belæg for, at den lokale forankring er af afgørende betydning for kvaliteten af indsatsen på MTO. I hvor høj grad en fremtidig organisering af MTO skal udmøntes i færre større enheder, bør derfor afhænge af en række konkrete muligheder og praktiske vurderinger samt fastlæggelse af den rolle, midlertidige opholdspladser skal spille i Københavns Kommunes nære sundhedsvæsensindsats (herunder fx i relation til forebyggelse af hospitalsindlæggelser og investering i tidlig indsats mod/forebyggelse af funktionsevnetab gennem intensiveret rehabilitering på midlertidige pladser), og hvordan arbejdsdelingen med både region og de øvrige kommunale aktører kan og skal organiseres.

3. Analyseforløb og -metoder

Analyseprocessen har været tilrettelagt i fire faser med en intensiv interviewfase i januar og første del af februar. Der er gennemført 5 individuelle interviews og 20 fokusgruppeinterviews med aktører fra MTO, inklusive MTO-ledere og medarbejdere, visitatorer, udskrivningskoordinatorer, hjemme- og hjemmesygeplejen, borgere, TUE, U&R, sikker sammenhæng, samordningskonsulenter, en praktiserende læge, lokalområdechefer, Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler samt chefer og ledere på centralt niveau i SUF. Der er desuden gennemført opfølgende interviews med udskrivningskoordinator og lokale visitatorer samt borgere på MTO.

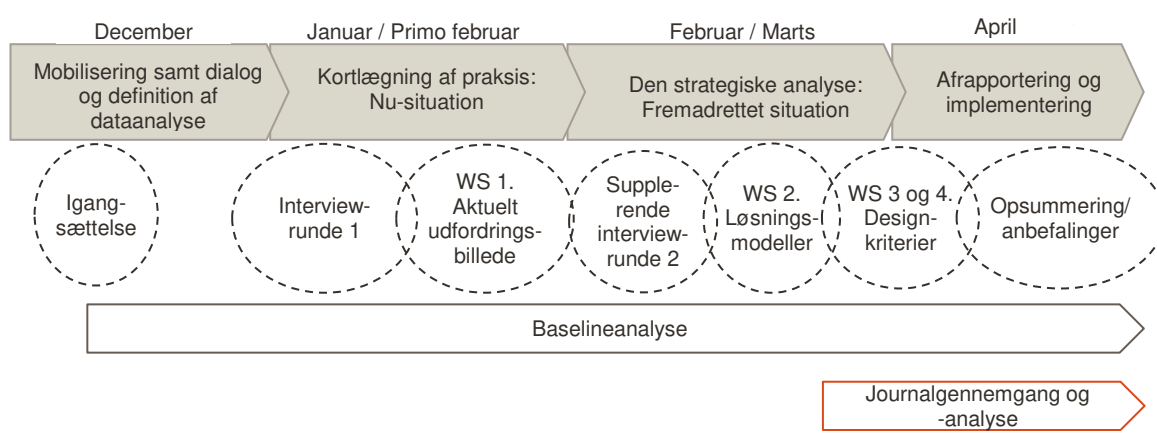
Derudover har der været gennemført to større workshops (WS 1 og 2) med repræsentanter fra MTO-enhederne, visitationen og udskrivningskoordinationen samt to mindre workshops/arbejds møder med arbejdsgruppen omfattende repræsentation fra direktion, chef- og lederniveau og lokalområdechefer (WS 3 og 4).

Det har i videst muligt omfang været forsøgt at inddrage medarbejdere i SUF gennem hele analyseprocessen både i forhold til at identificere det nuværende udfordringsbillede samt til at bidrage med input til mulige løsnings-scenarier.

Hele analysen har været understøttet af en baselineanalyse, hvor SUF løbende har foretaget datatræk fra registre og fagsystemer mv. og gennemført dataanalyser på baggrund af en fælles dialog mellem SUF og Implement.

Analysen er yderligere suppleret af en ekstra journalgennemgang, hvor 200 journaler fra borgere med ophold på almene rehabiliteringscentre og APE i 2017 har været gennemgået, blandt andet med henblik på at kortlægge interaktioner mellem de forskellige aktører relateret til MTO. Journalgennemgangen blev gennemført, da det i forbindelse med baselineanalysen blev konstateret, at der ikke var et tilstrækkeligt tilgængeligt datagrundlag i registre og fagsystemer til at belyse en række centrale udfordringer og potentialer.⁴

Analyseprocessen kan illustreres som følger:



⁴ Bilag 2. Data fra journalgennemgangen” giver et overblik over de data fra journalgennemgangen, som er anvendt og præsenteret løbende gennem denne rapport.

4. MTO's primære opgaver

Hvorfor har Københavns Kommune døgndækkende midlertidige opholdspladser, og hvilke overordnede strategiske mål er de sat i verden for at tjene?

Gennem analyseprocessen er det afdækket, at der er flere forskellige oplevelser på tværs af organisationen af, hvad de centrale formål er:

1. **Understøtte hurtig hjemtagning** fra hospitalet – og dermed reducere antallet af færdigbehandlede sengedage.
2. **Forebygge hospitalsindlæggelser** ved tidlig indsats og substituering med en kommunal indsats, (og herunder fremadrettet at sikre, at Københavns Kommune opfylder Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav til den kommunale akutfunktion.)
3. **Effektiv og intensiv rehabilitering** til fastholdelse eller forbedring af borgernes funktionsevne til borgere, for hvem det ikke er optimalt at modtage en tilsvarende indsats i eget hjem, og med sigte på at få borgeren tilbage til eget hjem (hurtigst muligt) med mindst muligt behov for permanent støtte.⁵

Det er endvidere en underliggende forudsætning, at disse formål forfølges på en måde, der er både omkostningseffektiv og i tråd med SUF's generelle værdigrundlag.

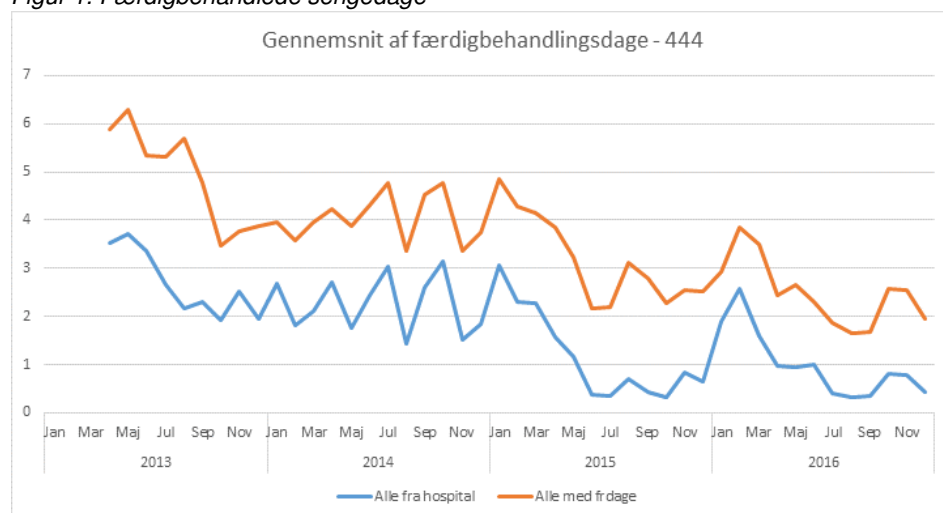
Disse formål kan i forhold til nogle løsningselementer være i harmoni med hinanden, mens der i forhold til andre løsningselementer vil være centrale trade-offs. Den mest fundamentale problemstilling i den forbindelse drejer sig om, hvordan man afvejer hensynene til både at kunne hjemtage færdigbehandlede borgere fra hospitalet hurtigt samt at agere som en reel akutfunktion, der kan forebygge hospitalsindlæggelser. Det fordrer strategisk prioritering, eksplicitering og indbyrdes afvejning af balancen.

Her spiller økonomiske hensyn også en rolle. På den ene side har SUF, på baggrund af forhøjelsen af straftaksten for færdigbehandlede sengedage, et større økonomisk incitament end nogensinde før til at sikre hurtig hjemtagning fra hospitalet. På den anden side har SUF ligeledes fået et større økonomisk incitament til at forebygge hospitalsindlæggelser med den nye aftale om aldersdifferentieret kommunal medfinansiering. Det må dog bemærkes, at det i relation til kommunens samlede medfinansieringsbidrag fortsat er mere end usikkert, om der er en direkte økonomisk gevinst i form af en lavere medfinansieringsandel knyttet til reduktion i antallet af indlagte (ældre) patienter, jf. den samlede finansieringsmodel, der aktuelt er for hospitalsvæsenet.

Set over de seneste år har fokus på forvaltningsniveau i højeste grad været rettet mod at anvende MTO som et instrument til at sikre hurtig hjemtagning fra hospitalet, snarere end det har været rettet mod forebyggelsen af hospitalsindlæggelser. Nedenfor ses udviklingen i det gennemsnitlige antal færdigbehandlede sengedage per borger umiddelbart inden et ophold på et alment rehabiliteringscenter.

⁵ Det har været tilføjet, at man kan tilføje et fjerde formål, som især er relevant for palliativ afdeling: "At sikre et værdigt terminalforløb".

Figur 1. Færdigbehandlede sengedage



Den blå linje illustrerer det gennemsnitlige antal færdigbehandlede sengedage for alle borgere, som havde ophold på et alment rehabiliteringscenter efter en hospitalsindlæggelse, mens den røde linje er afgrænset til gruppen af borgere, som havde mindst én færdigbehandlet sengedag.

Tendensen viser, at den gennemsnitlige mængde af færdigbehandlede sengedage for borgere, som kommer på MTO, har været kraftigt nedadgående i de senere år. Den gennemsnitlige borger på et alment rehabiliteringscenter, som ankommer direkte fra hospitalet, har således kun ca. 0,5 færdigbehandlede sengedage i slut 2016 mod over 3 i 2013. Meget tyder derfor på, at enhederne har været succesfulde med at bidrage til en samlet reduktion af mængden af færdigbehandlede sengedage.⁶

På den anden side anvendes MTO i dag kun i mindre grad til at substituere/forebygge hospitalsindlæggelser. Der mangler etablerede arbejdsgange og kommunikationsveje for en alternativ kommunal "akut melding" til det regionale akutsystem med 1813, 112 og egen læge, som kan understøtte anvendelsen af MTO som en del af en samlet akutfunktion.

I dag er det således under 20% af MTO-opholdene, der kommer hjemmefra. I det omfang, man ønsker at justere denne balance, så MTO i højere grad agerer som en del af en egentlig akutfunktion, der kan forhindre hospitalsindlæggelser, fordrer det ændringer i sammensætning og organisering. Dette kan med fordel sammentænkes med Sundhedsstyrelsens nye kvalitetskrav til den kommunale akutfunktion samt en bredere opbygning af kommunens akutfunktion med både udgående teams og akutpladser. I afsnit 6.2. beskrives de nye krav til den kommunale akutfunktion, og hvordan disse spiller ind på organiseringen af MTO. Et specifikt og samlet bud på opbygningen af en relevant og effektiv akutfunktion i Københavns Kommune ligger dog uden for denne analyses rammer.

5. Nøgleudfordringer

Der har gennem analysen været identificeret en række udfordringer for MTO's muligheder for at opfylde de tre formål givet ovenfor. Inden for denne udvidede liste af udfordringer er der foretaget en prioritering af de mest grundlæggende udfordringer, som er identificeret i analyseprocessen.

Denne liste af nøgleudfordringer har af flere omgange været kvalificeret og nuanceret af deltagerne på de afholdte workshops og af projektets analysegruppe og er løbende justeret, i takt med at baselineanalysen har kunnet kvalificere udfordringerne yderligere.

⁶ Samme tendens gør sig gældende for APE. Se baselineanalysen, side 51.

Nøgleudfordringerne er som følger:

1. **Usikkerhed om formål med og målgrupper for de forskellige midlertidige pladstyper**
 - Forskelle i forståelsen af, hvilken eller hvilke opgaver de midlertidige pladser primært har på tværs af organisationen.
2. **Der opleves vanskeligheder med at få plads til at levere en egentlig rehabiliterende indsats, da mange borgere i pladserne har behov for pleje- og behandlingsmæssigt stabilisering, hvilket ikke svarer til medarbejdernes forventning til opgaven**
 - Manglende muligheder for fleksibelt at kunne tilpasse indsatsen for borgere med komplekse sygdomsforløb, som kræver forskelligartede indsatser på forskellige tidspunkter i forløbet.
 - Mange borgere på MTO har ikke et så intensivt plejebæhov, at den rehabiliterende indsats ikke (mere optimalt) kunne leveres i hjemmet eller i anden ikke-døgndækkende setup.
3. **Adgangen til lægefaglige kompetencer er for sporadisk**
 - Samarbejdet med praktiserende læger er ikke optimalt i forhold til det faktiske behov, især uden for – men også inden for – lokalområdet.
 - Begrænser sygeplejerskernes muligheder for hurtigt/rettidigt at anvende deres kompetencer fuldt ud – særligt i akutte situationer.
4. **Manglende muligheder for at agere proaktivt ift. at sikre gode overgange**
 - Vanskeligt at udrede behov tilstrækkeligt detaljeret/specifikt i forbindelse med udskrivning fra hospital til meget "specialiserede døgnpladser".
 - Vanskeligt at planlægge overgangene indgangen ind i MTO tidligt og at sikre et kontinuerligt flow ud af MTO.

I de kommende afsnit vil disse nøgleudfordringer blive uddybet, og der vil løbende blive præsenteret data, der understøtter nøgleudfordringernes karakter og omfang.

5.1 Usikkerhed om formål: Pleje- og støttebehov hele døgnet og behov for døgnrehabilitering

Et af de centrale og gennemgående temaer i interviewrækken og workshopperne har været tydelig usikkerhed og forskelle i oplevelsen blandt de forskellige medarbejdere og ledere af, hvilken eller hvilke opgaver og målgrupper de forskellige MTO-pladser har.

Det er i forlængelse heraf blevet afdækket, at der i praksis er knyttet betydelige vanskeligheder ved at vurdere borgernes behov inden ankomst til MTO.

Samtidig er der udtrykt betydelig variation og usikkerhed om, hvilken rolle MTO skal spille i relation til og sammenhæng med hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, sundhedscentre mv. Med andre ord er der ikke blandt de forskellige aktører klarhed over, hvordan de forskellige kommunale indsatstyper spiller sammen og bidrager til en samlet indsatskæde i borgerforløbene.

Helt grundlæggende er denne usikkerhed om formål en udfordring, fordi det gør det svært at levere et omkostningseffektivt tilbud med klare snitflader og klar sammenhæng med kommunens øvrige tilbud og indsatsmuligheder.

Udfordringen er vanskelig at kvantificere, da det grundlæggende handler om, hvorvidt der eksisterer en ensartet fortælling om, hvilke formål der arbejdes hen imod på MTO, og hvad det vil sige at arbejde rehabiliterende med borgere med så forskelligartede behov, som i dag optager pladserne. Illustrativt er det en udbredt fortælling hos medarbejdere og ledere, at målgruppen på MTO er defineret som dem,

"der ikke kan være andre steder". En sådan målgruppeafgrænsning lægger pres på forståelsen af, hvem man arbejder med, hvordan og hvorfor.⁷

Der er tre typer/grupper af borgere på MTO i dag, som er blevet særligt fremhævet:

1. **Plejhjemsgodkendte borgere.** Ca. 1/3 af alle borgere på MTO i dag venter på plejebolig. En stor del af de plejhjemsgodkendte har betydeligt længere ophold end de øvrige borgere, hvor de borgere, der bliver plejhjemsgodkendt under opholdet, i gennemsnit ligger på MTO i over 50 dage.

SUF har i 2016 lavet en screening af de borgere, som venter på plejebolig på MTO, som viste, at ca. 12,5% af disse borgere kunne vente i eget hjem, og hvor det yderligere var uafklaret, om dette var muligt for næsten 30% af borgerne. Screeningen gav ikke svar på, hvilke årsager der var hertil.

Denne gruppe af borgere har været et centralt omdrejningspunkt i den kvalitative analyse med en gennemgående fortælling om, at tilbuddet på MTO ikke matcher denne gruppe. Det vidner om, at der opleves vanskeligheder flere steder med at få skabt en fælles forståelse af, hvad en rehabiliterende tilgang omfatter. Derfor bliver det i praksis i en vis udstrækning en form for "stigmatisering", at en borger bliver plejhjemsgodkendt, hvor den "standardiserede MTO-indsats" ikke opleves at være relevant for disse borgere.

2. **SOF-borgere og borgere med demens** udgør to grupper af borgere på MTO, der knytter sig en række problemstillinger til. Der findes ikke data for, hvor mange borgere på MTO der har sociale problemstillinger eller varierende grader af demens. Vi ved dog, at der er 16 pladser, der er reserveret til borgere, der henvises fra SOF, og at disse borgere er under 65 år. Det, vi derudover ved, er, at SOF-borgere på almen rehabilitering:

1. Har en gennemsnitlig liggetid på 46 dage (mod 28 dage for SUF-borgere), og at dette i særlig grad er drevet af relativt få borgere, der optager en plads meget længe.
2. Har en gennemsnitsalder på ca. 56 år (mod 81 år for SUF-borgere).
3. Har hospitalsindlæggelser inden MTO, der er mere end 50% længere end SUF-borgerne.
4. Genererer en betydelig mængde færdigbehandlede sengedage (se baselineanalysen, side 49).
5. I høj grad har behov for social afklaring og sagsbehandling, som i dag ikke systematisk er tilgængelig under opholdet.

3. **Borgere, som kræver medicinsk stabilisering og har potentiale for mobilisering.** Hvad vil det sige at arbejde rehabiliterende med borgere med behov for medicinsk stabilisering og samtidigt samt efterfølgende mobilisering, og hvilke kompetencer forudsætter det?

Disse spørgsmål synes at være relativt uafklarede på tværs af de forskellige enheder i varierende grad.

Med afsæt i data fra de forskellige interviews og workshops kan der tegnes et billede af, at den fællesfaglige og dermed sammenhængende plejefaglige og terapeutfaglige (samt lægefaglige og diætistfaglige mv.) indsats, der er en forudsætning for at kunne arbejde reelt rehabiliterende, endnu ikke er implementeret på MTO.

⁷ En del af uklarheden udspringer muligvis af en misforståelse og uklarhed om den sproglige anvendelse om "døgnrehabiliteringspladser", hvor fx det faktiske behov for udredning og stabilisering opleves som "noget andet", der skal ske, før rehabiliteringsindsatsen kan iværksættes.

Journalgennemgangen understøtter dette billede:

- I det omfang af sygeplejefaglige vurderinger og terapeutfaglige vurderinger, der dokumenteres udarbejdet, er relativt lavt, jf. afsnit 5.4.1.
- Tiden for udarbejdelsen af disse vurderinger er meget ofte flere dage inde i opholdet, hvis de laves, jf. afsnit 5.4.1.
- Det må på baggrund af journalgennemgangen konstateres, at de to vurderinger – givet at de begge er udarbejdet – ikke synes at være koordineret og sammenhængende.

Det kan endvidere konstateres, at terapeuterne ikke har fremmøde på MTO uden for almindelig dagtid, om aftenen og natten eller i weekenden. Samtidig er der, jf. indmeldinger fra de enkelte MTO-enheder, relativt begrænset med sygeplejersker i fremmøde uden for almindelig dagtid. Samlet set synes dette at indikere, at mulighederne for at kapitalisere på, at borgerne er i et døgnophold (i forhold til i eget hjem) er meget begrænsede i et rehabiliteringsperspektiv.

5.2 Mange pladser optages af borgere, som ikke har behov svarende til kapabiliteten på pladserne

Opgavebeskrivelsen for MTO og arbejdsdelingen med andre tilbud og funktioner skal tage udgangspunkt i de behov, som potentielle brugere af MTO har. En specificering af, hvad MTO skal kunne fremadrettet, må derfor udspringe af en nuanceret beskrivelse af borgernes behov, så et fremtidigt MTO-setup er afstemt hermed.

Hvis der er én egenskab, der skal opsummere brugerprofilen på MTO, er det, at det er en sammensætning af borgere med meget forskellige profiler og behov. Nogle har tunge og komplekse sygdomsbilleder, mens andre har et begrænset eller ikke-eksisterende plejebestand. I det følgende gennemgås det datamæssige grundlag for vurderingen af borgernes tyngde og karakteren af deres behov.

Der har blandt medarbejderne på og omkring MTO været en entydig fortælling om, at borgerne, som ligger på MTO i dag, har stadig mere komplekse sygdomsforløb, tilstande og stadig tungere plejebestand. Mens en sådan hypotese umiddelbart flugter med observationen om, at hospitalerne udskriver borgerne tidligere og tidligere, kan det imidlertid være vanskeligt at finde et entydigt kvantitativt databelæg for hypotesen.⁸ Dette er ikke ensbetydende med, at det ikke er tilfældet, da det også kan skyldes, at datavalideringen er vanskelig af andre grunde, fx begrænset adgang til tilstrækkeligt detaljerede sundhedsdata (fx systematisk registrering af borgernes funktionsevneniveau) samt kontinuerlige ændringer i baggrundsforholdene og de udviklingstendenser, resultaterne skal tolkes op imod (fx øget subspecialisering på hospitalet, ændret balance mellem stationær og ambulans behandling).

Udviklingen i grundlaget og afsættet for hospitalsindlæggelser, behandlingsmuligheder, omfanget af multisygdom osv. gør, at sammenligninger over tid er vanskelige, og at resultaterne derfor skal tolkes med varsomhed. På denne måde forbliver det kvalitative informationsgrundlag en central del af videngrundlaget for borgernes sundhedsmæssige tilstande.

De kvantitative data, der i denne analyse giver et billede af brugerprofilen, og hvordan denne har udviklet sig over tid, relaterer sig til følgende kategorier:

⁸ Det er også nødvendigt at understrege, at kortere hospitalsforløb ikke nødvendigvis har en negativ påvirkning på borgernes sundhedstilstand. Tværtimod er der evidens for, at lange hospitalsforløb, særligt for ældre medicinske patienter, medfører et helt unødvendigt funktionsevnetab uden samtidigt øget behandlingseffektivitet.

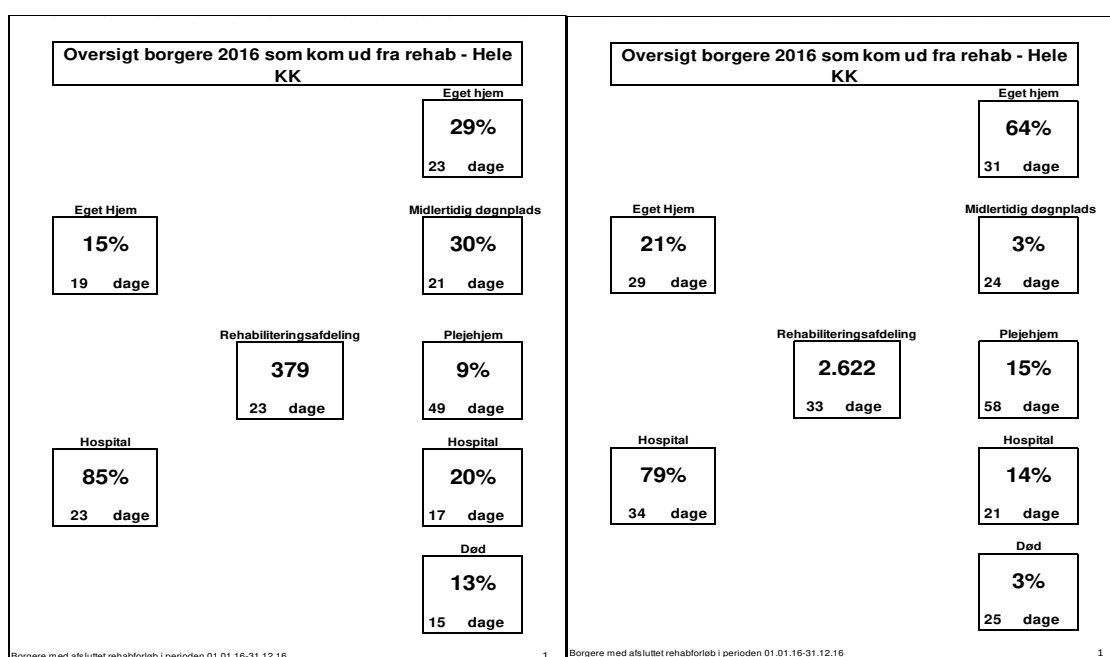
- *Figur 2:* Flow på borgerne: Hvor de kommer fra før MTO, og hvor de kommer til efter MTO
- *Figur 3:* Aldersfordelingen på MTO
- *Figur 4:* Hyppigheden af dødsfald under og efter MTO
- *Tabel 2:* Antallet af genindlæggelser under og efter MTO
- *Figur 5:* Antallet af gengangere på MTO
- *Figur 6:* Udskrivningskoordinationens funktionsvurderinger ved udskrivning fra hospitalet
- *Figur 7:* Årsag til ophold på MTO
- *Tabel 3:* Plejetyngde efter ophold på MTO

I det følgende præsenteres det kvantitative datagrundlag i ovenstående rækkefølge.

Flow: Nedenfor ses et overblik over, hvor borgerne på MTO kommer fra inden ophold på MTO, samt hvor de kommer hen efter endt ophold. Tallene er fra 2016, og figuren til venstre viser flow for de almene rehabiliteringscentre, mens figuren til højre viser flow for APE.

Figur 2. Flow på MTO

Almen rehab, APE



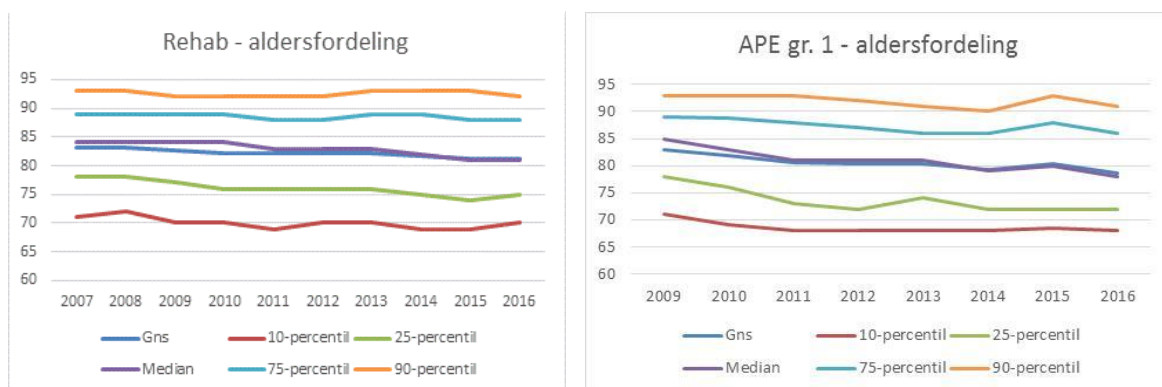
Figurene læses således, at 21% af forløbene på almen rehabilitering var for borgere, som kom direkte fra eget hjem, mens 79% kom til MTO fra hospitalet. Den kvalitative analyse har peget på, at der historisk var betydeligt flere, der ankom til MTO fra eget hjem, men dette har ikke været muligt at validere pga. mangelfulde data.

Efter MTO-opholdet kom 64% hjem umiddelbart efter, mens det tilsvarende tal for APE var 29%. Det er således et flertal af borgerne, der efter forløb på de almene rehabiliteringsenheder kom direkte til eget hjem efter endt ophold. Her er det dog yderligere værd at bemærke, at ca. 15% kommer på plejehjem efterfølgende, hvoraf ca. 20% dør inden for de næste 30 dage (fremgår ikke af figuren ovenfor). Derudover er der ca. 15%, som bliver genindlagt på hospitalet, hvoraf også mindst 20% dør inden for 30 dage. Derudover er der ca. 3%, der dør under opholdet.

Tallene for APE har en større spredning. Generelt for denne gruppe gælder det, at færre kommer direkte tilbage til eget hjem, flere bliver genindlagt, og flere dør.⁹

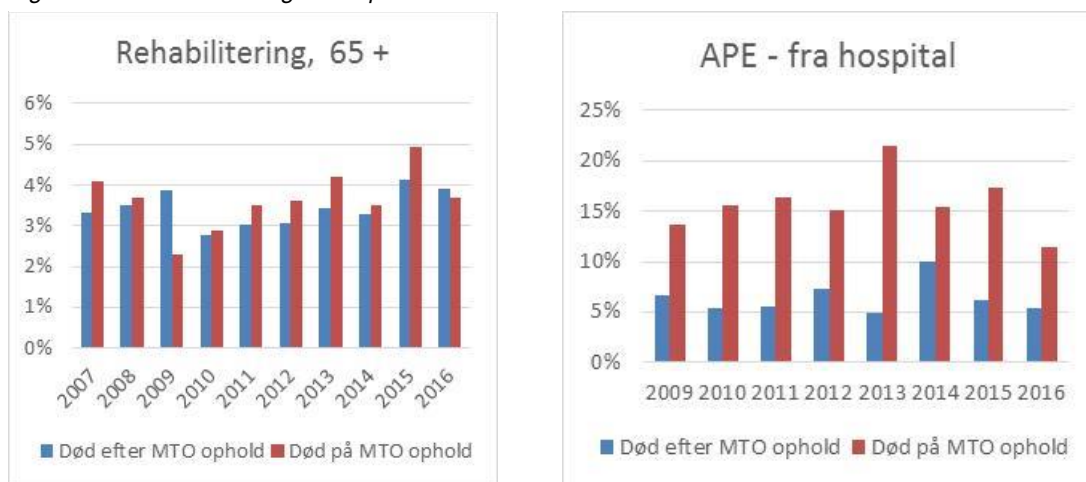
Aldersfordelingen kan være en indirekte indikation på, hvor komplekse sygdomsforløb borgerne har, særligt hvis der er en tendens til en stigning over tid blandt de ældste borgere på MTO. Det er velkendt, at den demografiske udvikling gør, at andelen af ældre borgere stiger betydeligt aktuelt og over de næste 30 år.¹⁰ Som det fremgår af figurerne nedenfor, har alderssammensætningen på både almen rehabilitering og APE imidlertid været næsten konstant siden 2007, endda med en tendens til et fald i gennemsnitsalderen, så den nu ligger omkring 80 år for SUF-borgere.¹¹

Figur 3. Aldersfordeling på MTO



Dødsfald under og efter MTO-ophold kan være en anden central indikator for, hvor tungt et plejebæhov borgerne på MTO har. Nedenfor ses udviklingen i dødsfald under MTO-ophold og op til 30 dage efter MTO-ophold for SUF-borgere som andel af antallet af borgere, der har været igennem mindst ét MTO-forløb for henholdsvis almen rehabilitering og APE.

Figur 4. Dødsfald under og efter ophold



Som det fremgår af figurerne, har der siden 2010 været en tendens til, at en større andel af SUF-borgerne på almen rehabilitering dør under og op til 30 dage efter opholdet på MTO (dog med 2016 som en undtagelse fra denne tendens). På APE kan samme tendens dog ikke genfindes.

⁹ Se Bilag 4. Flowdata fra journalgennemgangen” for den samme flowoversigt for data trækkes fra journalgennemgangen.

¹⁰ <http://www.dst.dk/pukora/epub/Nyt/2010/NR219.pdf>

¹¹ APE gr. 1 dækker over de borgere, som er ankommet til APE fra hospitalet. Aldersfordelingen for de øvrige grupper kan findes i baselineanalysen, side 24.

Tallene skal yderligere tolkes i lyset af, at hospitalerne i samme periode (formentlig) er blevet bedre til at behandle borgere med alvorlige sygdomme. Således kan selv en konstant dødshyppighed over tid være i overensstemmelse med en generel tendens til, at borgerne bliver stadigt dårligere.

Antallet af genindlæggelser kan være en anden indikator på borgernes generelle sundhedstilstand. Nedenfor ses genindlæggelsesfrekvensen for borgere på almen rehabilitering og APE fordelt efter tid fra ankomst til MTO til genindlæggelse på hospital.

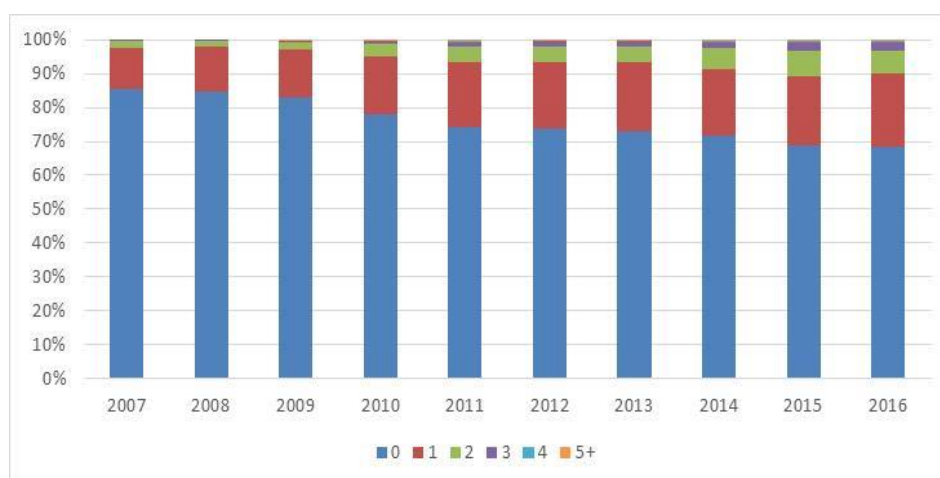
Tabel 2. Genindlæggelser

Genindlæggelser inden for 30 dage	2014	2015	2016
Almen rehabilitering			
Ikke genindlagt	79%	76%	77%
Inden for en dag	2%	2%	2%
Inden for tre dage	3%	3%	3%
Inden for 30 dage	17%	19%	18%
APE – Gr. 1			
Ikke genindlagt	66%	71%	73%
Inden for en dag	3%	2%	3%
Inden for tre dage	4%	4%	3%
Inden for 30 dage	27%	23%	20%

Som det fremgår af figuren, er der en relativt høj genindlæggelsesfrekvens inden for 30 dage på ca. 25% for både almen rehabilitering og APE. Det er imidlertid ikke belæg for at sige, at genindlæggelsesfrekvensen er stigende siden 2014. Tallene skal tolkes varsomt, da de ikke siger noget om årsagerne til genindlæggelser eller om den generelle udvikling i genindlæggelsespraksis. Samtidig kan ændringer i kompetencer og evner på MTO ligeledes spille ind på resultaterne.

Antallet af gengangere på MTO kan ligeledes bidrage til at belyse borgernes sundhedstilstande. Nedenfor ses andelen af borgere med flere MTO-ophold inden for et år fra seneste afsluttede MTO-ophold. "0" er borgere med kun ét ophold, "1" er borgere med to ophold osv.

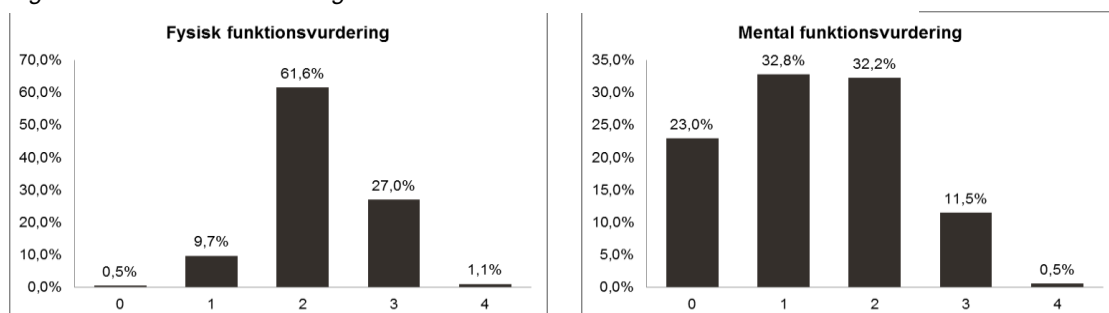
Figur 5. Gengangere på MTO



Som det fremgår af figuren, er der en tydelig tendens til, at en større andel af borgerne på MTO har haft et tidligere ophold på MTO inden for det seneste år. Der er således over 30% af borgerne med afsluttede forløb i 2016, der havde mindst ét tidligere MTO-ophold, hvoraf ca. 10% havde to eller flere tidligere ophold inden for samme år. Det vidner om, at en større andel af borgerne "cirkulerer" i systemet mellem eget hjem, MTO og hospital, hvilket kan tolkes som en konsekvens af komplekse sygdomsforløb.

Ved udskrivelse af borgerne fra hospitalet laver udskrivningskoordinationen en fysisk og mental **funktionsvurdering** af borgeren. Denne scores på en fempunktsskala, hvor "0" er det højeste funktionsniveau, og "4" er det laveste. Nedenfor ses fordelingen på baggrund af en journalgennemgang af 201 forløb med starttidspunkt i 2016.

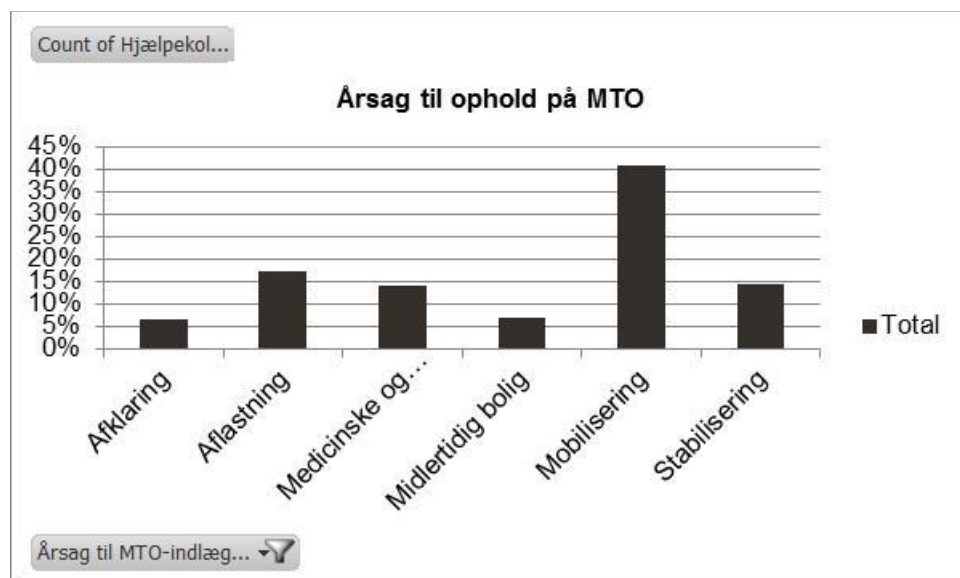
Figur 6. FSII-funktionsvurderinger



Det er vanskeligt at drage entydige konklusioner på baggrund af funktionsvurderingerne, men én konklusion, som kan drages på baggrund heraf, er, at borgerne scores betydeligt bedre på den mentale funktionsvurdering end den fysiske.

Nedenfor er lavet en kategorisering af årsagerne til ophold på MTO, som disse er formuleret af udskrivningskoordinationen.

Figur 7. Årsag til ophold på MTO



De seks kategorier (afklaring, aflastning, medicinske og plejemæssige behov, midlertidig bolig, mobilisering og stabilisering) er fortolkninger af fritekst i FSII og skal derfor tolkes varsomt. Ikke desto mindre giver de en idé om fordelingen af årsager til ophold på MTO, hvor "mobilisering" er den største enkeltstående årsag. Derudover er det værd at bemærke, at "aflastning" og "midlertidig bolig" samlet set står for over 20% af forløbene.

Plejetungden for borgere efter MTO-ophold er en af de centrale indikatorer for, hvor selvhjulpne borgerne er efter afsluttet MTO-ophold, og kan dermed indirekte sige noget om, hvor tungt et plejebehov, borgerne har haft i hvert fald i den sidste del af MTO-opholdet. I figurer nedenfor ses

plejetyngden for SUF-borgere, som bor i eget hjem efter ophold i en almen rehabiliteringsplads og i en akutplejeplads (gr. 1).

Plejetyngden er målt 7 dage efter endt MTO-ophold og er i nedenstående figurer afgrænset til hjemmepleje.¹²

Tabel 3. Plejetyngde efter ophold på MTO

Almen rehabilitering – plejetyngde, hjemmehjælp	2014	2015	2016	Akk. 2016
Modtager ikke hjemmehjælp	16,4%	17,1%	18,6%	18,6%
Modtager kun ordninger	2,0%	1,9%	0,8%	19,4%
00 - 1,9 timer pr. uge	21,2%	17,8%	17,1%	36,5%
02 - 3,9 timer pr. uge	13,4%	11,5%	10,9%	47,4%
04 - 7,9 timer pr. uge	19,8%	21,6%	22,6%	70,0%
08 - 11,9 timer pr. uge	11,8%	13,8%	13,7%	83,7%
12 - 19,9 timer pr. uge	9,8%	9,6%	10,4%	94,1%
20 timer eller mere pr. uge	5,6%	6,6%	5,9%	100%

APE (gr. 1) – plejetyngde, hjemmehjælp	2014	2015	2016	Akk. 2016
Modtager ikke hjemmehjælp	14,1%	15,6%	24,4%	24,4%
Modtager kun ordninger	0,0%	1,6%	1,2%	25,6%
00 - 1,9 timer pr. uge	19,2%	25,0%	8,5%	34,1%
02 - 3,9 timer pr. uge	11,5%	12,5%	8,5%	42,6%
04 - 7,9 timer pr. uge	20,5%	17,2%	25,6%	68,2%
08 - 11,9 timer pr. uge	15,4%	12,5%	9,8%	78,0%
12 - 19,9 timer pr. uge	7,7%	7,8%	4,9%	82,9%
20 timer eller mere pr. uge	11,5%	7,8%	17,1%	100%

Figureerne viser to interessante tendenser. For det første er der en stor gruppe borgere, som efter ankomst til eget hjem modtager meget lidt eller ingen hjemmepleje. For almen rehabilitering er det således næsten 50% af de borgere, som er i eget hjem 7 dage efter endt MTO-ophold, som modtager mindre end 4 timers hjemmepleje om ugen, mens det tilsvarende tal for APE er ca. 43%. Det er her også værd at bemærke, at der ikke er betydelige lokalområdeforskelle i plejetyngden efter ophold på MTO (se baselineanalysen side 67).

Det kan naturligvis ikke udelukkes, at den rehabiliteringsindsats, borgerne har modtaget under opholdet, har været meget effektiv og derfor er årsagen til et lavt plejebestandsniveau i forbindelse med afslutningen. Dog må det være rimeligt at overveje, om forløbet meningsfuldt kunne have været fortsat i borgerens eget hjem tidligere – med en noget kortere opholdstid på MTO til følge.

Her er det endvidere vigtigt at være opmærksom på, at disse tal måler på den delmængde af den samlede gruppe af borgere på MTO, som sandsynligvis har det højeste funktionsniveau. De borgere, som ikke kommer til eget hjem efter endt ophold på MTO, kommer enten på hospitalet (igen), i plejebolig eller i en anden MTO, og disse borgere har formentlig det tungeste plejebestandsniveau. Derudover er der de borgere, der dør under opholdet, som på de almene rehabiliteringscentre er ca. 3% og på APE er ca. 13%.

Den anden tendens er, at der synes at opstå en deling af "målgruppen" på APE-borgere. Her er der de seneste tre år samtidig kommet betydeligt flere borgere, som ikke modtager hjemmepleje efter ophold, samt betydeligt flere af de helt tunge borgere, som modtager mere end 20 timers ugentlig hjemmepleje efter opholdet.

¹² Samme oversigt for hjemmesygepleje kan findes i baselineanalysen, side 57.

Opsummerende kan man sige, at den udvikling på APE illustrerer det samlede billede på MTO meget godt. Den kvalitative analyse har peget entydigt på, at borgerne stadig har mere komplekse forløb, og – om end det er vanskeligt at validere entydigt kvantitativt – at der er data, der understøtter den hypotese, særligt at flere borgere dør under og efter opholdet, samt at andelen af gengangere er systematisk stigende.

Meget tyder imidlertid på, at dette billede skal ses i sammenhæng med, at en betydelig gruppe på MTO har et meget begrænset plejebæhov i forbindelse med afslutning af MTO-opholdet. Dette indikerer, at de ikke har haft et døgndækkende støttebehov i hvert fald i den sidste del af opholdet. De to historier er ikke gensidigt udelukkende, men de peger på en overordentlig stor variation i behov hos borgerne på MTO i dag. Samlet set kan det ikke på de foreliggende data og dokumentation underbygges, at den samlede kompleksitet hos brugerne af pladserne er steget.

5.3 Adgangen til lægefaglige kompetencer er for sporadisk

Adgangen til lægefaglige kompetencer er i dag organiseret via den praktiserende læge, uanset om borger ankommer til MTO fra eget hjem eller fra hospitalet. På APE er der fast lægetilknytning to gange om ugen – tirsdag og torsdag – af tre timers varighed på begge dage. Det har været udtrykt, at den fasttilknyttede læge gør en stor forskel på APE. Dette på trods af et relativt sparsomt setup, hvor lægerne på APE har dårlig adgang til borgernes epikriser, udskrivningsjournaler og diagnostik, ligesom det nuværende IT-system beskrives som mangelfuldt. På de øvrige dage er adgangen til lægefaglige kompetencer organiseret via praktiserende læge som på de almene rehabiliteringspladser.

En hurtig og effektiv adgang til lægefaglige kompetencer er ikke bare central, fordi borgerne på MTO ofte kan have behov for at blive tilset af en læge. Det er yderligere centralt, fordi lægelig kompetence er krævet for iværksættelse af en række indsatser og dermed udnyttelse af de sygeplejefaglige kompetencer, der er til stede på MTO – herunder særligt sygeplejerskernes kompetencer. Indsatser, der ofte er nødvendige at kunne igangsætte "akut", for at effekten af indsatsen kan virke effektiv og fx forebyggende for forværringer, hospitalsindlæggelser og forlængelse af ophold.

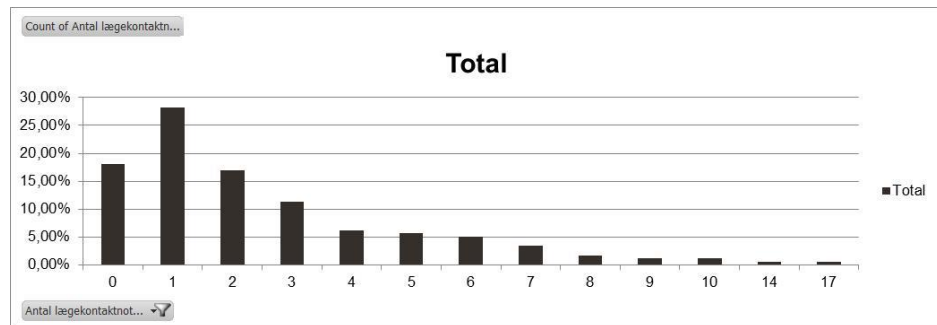
Dette bidrager samtidig med en vis sandsynlighed til, at MTO-enheder har haft betydelige problemer med at rekruttere og fastholde sygeplejersker. Konkret betyder dette, at der pr. 25. april 2017 er ni pladser på APE, der er lukket på ubestemt tid pga. sygeplejemangel.¹³ Det vurderes, at adgangen til relevante lægefaglige kompetencer er en af de helt centrale problemstillinger vedrørende disse rekrutteringsvanskeligheder, blandt andet pga. den effekt, en utilstrækkelig lægedækning har på det faglige miljø og mulighederne for sygeplejerskerne til at bringe deres kompetencer fuldt ud i spil.

Herudover er lægedækningen, som den er organiseret i dag, administrativt tung, med lange ventetider og forgæves opkald. Lange ventetider på adgangen til lægefaglige kompetencer kan i praksis betyde, at en hospitalsindlæggelse bliver nødvendig.

Kvaliteten af den lægefaglige dækning via praktiserende er svær at belyse med kvantitative data. Ideelt set kunne man måle hyppigheden af kontakten med praktiserende læger, indholdet i kontakten, ventetider i processen fra opkald til respons, lægernes fremmøde på MTO m.m. I praksis er journalgennemgangen eneste kilde, og her er det eneste, der dokumenteres systematisk i journalen, lægekontaktnotater, og som dermed kan kvantificeres. Det er uklart, om alle lægekontakter fører til udarbejdelse af et lægekontaktnotat, ligesom antallet af forgæves kontakter til læge ikke dokumenteres. Antallet af lægekontaktnotater pr. forløb på MTO ses af figuren nedenfor.

¹³ Der har i 2016 været gennemført en mindre undersøgelse blandt fratrådte plejehjemssygeplejersker, som søgte at forstå baggrunden for vanskelighederne med at fastholde sygeplejersker på plejecentrene. Konklusionerne på rapporten inkluderer et manglende fagligt miljø til sparring samt manglende muligheder for at bringe deres kompetencer tilstrækkeligt i spil. Disse konklusioner flugter med de årsager, som blev afdækket i den kvalitative analyse til denne rapport. Se yderligere baselineanalyse, side 74, for en oversigt over antallet af stillingsopslag og ansøgere i 2015/16.

Figur 8. Antal lægekontaktnotater



Figuren skal læses sådan, at der for ca. 17% af borgerne ikke er registreret lægekontakter, for ca. 27% er registreret én lægekontakt osv. Der er således mange borgere, for hvem der er registreret et relativt begrænset antal lægekontaktnotater, mens der for ca. 13% af borgerne er registreret 6 lægekontakter eller mere. Disse tal skal som anført tolkes varsomt, da det er vanskeligt at sige noget om, hvor mange lægekontaktforsøg, der har været. Grundlaget for hypotesen om, at adgangen til lægefaglige kompetencer i dag ikke er tilstrækkelig, skal således især findes i de kvalitative data samt ikke mindst i erfaringerne fra andre både danske og fx norske erfaringer med tilsvarende. Dette gælder også i relation til overvejelser om, hvad den rette eller mest relevante lægelige kompetence for understøttelse af døgnpladser og akutindsatser i kommunal sammenhæng mere konkret omfatter.

5.4 Manglende muligheder for at agere proaktivt ift. at sikre gode overgange

Som et midlertidigt tilbud er MTO dybt integreret i en kæde af andre tilbud, og det er derfor afgørende, at de rette betingelser er til stede til at sikre gode overgange ind og ud af MTO, der samtidig kan understøtte de strategiske mål om hurtig hjemtagning, optag af borgere med akutbehov samt få matchet borgerne til det rigtige tilbud, så en effektiv rehabiliteringsindsats er mulig.

Rammerne for at handle proaktivt i forhold til at sikre gode overgange er imidlertid ikke optimale. Dette gælder især overgangen fra hospital til MTO og overgangen fra MTO til eget hjem og i nogen grad overgangen fra eget hjem til MTO som et middel til at forhindre hospitalsindlæggelser. I det følgende bliver udfordringerne relateret til disse tre overgange præsenteret.

5.4.1 Fra hospital til MTO

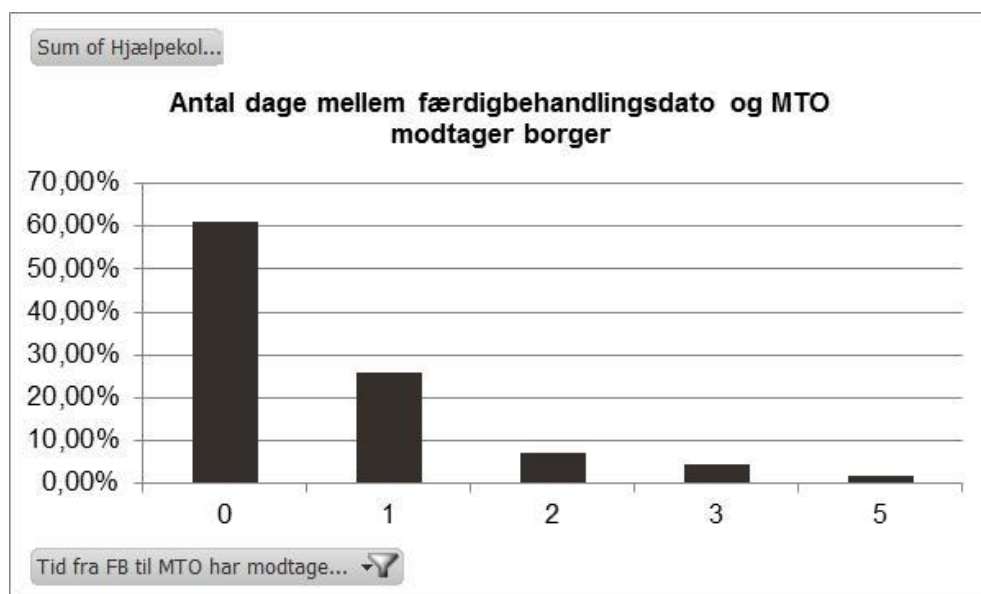
Trods stadig kortere liggetider på hospitalerne ligger de borgere, som ender på MTO, i gennemsnit ca. 17 dage på hospitalet (næsten 25 for APE gr. 1-borgere). Tabellen herunder viser liggetiden fordelt på, om borgerne er eller bliver plejehjemsgodkendte i forløbet eller ikke er plejehjemsgodkendte.

Tabel 4. Indlæggelsestider på hospital forud for ophold på MTO

Indlæggelsestid:	2014	2015	2016
Ikke plejehjemsgodkendt			
APE – Gr. 1	22,91	21,21	22,57
Almen rehabilitering	18,04	16,90	18,55
Plejehjemsgodkendt ved ankomst eller under ophold	2014	2015	2016
APE – Gr. 1	18,88	20,34	24,86
Almen rehabilitering	17,47	14,81	16,41

I de fleste tilfælde sker overgangen fra hospital til MTO hurtigt efter færdigbehandlingsdatoen. Nedenfor ses ventetiden i dage fra færdigbehandlingsdatoen til borgerens ankomst på MTO. Data er baseret på journalgennemgangen.

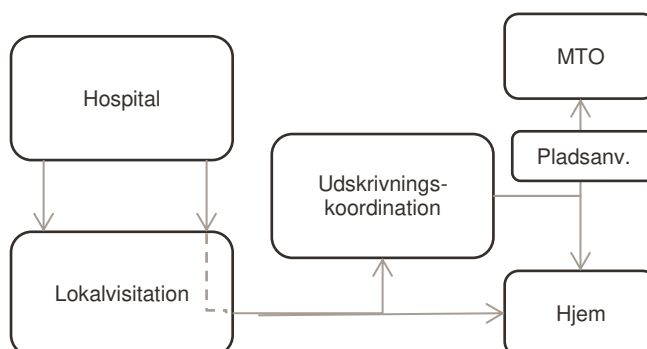
Figur 9. Ventetid mellem færdigbehandling og modtagelse på MTO



For de seneste 200 afsluttede forløb i 2017 er det således ca. 85%, der ankommer til MTO højst én dag efter færdigbehandlingsdatoen. På den anden side er der tilsvarende ca. 15% der har ventet to eller flere dage på en MTO-plads.¹⁴

Det er udskrivningskoordinationen, som (med få undtagelser) visiterer til MTO fra hospitalet efter en overdragelse af myndighedsansvaret fra lokalvisitationen. Processen kan illustreres på følgende måde:

Figur 10. Processen fra hospital til MTO



Når lokalvisitationen modtager en plejeforløbsplan (PLP) fra hospitalet, vurderer lokalvisitationen, hvorvidt borgeren kan komme direkte til eget hjem. I de tilfælde, hvor lokalvisitationen vurderer, at der er behov for yderligere koordinering, overdrager de sagen til udskrivningskoordinationen, som derefter afholder en udskrivningskonference med borgeren og vurderer, hvorvidt borger kan komme hjem eller skal på MTO (såfremt der er ledig kapacitet – dette administreres af pladsansvningen).

På de almene rehabiliteringspladser overdrager udskrivningskoordinationen herefter visitationsansvaret, mens udskrivningskoordinationen bevarer visitationsansvaret for borgerne på APE.

¹⁴ I Bilag 5. Ankomsttidspunkter” vises fordelingen af ankomsttidspunkter på MTO.

På grund af datamæssige begrænsninger er det ikke muligt at kortlægge flow på udskrivningskoordinationens sager. Det bedste tilgængelige skøn er, at udskrivningskoordinationen visiterer ca. 80-90% af de borgere, som lokalvisitationen overdrager til udskrivningskoordinatorerne, til en MTO, og de resterende til eget hjem og øvrige tilbud som fx demensvurderingspladser.

Der er med stor sandsynlighed en række væsentlige fordele og potentialer knyttet til udskrivningskoordinationens arbejde, som kan være svære at belyse kvantitativt med det foreliggende datagrundlag. Det gælder fx:

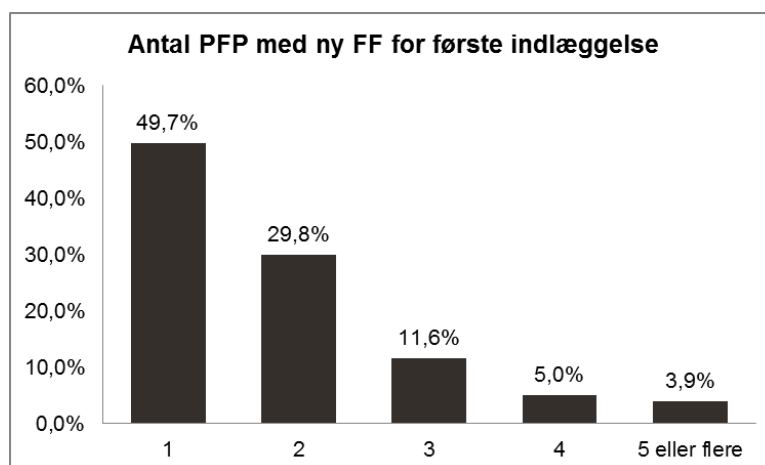
- Den relationelle koordinering og videnedveksling mellem sygehuspersonalet og kommunen (v. udskrivningskoordinationen)
- Det fysiske møde med borgeren og forberedelsen til de videre forløb
- Muligheden for at udfordre udskrivningstidspunktet, når borgeren fortsat har behov for hospitalsindsatser

Mens det således er plausibelt, at der er centrale fordele knyttet til udskrivningskoordinationens arbejde, viser analysen – både den kvalitative, den kvantitative og journalgennemgangen – at udskrivningskoordinationens vilkår og forudsætninger for at løse opgaverne har ændret sig. Det er fx blevet betydeligt vanskeligere at agere opsøgende og proaktivt. Det er der en række årsager til.

En årsag er, at hospitalet løbende – og ofte gentagne gange – ændrer den forventede færdigbehandlingsdato, så udskrivningskoordinationen prioriterer og planlægger forgæves. I nogle tilfælde er konsekvensen, at udskrivningskonferencen afholdes et stykke tid inden udskrivelsen, hvorfor funktionsvurderingen kan være fejlagtig ift. borgerens tilstand ved udskrivelse.

Nedenfor ses data fra journalgennemgangen over fordelingen af antallet af plejeforløbsplaner med nye forventede færdigbehandlingsdatoer for borgerens første indlæggelse.

Figur 11. Antal plejeforløbsplaner



Det er således ca. halvdelen af sagerne, hvor lokalvisitationen modtager en opdateret plejeforløbsplan med en ny forventet færdigbehandlingsdato. I lidt mindre end 10% af tilfældene sendes fire eller flere færdigbehandlingsdatoer.

Dette udmønter sig i forgæves arbejde. Nedenstående tabel viser antallet af gange, der blev givet besked til hospitalet om, at Københavns Kommune var klar med en MTO-plads til en borger, hvorefter borgeren alligevel ikke var klar til udskrivelse.

Tabel 5. Tilbagetrukne færdigbehandlinger efter tilbudt plads

Hospital	Forgæves opkald i 2016*
Amager + Hvidovre	147
Bispebjerg + Frederiksberg	459
Gentofte	5
Glostrup	11
Herlev	10
Hillerød	7
Rigshospitalet	49
Hovedtotal	688

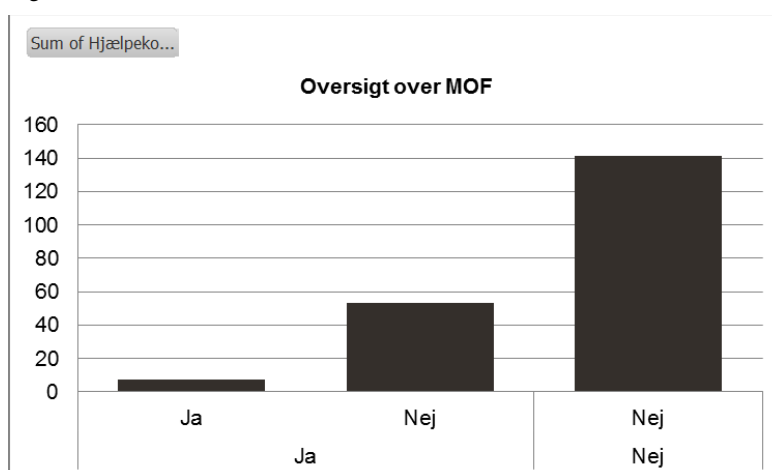
Størrelsesordenen på disse tal svarer til, at i ca. 20% af forløbene har lokalvisitationen nået at vurdere sagen, overdraget den til udskrivningskoordinationen, som yderligere har vurderet sagen og anmodet om en plads ved pladsanvisningen, som derefter har stillet en plads til rådighed for borgeren, for så at få at vide, at borgeren alligevel ikke var klar til udskrivelse. (Hvorvidt dette betyder, at der står en lang række pladser tomme, fordi de er reserveret til varslede, men ikke egentligt udskrevne borgere, er uklart.)

Dette kan bidrage til, at udskrivningskonferencen afholdes forsinket ift. færdigbehandlingsdatoen, hvilket både resulterer i (flere) færdigbehandlede sengedage samt upræcise visitationer, hvis funktionsevneniveauet ændrer sig mellem udskrivningskonferencen og den faktiske færdigbehandling (denne problematik behandles yderligere nedenfor, jf. Figur 14. Tid mellem FB og udskrivningskonference).

En anden årsag er, at udskrivningskoordinationen agerer (næsten) udelukkende på baggrund af udskrivinger fra hospitalet (ikke på baggrund af indlæggelser på hospitalet). Dette skyldes, at lokalvisitationen ikke overdrager sagen til udskrivningskoordinationen, før de modtager en plejeforløbsplan med angivelse af hospitalets vurdering af behov for "særlig koordinering". Dette på trods af, at lokalvisitationen "kender" ca. 70% af de borgere på MTO på forhånd (se baselineanalyse, side 55). Udfordringen her ligger i at udvikle en effektiv screeningsmekanisme, så udskrivningskoordinationen (UK) ikke bliver overbebyrdet af alle de sager, hvor en administrativ visitation med stor sikkerhed kan sende borgeren til eget hjem.

En tredje årsag er, at UK skal agere meget hurtigt på Melding om Færdigbehandling (MOF) for at forhindre, at straftaksten aktiveres – gerne inden for få timer – hvilket vanskeliggør planlægningen. Dette forstærkes i de tilfælde, hvor MOF modtages inden den forventede færdigbehandlingsdato. Som det fremgår af figuren nedenfor, er det imidlertid kun i 7 ud af 201 journaler, at det er tilfældet. Figuren er medtaget, selv om det kvantitativt set ikke synes at være et reelt problem, fordi oplevelsen heraf blandt flere respondenter i interviewrunden var en anden.

Figur 12. Forløb med MOF

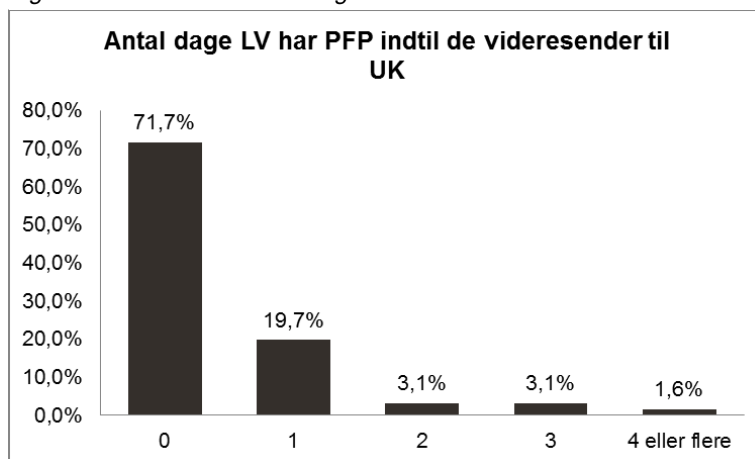


En af de konsekvenser, der kan opstå på baggrund af disse vilkår, er, at der opstår unødigt mange færdigbehandlede sagedage, da der er flere led, der skal koordinere i processen. Dette kan – lidt stiliseret – ske på tre måder (hvor den første er en adskilt problematik, som behandles i afsnit 5.4.2 og 5.4.3):

1. Der mangler en ledig plads på MTO.
2. Lokalvisitationen er forsinkede i overdragelsen af PLP til udskrivningskoordinationen.
3. Udskrivningskonferencen afholdes efter den faktiske færdigbehandlingsdato.

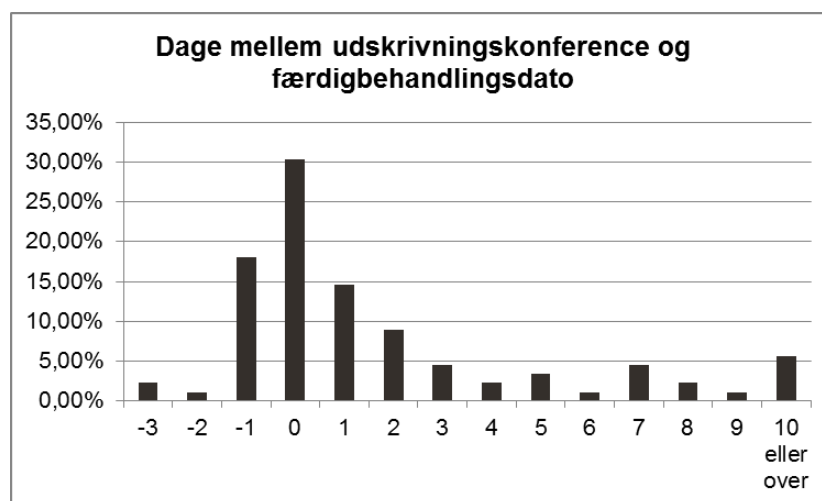
Som det fremgår af nedenstående figur, sender lokalvisitation ca. 72% af de sager, der overdrages til udskrivningskoordinationen, samme dag, som den modtages fra hospitalet. I de resterende 28% kan lokalvisitationen dermed potentielt bidrage til forsinkelse (om end i langt størstedelen af disse sager vil sagen være givet videre til udskrivningskoordinationen inden den forventede færdigbehandlingsdato).

Figur 13. Ventetid i overlevering af PFP fra lokalvisitation



Udskrivningskoordinationen kan være et forsinkende led, når udskrivningskonferencen afholdes senere end den faktiske færdigbehandlingsdato. Figuren nedenfor viser den tidsmæssige forskydning mellem udskrivningskonference og færdigbehandlingsdato.

Figur 14. Tid mellem FB og udskrivningskonference



Figuren viser, at der er relativt mange borgere, for hvem der først afholdes udskrivningskonference med udskrivningskoordinatoren efter færdigbehandlingsdatoen.

Opsamlende kan man sige, at der er meget, der tyder på, at betingelserne for udskrivningskoordinationens arbejde har ændret sig så betydeligt, at den oprindelige intention med funktionen ikke længere kan opfyldes fuldt ud.

Hvor dette afsnit indtil videre har beskrevet vanskelighederne for udskrivningskoordinationen ved at agere op imod et hospitalsvæsen, er der en yderligere udfordring, som knytter sig til vanskeligheden i at lave en dækkende og helhedsorienteret afklaring af borgerens behov i forbindelse med hospitalsudskrivningen. På trods af, at samspillet med hospitalet kan være nyttigt for udskrivningskoordinationens udredningsarbejde, er det samtidig vigtigt at huske, at borgeren også kommer ud fra en "silo" på hospitalet, hvor borgeren måske er monofagligt færdigbehandlet, men hvor helhedsvurderingen mangler. Denne udfordring forstærkes således, jo flere borgere der udskrives fra hospitalet med komorbide tilstande.

Udfordringen for det nuværende setup er, at det er gearret til at håndtere lineære forløb, forstået således at borgeren modtages færdigbehandlet og stabiliseret fra hospital, modtager rehabiliterende pleje og genoptræning med henblik på forbedring af funktionsevne og afsluttende med hjemsendelse. Dette stående på en forudsætning om, at det er tydeligt allerede i hospitalsregi, om borgeren har eller ikke har behov for kompleks sygepleje (og dermed aktuelt en APE-plads), og at borgerens behov udvikler sig lineært i positiv retning derfra. Virkeligheden er dog ofte langt mindre forudsigelig. Selvom borgeren i udskrivningsøjeblikket ikke vurderes til at have behov for kompleks sygepleje og stabilisering kan behovene ændre sig hurtigt som konsekvens af, at der er tale om svage "ældre medicinske patienter" med ofte sammensatte sygdomsbilleder, polyfarmaci og hurtigt omskiftelige tilstande alene grundet høj alder.

Det betyder helt konkret, at indsatsen på MTO løbende skal kunne tilpasses til omskiftelige behov, ligesom borgerens tilstand og funktionsevne samt behov ved modtagelsen på MTO optimalt set skal vurderes og løbende genvurderes med tilsvarende løbende tilpasning af indsats, intensitet og sammensætning i den sammenhængende pleje- og terapeutfaglige indsats. Med andre ord er adskillelsen af akutplejepladser og almene rehabiliteringspladser formentlig ikke optimal i praksis (ligesom pladsanvisningens aktuelle rolle mest af alt tilfører unødvendigt bureaukrati og administration.)

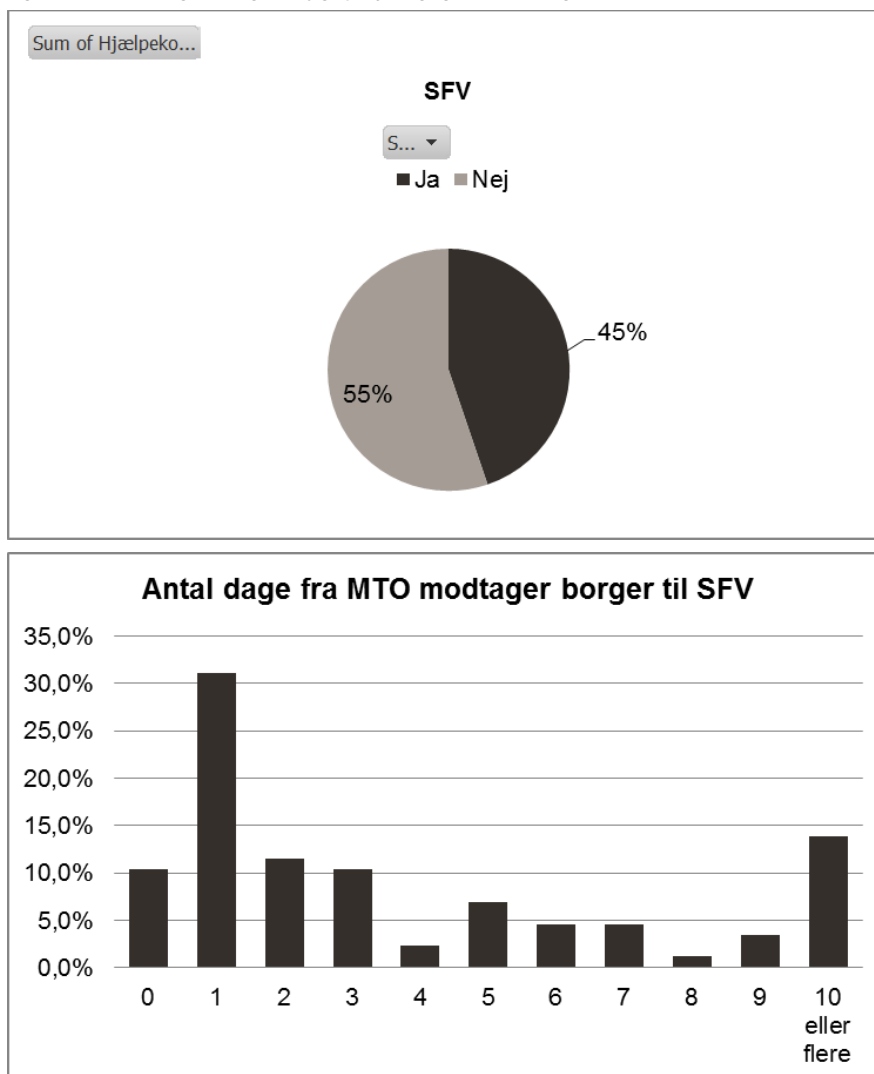
Det kan være svært at kvantificere problemstillingen. Den kvalitative undersøgelse viste, at mange af borgernes behov er omskiftelige og kræver forskellige typer af indsatser på forskellige tidspunkter. Der er intuitiv opbakning til denne hypotese alene baseret på det faktum, at det tilsyneladende er vanskeligt at vurdere præcist, hvornår borgerne er lægefagligt færdigbehandlet, jf. ovenstående figurer om forventede færdigbehandlingsdatoer.

Det kvantitative belæg for denne hypotese skal først og fremmest findes i de data om dødsfald, genindlæggelser, gengangere m.m., som blev præsenteret i afsnit 5.2. Yderligere kan man fremhæve "statusrapporten for APE" fra 2016, som viste, at ca. **halvdelen** af borgerne på APE ikke havde behov for kompleks sygepleje og dermed ikke faldt inden for den tiltænkte målgruppe (på det givne tidspunkt for opgørelsen).

Der er derudover en interagerende udfordring i, at der ikke er en systematisk udredning og vurdering af borgernes situation, tilstand og behov i forbindelse med ankomst til MTO i dag. Journalgennemgangen viser, at der ikke er dokumenteret gennemførelse af en sygeplejefaglig vurdering for mere end halvdelen af borgerne, og at der for den anden halvdel kan gå temmelig mange dage, før den sygeplejefaglige vurdering gennemføres (dokumenteres).

I nedenstående to figurer ses fordelingen af, hvor mange borgere for hvem der er registreret en sygeplejefaglig vurdering (45 %), og dernæst, hvornår der for disse borgere er dokumenteret, at der er foretaget en sygeplejefaglig vurdering (målt i dage efter ankomst):

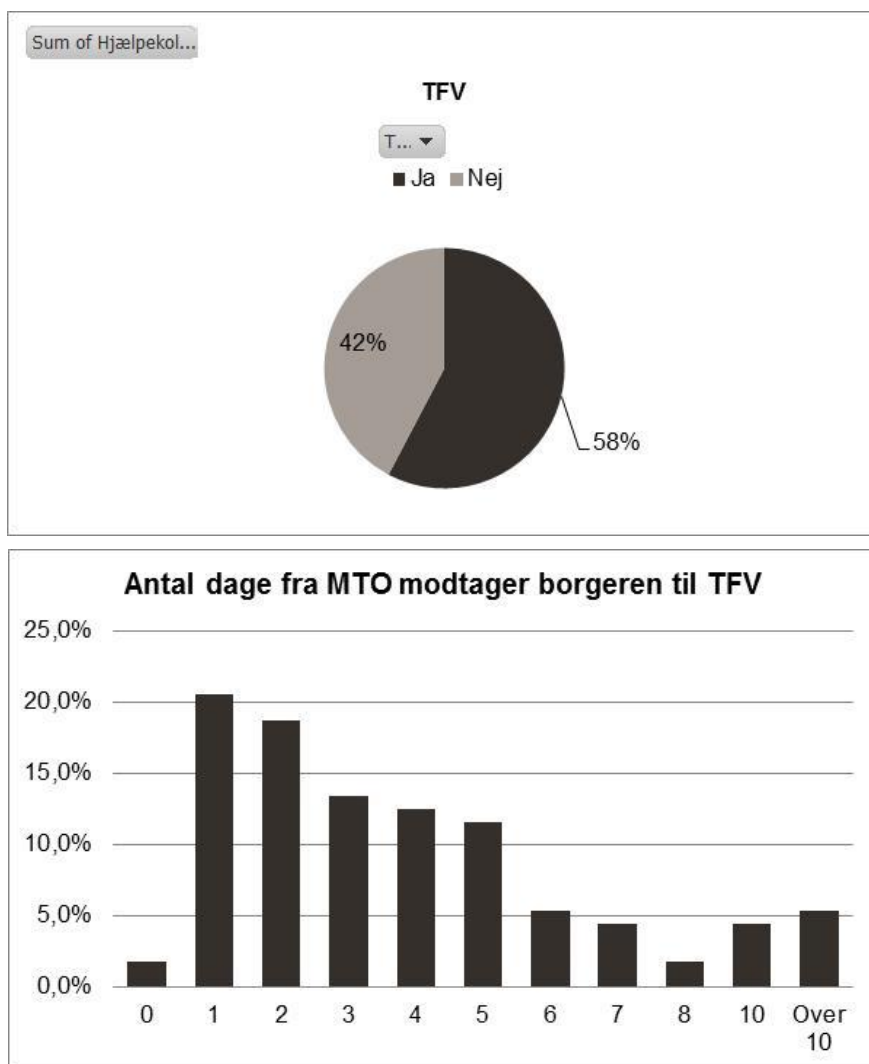
Figur 15. Antal og timing af sygeplejefaglige vurderinger



Det er således under halvdelen af borgerne, for hvem der er dokumentation for, at der er foretaget en sygeplejefaglig vurdering. Kun ca. halvdelen af disse borgere får lavet vurderingen inden for de første tre dage efter ankomst, mens der for den resterende del er meget stor tidsmæssig spredning.

De tilsvarende tal for terapeutfaglige vurderinger ses nedenfor. Her registreres der terapeutfaglige vurderinger for 58% af borgerne, hvor ca. 80% får lavet vurderingen inden for fem dage.

Figur 16. Antal og timing af terapeutfaglige vurderinger



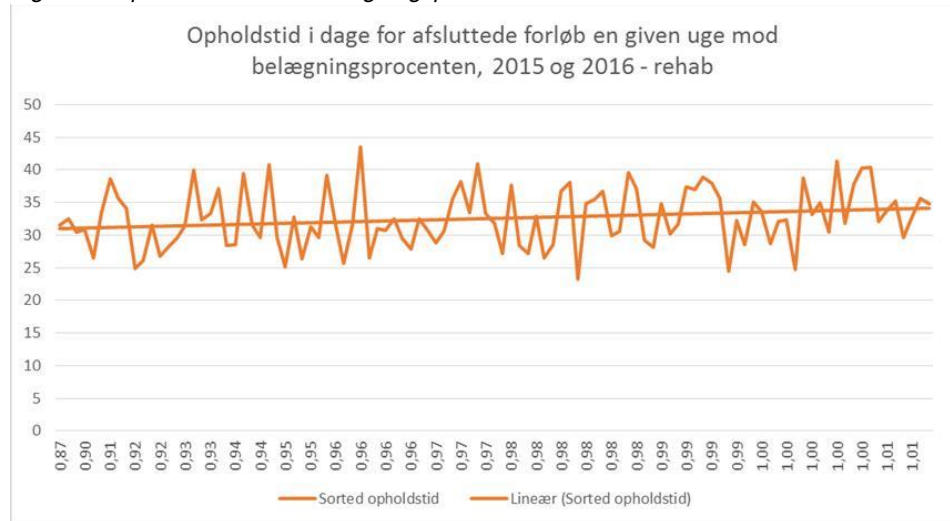
Størstedelen af de terapeutfaglige vurderinger, som er registreret, er således registreret inden for de første fem dage med omkring 5%, som venter mere end 10 dage (mod næsten 15% for de sygeplejefaglige vurderinger).

5.4.2 Fra MTO til eget hjem

En hurtig hjemtagning fra hospitalet forudsætter et kontinuerligt flow ud fra MTO, der kan frigøre pladser løbende, når kapaciteten er fyldt op. Med andre ord; For at kunne agere effektivt op imod et hospitalssystem er det i et vist omfang nødvendigt at kunne agere på samme måde og løbende frigøre pladsen til de borgere med de mindst tunge plejebenhov.

Som det fremgår af nedenstående figur, agerer MTO ikke på denne måde i dag. Figuren illustrerer den gennemsnitlige opholdstid fordelt efter belægningsprocenten på ugebasis.

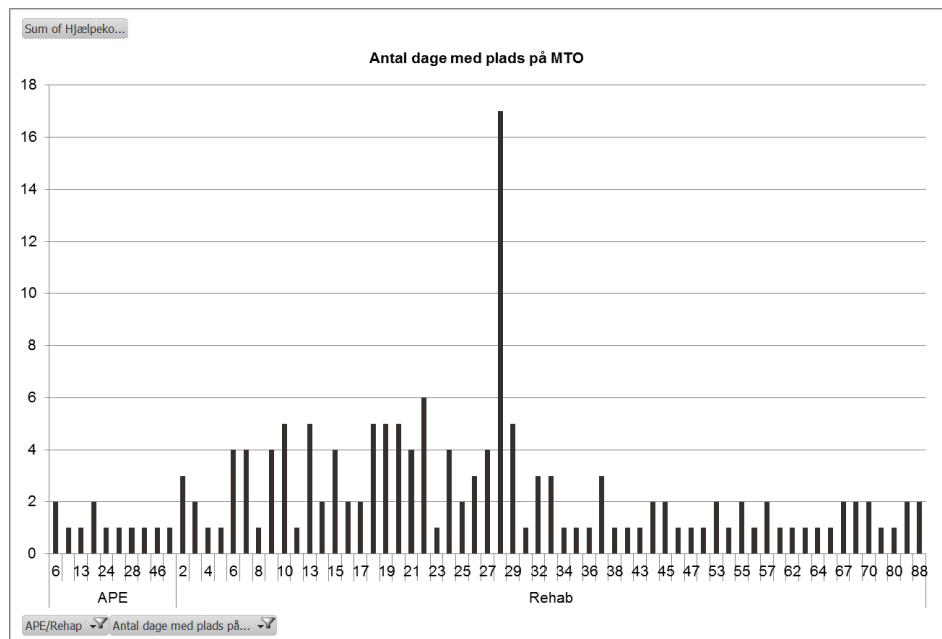
Figur 19. Opholdstider efter belægningsprocent



Tendenslinjen viser, at når belægningsgraden stiger, er der en tendens til, at den gennemsnitlige liggetid ligeledes stiger. En forklaring kan være, at når der ligger borgere med lange opholdstider, vil der alt andet lige være en tendens til, at belægningsgraden også stiger. Ikke desto mindre illustrerer figuren, at MTO ikke øger flowet ud/øger omfanget af udskrivninger fra MTO, når belægningen er tæt på maksimal kapacitet.¹⁵ Med andre ord er der i dag ikke en "hospitalslogik" i spil på MTO, hvor den "mindst syge" borger udskrives, når "en mere syg" borger skal kunne modtages. Dette kan der være mange grunde til ikke at have, men det vanskeliggør opgaven med at arbejde op imod hospitalsvæsenet.

Som nedenstående figur illustrerer, er der desuden noget, der tyder på, at det manglende, nødvendige flow også skyldes, at "de 28 dage" i praksis er blevet udmøntet som en slags standard for længden på et ophold.

Figur 22. Fordeling af opholdstider



¹⁵ Samme tendens gør sig gældende på APE. Det er imidlertid interessant at bemærke, at den modsatte tendens gør sig gældende for SOF-borgere, endda i betydelig grad. Se baselineanalysen på side 23.

Samme hypotese understøttes yderligere, når man sammenligner de gennemsnitlige liggetider for borgere, der henholdsvis modtager og ikke modtager hjemmepleje efter ankomst til eget hjem, jf. nedenstående tabel.

Tabel 6. Opholdstider efter plejetyngde

Opholdstider	2014	2015	2016
APE – Gr. 1	28,7	27,4	25,0
Modtager hjemmehjælp	29,3	26,7	27,0
Modtager ikke hjemmehjælp	24,6	30,7	19,2
Almen rehabilitering	34,0	30,2	31,0
Modtager hjemmehjælp	34,7	30,7	31,0
Modtager ikke hjemmehjælp	30,3	27,9	31,2

Tabellen viser to forskellige tendenser for henholdsvis APE og almen rehabilitering. For APE-borgere er den gennemsnitlige liggetid betydeligt kortere blandt dem, der efter ankomst til eget hjem ikke modtager hjemmepleje, end for dem, der modtager hjemmepleje. På den anden side viser den tilsvarende sammenligning på de almene rehabiliteringspladser, at der ikke er nogen forskel i liggetider mellem de to grupper. Det tyder på, at opholdslængden på MTO ikke er tilstrækkeligt afstemt efter borgerens plejebehov.

Der kan være mange grunde til, at det ikke lykkedes at skabe flow ud af MTO ved fuld belægning. Nogle af grundene kan knytte sig til, at organiseringen og incitamenterne ikke fordrer hurtig hjemtagning. Fx:

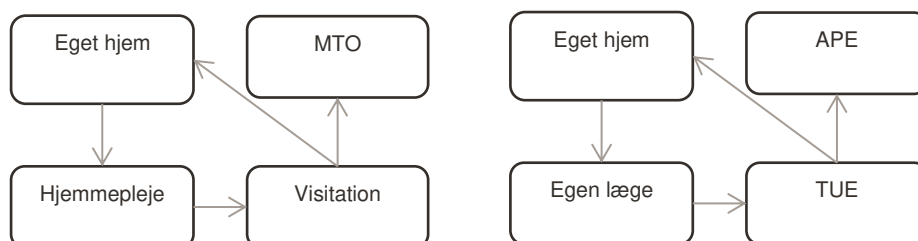
- Det er MTO's ansvar at kontakte lokalvisitationen, når borger er klar til at blive udskrevet. Lokalvisitationen har således begrænsede muligheder for at agere proaktivt ift. overgangen til eget hjem. Det faktum, at ca. 18% af alle, der kommer hjem fra MTO, ikke modtager hjemmehjælp efterfølgende, taler for, at de ikke har haft døgndækkende plejebehov gennem hele forløbet på MTO.
- Det er i forbindelse med analysen blevet anført, at MTO fortsat bliver budgetjusteret efter belægningsprocenten, hvilket giver uhensigtsmæssige incitamentter ift. højt flow og dermed korte forløb og hurtig udskrivelse fra MTO. Det er dog siden hen præciseret, at denne budgetstyringsmodel ikke længere er i anvendelse. Implement finder det dog relevant alligevel at nævne, ikke mindst da der således potentielt set findes forskellige fortællinger herom i organisationen.
- Hjemmeplejen har ikke direkte incitament til at hjemtage fra MTO.

5.4.3 Fra eget hjem til MTO

Ca. 20% af borgere på almen rehabilitering kommer fra eget hjem (og ca. 15% på APE). Volumen på denne gruppe er således betydeligt mindre end volumen på den gruppe, der kommer fra hospitalet. Ikke desto mindre er muligheden for at kunne komme fra eget hjem til MTO en vigtig del af selve formålet med at forebygge hospitalsindlæggelser. I det omfang, der er et strategisk ønske om, at MTO skal agere som en del af en egentlig akutfunktion, er det derfor nødvendigt, at der er tilgængelige og hurtige kanaler ind i MTO fra eget hjem.

Det er i dag lokalvisitationen, der visiterer til almen rehabilitering, typisk på baggrund af en henvendelse fra hjemmeplejen. På APE er det TUE (tværfaglig udredningsenhed), der visiterer i dagtimerne, mens APE er selvvisiterende i aften- og nattetimerne. Processerne kan illustreres således:

Figur 25. Proces fra eget hjem til MTO



Der er et begrænset kvantitativt datagrundlag, der kan illustrere udfordringerne relateret til overgangen fra eget hjem til MTO. De udfordringer, den kvalitative analyse har peget på, er:

- At der mangler ledig kapacitet til borgere med akut opståede behov i eget hjem på MTO, (som yderligere forstærkes af, at færdigbehandlede borgere, der venter på hospitalet, "trumfer" borgere, der venter i hjemmet).
- At hastigheden, hvormed en borger kan tilbydes ophold på et alment rehabiliteringscenter – og dermed muligheden for, at MTO reelt kan agere akut – ikke er hurtig nok. Eftersom TUE ikke kan visitere til almen rehabilitering, skal visitationen hertil gennem lokalvisitationen.
- At der ikke er tilstrækkeligt fokus på at anvende MTO til at forebygge hospitalsindlæggelser.

Der er således meget, der tyder på, at hverken APE eller almen rehabilitering er optimalt gearret til at kunne tage imod borgere fra eget hjem.

6. En ny løsning

I det foregående er udfordringsbilledet beskrevet og så vidt muligt underbygget med kvantitativ data. I det følgende rettes blikket fremad med en skitsering af de centrale løsningselementer og -valg, som en ny organisering af MTO med fordel kan bygges på.

Denne del af rapporten er bygget op på følgende måde:

- Afsnit 6.1 formulerer de designprincipper, som ligger til grund for løsningsforslagene.
- Afsnit 6.2 diskuterer kort betydningen for MTO af de nye krav til den kommunale akutfunktion.
- Afsnit 6.3 adresserer selve organiseringen af MTO-enhederne, herunder budgetmodellen, sikringen af flow og kapacitetsfastsættelsen.
- Afsnit 6.4 adresserer adgangen til lægefaglige kompetencer og den øvrige kompetenceprofil.
- Afsnit 6.5 adresserer overgangen fra hospital til MTO.
- Afsnit 6.6 adresserer spørgsmålet om fordele og ulemper ved centralisering og lokal forankring.

6.1 Designprincipper

Der er gennem analyseprocessen udviklet ti designprincipper, som fungerer som de centrale pejlemærker for en ny løsning. Designprincipperne er løbende kvalificeret og prioriteret i samarbejde med deltagerne på analysens workshops og ser således ud:



Det har derudover været foreslået og diskuteret, om der skulle være et selvstændigt designprincip om "at understøtte nærhedsprincippet". Princippet er af arbejdsgruppen vurderet til ikke selvstændigt at skulle lægges til grund for den fremtidige organisering. Dette skyldes, at arbejdsgruppen har vurderet, at nærhedsprincippet ligger implicit i principperne "klart ejerskab over forløbet" og "tæt samarbejde med hjemmeplejen, (lokal)visitationen og andre centrale aktører".

6.2 Akutkravene

Den 4. april 2017 har Sundhedsstyrelsen udsendt nye kvalitetskrav til den kommunale akutfunktion. Kvalitetskravene dækker egentlige krav samt yderligere anbefalinger til god praksis inden for områderne *tilgængelighed, praksis, udstyr og kompetencer*.

I hvor høj grad MTO skal geares til at kunne agere som akutfunktion, samt hvor stor en del af akutfunktionen som skal varetages i MTO-regi, er et strategisk valg.

Den aktuelle karakter og udformning af APE betyder, at Københavns Kommune allerede i dag lever op til Sundhedsstyrelsens krav til den kommunale akutfunktion formelt set. (Se næste side). Der, hvor der er udeståender, er – som tidligere nævnt – at APE's kapacitet i vid udstrækning i dag optages af borgere, der kommer fra hospital, og ikke borgere, som kommer fra eget hjem. De almene rehabiliteringspladser vil i sin aktuelle udformning ikke direkte bidrage til, at kommunen kan leve op til kravene til den kommunale akutfunktion.

Varetagelsen af en relevant og effektiv kommunal akutfunktion indebærer dog også, at der arbejdes på en samlet løsning, typisk bestående af et akut alarmeringssetup og en akut udgående funktion samt en række døgnbemandede pladser, der samlet set kan håndtere akut opståede behov på døgnbasis. En ny organisering af MTO kan derfor medvirke til, at Københavns Kommune kan leve op til sine akutte forpligtigelser, men kan ikke sikre dette alene. For at få det maksimale ud af en kommunal akutfunktion er det derfor centralt, at der er tale om en integreret funktion, som bidrager til opfyldelsen af kravene til akutfunktionen.¹⁶

¹⁶ For inspiration hertil, se fx:

<http://www.holstebro.dk/Admin/Public/Download.aspx?file=Files%2FFiler%2FGlobal+Menu%2FPresse%2F2013%2FBusiness+case+-+final+12+februar+2013.pdf>

Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen	Lever APE op til kravene i dag; ¹⁷ x = ja, - = nej
Krav til tilrettelæggelse. En kommunal akutfunktion skal:	
Være tilgængelig døgnet rundt alle ugens syv dage.	X
Løbende og i samarbejde med almen praksis og sygehus vurdere behovet for akutfunktionens indsatser og så vidt muligt tilpasse akutfunktionens kapacitet herefter.	X
Krav til målgruppe. En kommunal akutfunktion skal kunne varetage:	
Lægehenviste patienter med akut opstået eller forværring af kendt sygdom med behov for observation, pleje og/eller behandling, men uden behov for sygehusindlæggelse.	-*
Lægehenviste patienter, der efter udskrivning fra sygehus fortsat har komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov, der kræver de særlige sygeplejefaglige kompetencer, som er til stede i akutfunktionen.	X
Patienter henvist fra hjemmesygeplejen, hvor der er behov for sparring med akutfunktionens personale med henblik på hjælp til vurdering eller indsats.	X
Krav til indsats: En kommunal akutfunktion skal kunne varetage følgende opgaver:	
Observation og vurdering af patienten ved behov, herunder måling af vitale parametre (ABCDE-princippet). Behovet vurderes af læge og akutfunktion i fællesskab (der skal kunne foretages opfølgende sygeplejefaglig vurdering flere gange i døgnet).	X
Sikker mundtlig kommunikation, fx ved ISBAR-metoden, med læge om observationsfund.	X
Helhedsvurdering af forhold omkring patienten, herunder andre kommunale indsatser.	X
Instrumentelle indsatser, herunder:	
Akutte bedside blodprøver (kapillær blodprøvetagning til måling af infektionstal, blodsukker og blodprocent).	X
Subcutan og intermuskulær medicinadministration, herunder smertebehandling	X
Sondeernæring, herunder pasning og genanlæggelse af sonder	X
Parenteral ernæring herunder til- og frakobling samt forbindingsskift ved intravenøse katetre	X
Pasning af dræn	X
Prøvetagning til mikrobiologisk undersøgelse, herunder podning og urindyrkning	X
Kateteranlæggelse og -pleje	X
Inhalationsbehandling	X
Krav til kompetencer og uddannelse	
Autoriseret sygeplejeske, svarende til mindst to års relevant, klinisk erfaring i fuldtidsstilling	X
Autoriseret social- og sundhedsassistent, svarende til mindst to års relevant, klinisk erfaring i fuldtidsstilling	X
Krav til udstyr: I en kommunal akutfunktion skal der være følgende udstyr til rådighed:	
Udstyr til måling af vitale parametre, herunder puls, blodtryk, temperatur og iltmætning i blodet	X
Udstyr til undersøgelse af urin, fx i form af urinstix og utensilier til indsendelse af dyrkning	X
Udstyr til kapillær blodprøvetagning (blodsukker, infektionstal og blodprocent)	X
Udstyr til podninger	X
Nasogastriske sonder og udstyr til anlæggelse af disse	X
Katetre og udstyr til anlæggelse og pleje af disse	X
Forstøverapparat	X
Hjertestarter og Rubens ballon	X
Værnemidler	X

¹⁷ Baseret på selvurdering v. APE

* Det er svært at vurdere entydigt, hvorvidt APE lever op til disse krav i dag. I princippet kan TUE visitere til akutte ophold på APE, men i praksis mangler der ofte ledig kapacitet til formålet.

6.3 Integrering og differentiering af tilbuddet

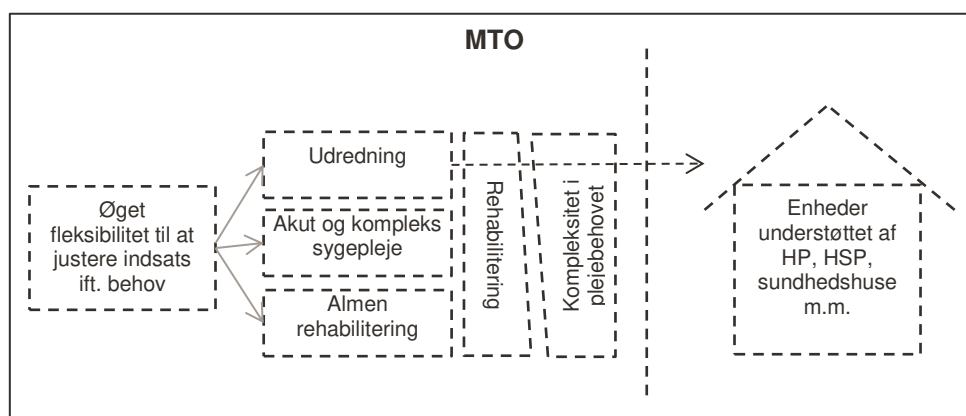
Det mest grundlæggende spørgsmål til en ny organisering af MTO handler om, hvad pladserne skal kunne, og hvordan man kan lave en hensigtsmæssig differentiering af funktionerne.

De centrale udfordringer, som den nuværende model står over for, og som en ny model skal søge at imødekomme, er vanskeligheden ved en helhedsorienteret udredning og visitation til "specifikke" pladstyper på og fra hospitalet, håndteringen af borgeren med omskiftelige behov, som kræver forskelligartede indsatser på forskellige tidspunkter i forløbet, samt udfordringen i, at mange borgere på MTO i dag tilsyneladende er der pga. genhusningsbehov snarere end behov for døgndækkende pleje – samt strategiske ønsker om og konsekvenserne af en mere proaktiv og akut kommunal indsats jf. også Sundhedsstyrelsens nye krav til kommunernes akutfunktion.

6.3.1 Egenskaber ved en ny model

For at kunne imødekomme disse udfordringer anbefales en løsningsmodel, der bygger på en samtidig *integrering* af funktioner og *differentiering* af tilbud til forskellige målgrupper. Det foreslås således, at der oprettes en integreret døgndækkende funktion (illustreret nedenfor til venstre), samt at der oprettes en ny type tilbud, som primært er understøttet af hjemmeplejen (illustreret nedenfor til højre).

Figur 28. En ny model



Løsningsforslaget går således på to ben: På den ene side oprettes der enheder med en bred, fleksibel kompetenceprofil, som varetager tre primære opgaver:

- **Tværfaglig og helhedsorienteret udredning** af borgerens behov med mulighed for at kunne agere på denne udredning ift. indsatstype og opholdslængde (herunder at vurdere, om borgeren matcher målgruppen) – så vidt muligt med inddragelse af hjemmepleje og/eller lokalvisitationen.¹⁸
- **Akut og kompleks sygepleje**, understøttet af den nødvendige læge- og sygeplejefaglige dækning – og leveret integreret med genoptræningsindsatsen.
- **Almen rehabiliterings- og genoptræningsindsats** over hele ugen med tæt og tidlig involvering af hjemmeplejen og med entydigt fokus på at gøre borgeren i stand til at komme i eget hjem. Dette indebærer formentlig en prioritering af, at de terapeutfaglige kompetencer er i fremmøde uden for almindelig dagtid – eller at rehabiliteringsperspektivet konsolideres langt stærkere end i dag i de indsatser og aktiviteter, der foregår aften, nat og weekend.

¹⁸ Det kan endvidere overvejes, om der kan skabes en særlig "fast track"-ordning til visitation og udlevering af hjælpemidler og "nemme" boligændringer.

Nøgleegenskaben i denne model er fleksibiliteten til at kunne tilpasse indsatsen til borgerens behov på et hvilket som helst givet tidspunkt i forløbet. Den model er således særligt egnet til borgere med komplekse sygdomsforløb, hvis sundhedstilstand kan forventes at fluktuere gennem forløbet.

I den samlede løsning suppleres disse enheder af en ny type indsats, som er et mere omkostningseffektivt tilbud til borgere med genhusningsbehov men uden behov for døgndækkende pleje. Disse boliger stiller fysiske rammer til rådighed.

Der er to modeller for, hvordan pleje- og træningsindsatsen kan organiseres i disse enheder:

- **Fuld understøttelse** af hjemme- og hjemmesygeplejen, og hvor genoptræningsindsatsen varetages gennem sundhedshuse, aktivitetscentre m.m.
- **Delvis understøttelse** af hjemme- og hjemmesygeplejen i aften- og nattetimerne, men med fastansat personale i dagtimerne. Genoptræningsindsatsen varetages og koordineres i samarbejde mellem det fastansatte personale og sundhedshuse, aktivitetscentre m.m.

Disse enheder er således et tilbud, der er "tættere på hverdagslivet", og som er tættere integreret med hjemme- og hjemmesygeplejen og andre relevante aktører, som borgerne er i kontakt med ofte før og efterfølgende.

Tilbuddet er således målrettet det faktiske behov: relevant genhusning i en kort periode, herunder også borgere, der venter på plejehjemsplads, og (alene) på grund af de fysiske rammer eller utryghed ikke kan vente i eget hjem. Afhængig af den konkrete udmøntning af denne løsning vil den således kunne afhjælpe "problematikken" med den store gruppe af borgere, der venter på plejebolig. Det fleksible setup understøtter endvidere indsatsen for de plejehjemsgodkendte borgere, som ikke kan være i eget hjem af andre årsager end de fysiske rammer/genhusningsbehov, fx udfordringer vedrørende egenomsorgsevne, utryghed og begrænsede kognitive evner, jf. her-og-nu-analysen, da "indsatstyngden" lettere kan justeres efter deres konkrete behov.

6.3.2 Forudsætninger for løsningen og sammenhæng til andre løsningselementer

Det er Implement's vurdering, at ovenstående model har et potentiale til at levere en mere omkostningseffektiv opgaveløsning og et bedre og mere formålsbestemt og effektorienteret resultat end den nuværende model. Der er imidlertid en række forudsætninger for løsningen, som endvidere knytter sig til andre løsningselementer:

- Kompetencen til at kunne levere både den akutte og komplekse sygepleje samt den mere basale plejeindsats inden for samme enhed forudsætter en bedre adgang til lægefaglige kompetencer og en reel døgndækning af sygeplejefaglige kompetencer.
- Modellen indebærer en opgradering af udredningsarbejdet i MTO-regi, som forudsætter tilstedeværelse af et tværfagligt udredningsteam, som blandt andet har visitationskompetence til det nye tilbud. Denne opgradering af udredningsarbejdet og muligheden for at tilpasse indsatsen fleksibelt har endvidere positive afledte effekter på muligheden for at visitere "korrekt" fra hospitalet.

6.3.3 Palliative og neurologiske døgnpladser

Den foreslåede løsningsmodel baserer sig på en integrering af kapaciteten til den almene rehabiliteringsindsats og den akutte og komplekse sygepleje. De palliative og neurologiske døgnpladser omfattes således ikke i forslaget. Det skyldes, at de har en anden karakter og en anden form for specialisering. Mens der kan være nogle gråzoner involveret i vurderingen af, hvorvidt en borger bedst "passer" ind på APE eller en palliativ plads, vil borgere ikke på samme måde fluktuere i behov for den type indsats, der leveres på disse pladser, og den, der leveres på de almene rehabiliteringscentre, som borgere kan fluktuere mellem behovet for akut og kompleks sygepleje og mere basal pleje i de almene rehabiliteringspladser.

Omfanget af palliative døgnpladser er i dag relativt begrænset (15 pladser), og medmindre der ændres betydeligt på den strategiske ambition og tilgang til den palliative indsats, bør denne funktion sandsynligvis ikke spredes ud på flere matrikler.

De neurologiske døgnpladser behandles derudover ikke eksplicit i denne analyse, da der samtidig er udarbejdet et oplæg til en fremtidig tilrettelæggelse af den avancerede og specialiserede hjerneskaderehabilitering i særskilt analyse.

6.3.4 Budgetmodellen

Ovenstående setup kan med fordel understøttes af en budgetmodel med følgende egenskaber:

- Incitamenter til effektskabelse/værdiskabelse – ikke aktivitet og høj belægning, men snarere reduktion af færdigbehandlede sengedage og reduktion i fx forebyggelige indlæggelser samt målopfyldelse ift. rehabiliteringsindsatsen, fx i form af nærmere fastsat gennemsnitligt plejebehov ved afslutning af ophold.
- Separate incitamenter og styringsmuligheder for flow og anvendelse af den nye type tilbud til borgere med genhusningsbehov for at undgå tilsanding.
- Understøtter sammenhæng og samarbejde mellem visitation, hjemmepleje og MTO.
- Tager afsæt i lokal disponeringsret inden for en fastsat ramme.
- Opbygget på baggrund af nærmere fastlagt opgavesammensætning:
 - o Udredningsarbejdet
 - o Den akutte og komplekse sygepleje
 - o Den almene rehabiliteringsindsats
 - o *Evt. med en særlig normering til plejehjemsgodkendte borgere.*
- Tager afsæt i et omkostningsniveau for blandt andet rengøring og køkken, der hviler på et første halvårs drift med tæt opfølgning og optimering op mod det behov, der drives af den faktiske borgersammensætning og opgavesammensætning.

6.3.5 Flow og gode overgange

Til at sikre gode overgange ind og ud af MTO kan en række løsningselementer iværksættes (spørgsmålet om, hvordan overgangen fra hospital til MTO skal organiseres, behandles separat i afsnit 6.5).

Sikre flow ud af MTO:

- Hjemme(syge)plejen som forløbsansvarlig fra udskrivningsøjeblik fra hospital ved ukendte borgere og fra indlæggelsestidspunkt ved kendte borgere.
- Gør det muligt for lokalvisitationen at agere proaktivt ift. at få borger tilbage til eget hjem.
- Sikre positive incitamenter til at skabe flow, jf. afsnit 6.3.4.

Sikre effektivt optag fra eget hjem

Den foreslåede løsningsmodel gør det muligt at anvende MTO som en (del af en større) reel akutfunktion, forudsat at der er kapacitet til rådighed for borgere, der kommer fra eget hjem, at denne overgang er hurtig og smidig, og at der er kapacitet til modtagelse døgnet rundt.

Til at understøtte dette formål kan følgende initiativer iværksættes:

- Udgående team fra MTO – af sygeplejersker med akut erfaring og direkte adgang til lægelig sparring.
- Sygeplejefaglig koordination kan visitere til MTO uden om praktiserende læge.
- TUE kan visitere til (alle) MTO-enheder.
- Opsøgende indsats med henblik på at kende potentielle brugere samt kontakt til almen praksis om anvendelsen af MTO som alternativ til de regionale akutfunktioner.

- Evt. indgåelse af aftale med 1813 om henvisning til den kommunale akutfunktion efter nærmere afgrænsede kriterier.

6.3.6 Kapacitetsfastsættelse og sæsonjusteringer

Denne løsningsmodel muliggør en reduktion af den samlede kapacitet på de døgndækkende enheder, blandt andet også forudsat, at der opbygges kapacitet på den nye type tilbud.

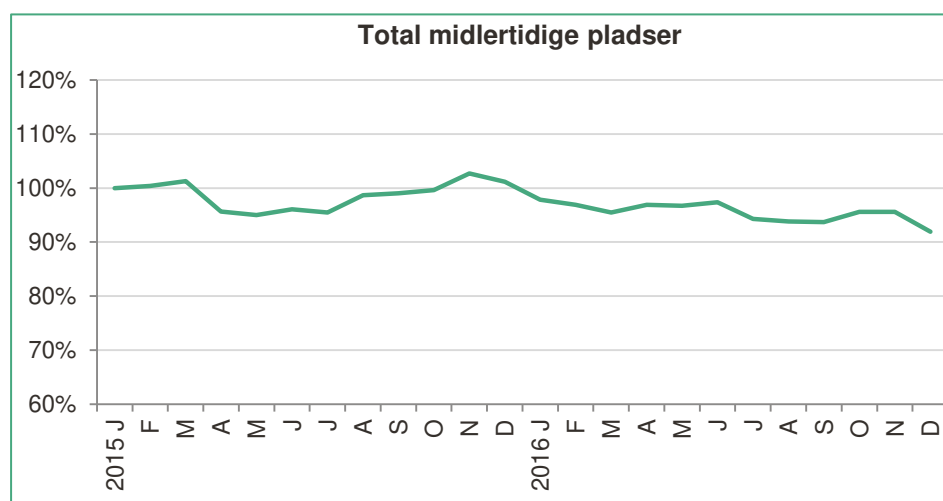
Det vil være forbundet med meget stor usikkerhed at sætte præcise tal på, hvordan kapaciteten skal fastlægges og fordeles mellem de to typer af pladser, da dette vil afhænge af en lang række interagerende faktorer. Disse inkluderer:

- **Fremtidige behov**, herunder den demografiske udvikling og udviklingen i antallet af kronikere.¹⁹
- **Udviklingen i velfærdsteknologi** og de muligheder, det giver for at flytte mere af rehabiliteringsindsatsen (både pleje, træning og genoptræning) til eget hjem.
- Muligheden for at påvirke **opholdstiderne på fremtidens MTO**, herunder hvordan kapaciteten fordeles mellem SUF og SOF, samt den fremtidige plejeboligkapacitet.
- Opbygningen af **udredningskompetence og -rutine** med henblik på hurtig udredning og beslutningstagen i de første få døgn af opholdet på den nye MTO.
- **Strategiske valg** angående kapacitetsanvendelsen, herunder særligt hvordan MTO skal indgå i den bredere opbygning af den kommunale akutfunktion.

Analysen viser, at opholdenes længde i dag ikke er betinget af reelle plejebehov på døgnbasis i op mod 50% af forløbene (hvilket må tilkendes, at en given genoptræningsplan formentlig kunne følges i borgerens eget hjem i stedet for på en MTO), og at der formentlig ikke igangsættes en hurtig udredning og igangsættelse af fokuseret pleje- og træningsplan i en stor del af forløbene. Den konkrete vurdering af kapacitetsbehovet for den nye type tilbud uden døgnbemanding kan vejledes af en "screening" af de nuværende borgere på MTO, der potentielt kunne indgå i den tiltænkte målgruppe.

Uanset det konkrete valg af den absolutte kapacitet vil det formentlig være fordelagtigt at tilpasse fremmødet hen over året med afsæt i de kendte sæsonudsving i personalenormeringerne, da noget tyder på, at der er sæsonafhængige udsving i belægningsgraden. Nedenfor ses belægningsgraden i 2015 og 2016.

Figur 31. Sæsonudsving i belægningsgraden



¹⁹ <http://regioner.dk/media/4739/kora-fem-megatrends-der-udfordrer-fremtidens-sundhedsvaesen.pdf>

Datakvaliteten er desværre utilstrækkelig til at undersøge belægningsgraden med længere historik, og det kan derfor være svært at identificere tydelige sæsonudsving entydigt. Den præcise fordelingsnøgle henover året kan fx følge belægningsgraden fra foregående år eller udvikles i samarbejde med eller inspireres af lignende fordelingsnøgler i hospitalsregi.

6.4 Lægedækning og den øvrige kompetenceprofil

Adgangen til lægefaglige kompetencer på MTO er helt afgørende for kvaliteten af en fremtidig organisering. En bedre adgang til lægefaglige kompetencer kan bidrage til:

- At kunne **håndtere komplekse sygdomsforløb** inden for egne rammer.
- At **MTO kan agere som en del af en akutfunktion**.
- At kunne **kapitalisere på særligt de sygeplejefaglige kompetencer**.
- At **sikre et stærkt fagligt miljø**, der gør fastholdelsen og rekrutteringen af sygeplejersker mulig.
- At **mindske administrativt besvær** og lange ventetider på opkald og forgæves opkald.

Det er her vigtigt at bemærke, at det er *adgangen* til lægefaglige kompetencer, der er centralt, og ikke nødvendigvis den lægefaglige tilstedeværelse på enhederne.

Der er tre arketyper af løsninger for bedre adgang til lægefaglig dækning, som kan forfølges (foruden mulige hybridmodeller):

- Fast lægetilknytning
- Tættere samarbejde med hospitalet
- Optimeret samarbejde med almen praksis

I nedenstående skema er fordele, ulemper og forudsætninger for hver af disse modeller beskrevet.

Skema 1. Tre modeller for lægedækning

Mulige løsningsmodeller	Fordele	Ulemper	Forudsætninger
Kommunalt ansat lægetilknytning på enhederne.	Fysisk tilstedeværelse bidrager til at styrke det faglige miljø. Mulighed for at ansætte en specialist, fx geriater.	Omkostningstungt. Fortsat usikkerhed knyttet til lægeligt behandlingsansvar for kommunalt ansatte læger.	Infrastruktur omkring diagnostik, EDB, adgang til epikrise og udskrivningsjournal. Tilstrækkelig volumen på enhederne. Læger kan rekrutteres.
Tættere samarbejde med hospitalet, fx udskrivningsansvarlig enhed fastholder behandlingsansvaret.	Dybere kendskab til borgeren fra indlæggelsesperioden. Adgang til forskellige speciallægekompetencer.	Dækker (muligvis) kun en begrænset periode af borgerens forløb på MTO.	Samarbejdsaftale kan etableres med regionen. Telemedicinsk understøttelse kan etableres.

Optimeret samarbejde med praktiserende læge, fx samarbejdsaftaler med telefonisk kontakt.	Telefonisk adgang er mindre ressourcekrævende .	Mindre fleksibel adgang end ved fysisk tilstedeværelse. Måske slet ikke den optimale lægelige kompetence. Almen praksis er generelt vanskelig at komme i kontakt med.	Telemedicinsk understøttelse kan etableres. Der kan indgås en aftale med en række praktiserende læger, der har specialiseret sig i ældre borgere.
---	---	---	--

6.4.1 Den øvrige kompetenceprofil

Adgangen til lægefaglige kompetencer på MTO er, som allerede beskrevet, afgørende for kvaliteten af en fremtidig løsning. Dette skyldes delvist de afledte effekter af denne adgang, herunder særligt muligheden for at fastholde og rekruttere sygeplejersker.

Der er endvidere en række andre kompetencer, som gennem den kvalitative analyse er identificeret som centrale. Generelt kan det siges, at samspillet mellem sygeplejersker, SOSU-assistenten og terapeuter udgør kernekompetencerne på enhederne i dag.²⁰ Herudover er der tre øvrige grupper af kompetencer, som er blevet fremhævet som særligt vigtige:

- **Socialrådgiverkompetencer** har været efterspurgt til at håndtere gruppen af borgere med sociale problemstillinger. Dette har været efterspurgt på tværs af enhederne og begrænser sig således ikke kun til borgere på SOF-pladser. Disse kompetencer vil efter alt at dømme være relevante at have i spil både på en ny MTO og på den nye type tilbud, da det må antages, at en væsentlig del af SOF-borgerne med fordel kan håndteres i sidstnævnte.
- **Demensspecialister** har været fremhævet som en stor hjælp til at håndtere borgere med varierende grader af demens. Her kan der med fordel trækkes på ekspertisen, der er opbygget på demenspladserne, fx via en "tilkald og tilsyns"-ordning. Tilsvarende kan også overvejes for så vidt angår hjerneskadeområdet, særligt hvis kommunen vælger at gå videre med en udbygning af kompetencen på området.²¹
- **Diætister** har været fremhævet som en stor ressource på VKV, da mange af MTO's borgere er småtspisende, har diverse allergier osv. Brugertilfredshedsundersøgelsen fra 2016 viste endvidere, at det er på VKV, at borgerne er mest tilfredse med maden.²²

Hvordan adgangen til disse kompetencer bedst sikres, afhænger af en række valg, der bør træffes i relation til den fremtidige anvendelse af MTO-kapaciteten. Det gælder målgruppeafgrænsningen og volumen på de fremtidige enheder. I det omfang, at MTO efter en eventuel reorganisering stadig forventes at varetage en borgergruppe med stor behovsdiversitet, anbefales det at tilstræbe en bredde i kompetenceprofilen, som dækker over flere fagligheder end læger, sygeplejersker, terapeuter og SOSU-assistenten, jf. ovenstående.

²⁰ I to af de fem lokalområder er den terapeutfaglige tilknytning organiseret via sundhedshusene (AMA og VKV), mens terapeuterne i de resterende lokalområder er ansat direkte på MTO. Der er på baggrund af denne analyse ikke belæg for at hævde, at den ene organisering skulle være at foretrække frem for den anden, da begge er blevet fremhævet som havende centrale styrker i form af henholdsvis at være "up to date" med seneste nye viden fra sundhedshusene og den tværfaglige integration af kompetencer.

²¹ Såfremt der arbejdes med at samle alle borgere med neurologiske tilstande på HRC i en overgangsfase, er dette naturligvis formentlig ikke relevant.

²² Se brugertilfredshedsundersøgelsen 2016, side 21.

6.5 Visitationsproces og flow

Målet med visitationsprocessen er, at få matchet borgerne til det rigtige tilbud på det rigtige tidspunkt. Det kræver koordinering at skabe gode overgange ind og ud af MTO, hvor der er så lidt ventetid som muligt, og hvor den relevante information bliver videregivet til de relevante aktører.

Overgangen fra hospital til MTO er en af de mest centrale overgange i MTO-regi i dag, både fordi det volumenmæssigt er den væsentligste indgang til MTO i dag, og fordi der er nogle særlige udfordringer knyttet til at agere op imod et hospitalssystem og koordinere tværsektorielle overgange.

Nedenfor er skitseret to mulige løsningsmodeller ift. at sikre en effektiv udnyttelse af de ressourcer, som investeres i at visitere til MTO fra hospitalet. Model 1 baserer sig på en justering af udskrivningskoordinationens rolle, mens model 2 helt fjerner udskrivningskoordinationen som funktion (dette ville i så fald skulle kompenseres af en stærk opgradering af udredningskompetencen på MTO-enhederne).

Skema 2. To modeller for visitationsprocessen fra hospital til MTO

Modeller	1	2
Beskrivelse	<p>UK agerer mere proaktivt, fx på baggrund af indlæggelsesadvis.</p> <p>Lokalvisitation screener potentielle MTO-borgere på baggrund af lokalt kendskab.</p> <p>UK udskriver borgere, når det er muligt inden for fx 6 timer at møde borger på hospitalet, ellers træffer lokalvisitationen beslutningen.</p>	<p>Lokalvisitationen træffer administrativ beslutning uden involvering af UK. (Lokalvisitationen kan evt. tage på besøg på hospital i særlige tilfælde).</p> <p>Lokalvisitation kan overvåge via MedCom-beskeder – og føre "tavle".</p>
Fordele	<p>Genererer meget få færdigbehandlede sengedage.</p> <p>Borgermøder (nogle gange) repræsentant fra kommunen til forventningsafstemning.</p>	<p>Mindsker "færdigbehandlede sengedage" mest muligt.</p> <p>Færre aktører involveret i udskrivningen.</p> <p>Enstrengt system – og sammenhæng med proces for borgere, der kommer hjemmefra.</p>
Ulemper	<p>Evt. øget risiko for "fejlvisitation" og dermed en ekstra overgang for borgeren.</p>	<p>Øger formentlig risiko for "fejlvisitation" (op til 10-20% efter bedste skøn).</p>
Forudsætninger	<p>Effektiv screening fra lokalvisitationen for at undgå unødigt mange besøg for UK.</p> <p>Hurtigt og effektivt samarbejde mellem lokalvisitationen og udskrivningskoordinationen.</p>	<p>Lokalvisitationen kan lave rimelig præcise administrative visitationer.</p>

Det er Implements vurdering, at der knytter sig umiddelbare fordele til udskrivningskoordinationen, som en fremtidig model kan inkludere. Dette indebærer samtidig, at der i en ny model kan være udskrivninger til MTO, som af tidsmæssige hensyn med fordel kan gå uden om udskrivningskoordinatorerne, mens udskrivningskoordinatorerne med fordel kan inddrages i de udskrivninger, hvor det er muligt at komme ind tidligt i forløbet og understøtte et sammenhængende og optimalt udskrivningsforløb til gavn for borgerne. Den konkrete udmøntning af en ændret praksis for overgangen fra hospital til MTO kan samtidig og naturligt med fordel sammentænkes og videreudvikles med den nye organisering af TUE.

6.6 Organisering: centralisering eller lokal forankring

De almene rehabiliteringscentre er i dag forankret i lokalområderne både organisatorisk og geografisk.

Andelen af borgere, som i 2016 var på en MTO inden for eget lokalområde, er i gennemsnit 60%, varierende fra ca. 46% på Bispebjerg-Nørrebro til ca. 72% på Amager:

Tabel 7. Fordeling af borgere inden for og uden for eget lokalområde

MTO	AMA	BIN	IBØ	VBH	VKV
Eget lokalområde	72%	46%	67%	67%	47%
Andet lokalområde	28%	54%	33%	33%	53%

I forhold til implementering af en fremtidig løsningsmodel, skal der træffes et valg om, hvorvidt MTO skal organiseres i mindre enheder i lokalområderne, eller om de skal centraliseres til større enheder. I dette afsnit undersøges de fordele og ulemper, der kan tænkes at knytte sig til de lokale og (mere) centrale løsningsmuligheder, så den fremtidige centraliseringsgrad hviler på et informeret grundlag om eventuelle fordele og ulemper.²³

Spørgsmålet om vigtigheden af den lokale forankring har været en central tematik i den kvalitative analyse. De centrale hypoteser, som er opstået på baggrund af medarbejdernes input, er, at følgende centrale fordele knytter sig til henholdsvis en centraliseret model og en model baseret på lokal forankring:

- **Centralisering**
 - o Koncentration af kompetencer, herunder særligt lægefaglig tilknytning. Dette er først og fremmest et spørgsmål om volumen.
 - o Tættere samarbejde med hospitalerne.
- **Lokal forankring**
 - o Tættere samarbejde med hjemme- og hjemmesygeplejen, herunder smidigere overgange til eget hjem.
 - o Øget brugertilfredshed.

De fordele, der tænkes knyttet til en centralisering, er således potentialer, der endnu ikke er realiseret, mens de fordele, der knytter sig til den lokale forankring, er fordele, som burde være – i nogen grad i hvert fald – realiseret på (nogle af) MTO-enhederne i dag.

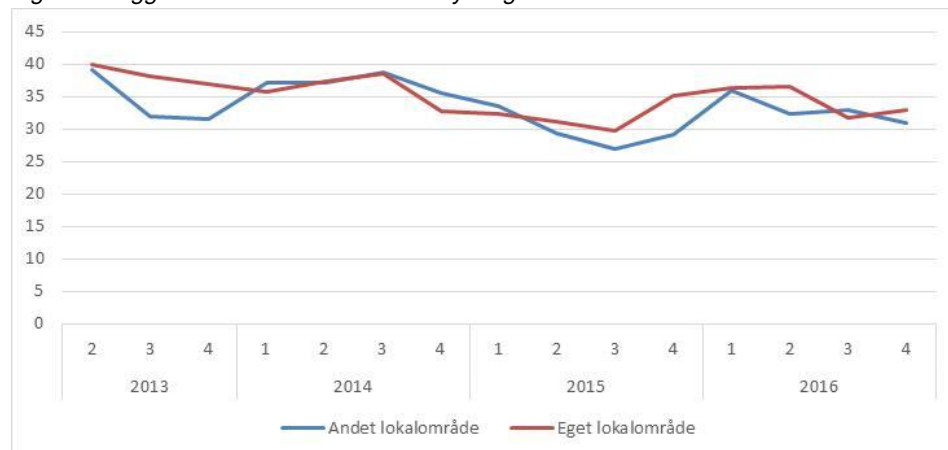
Til at undersøge hypotesen om, at den lokale forankring er vigtig for kvaliteten af opholdet på MTO og overgangen til eget hjem, er der derfor lavet en række sammenligninger af borgere, som bor henholdsvis inden for og uden for eget lokalområde, på følgende parametre:

- Figur 34. Liggetider efter lokalområdetilknytning
- Tabel 98: Hastighed af opstart i træningscenter, aktivitetscenter og U&R
- Tabel 9: Brugertilfredshed på en række centrale parametre

Én potentiel fordel ved den lokale forankring kunne være, at det gav mulighed for at sikre en hurtigere overgang til eget hjem. En sådan fordel burde udmønte sig i forskelle i de gennemsnitlige liggetider for borgere, der ligger i henholdsvis eget eller andet lokalområde. Liggetiderne sammenlignes nedenfor:

²³ Se bilag 3 for et kort over den geografiske fordeling af rehabiliteringscentre samt fordelingen af pladser på de forskellige enheder.

Figur 34. Liggetider efter lokalområdetilknytning



Som det fremgår af figuren er der imidlertid ingen væsentlig forskel i liggetider mellem de to grupper, og der er således ikke belæg for, at ophold i en lokal MTO har en positiv betydning herfor.

En anden potentiel fordel ved den lokale forankring knytter sig til overgangen til eget hjem og hastigheden, hvormed den efterfølgende genoptræningsindsats startes op. Nedenfor ses ventetiden i dage på opstart af U&R, aktivitetscenter og træningscenter efter endt MTO-ophold, fordelt på om borgerne har opholdt sig på MTO i eget eller andet lokalområde.

Tabel 8. Ventetid til efterfølgende genoptræningsindsats efter lokalområdetilknytning

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

Tabellen viser, at for både U&R og aktivitetscentret er der således en lidt hurtigere opstart for borgere, som har ligget på MTO inden for et lokalområde, mens en lignende forskel imidlertid ikke kan genfindes i forhold til opstart i træningscenter.

Den måske væsentligste hypotese i forhold til fordele ved den lokale forankring knytter sig til den oplevede brugertilfredshed med opholdet. Nedenfor er fremhævet nogle centrale resultater fra en surveybaseret brugertilfredshedsundersøgelse i 2016, som sammenligner borgerne, som har ligget inden for og uden for eget lokalområde, på en række parametre.

Tabel 9. Brugertilfredshed efter lokalområdetilknytning

#	Brugertilfredshed ²⁴	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
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

Tabelforklaring: Tabellens første spørgsmål er besvaret på en skala fra 1 (meget utilfreds) til 5 (meget tilfreds), mens svarkategorierne på de resterende spørgsmål var "ja", "både og" og "nej". Her måles andelen, der har svaret "ja". Den fulde formulering af spørgsmålet findes i fodnoten.

Resultaterne peger i overvejende grad på, at eventuelle forskelle ift. brugertilfredsheden mellem borgere som har ligget i eget lokalområde og borgere som har ligget uden for eget lokalområde, er forholdsvis begrænsede. Vigtigst her er, at der på nogle af de helt centrale spørgsmål hverken er betydelige eller signifikante forskelle mellem grupperne, først og fremmest mht. helhedsvurderingen, om borgeren har været tilfreds med opholdet, og om opholdet samlet set har gjort en positiv forskel (#1 og #2).

På den anden side er der en række andre parametre, som indikerer, at der kan være positive effekter af at ligge inden for eget lokalområde ift. borgernes tilfredshed med nogle specifikke aspekter af opholdet. Der er fx statistisk signifikante forskelle på, om borgerne oplever, at de bliver støttet i træningen til at blive selvhjulpne (#3), at de har glæde af træningen på MTO (#4), at de var i dialog med medarbejderne om overgangen til eget hjem (#5), om de får besøg under opholdet (#6), og at borgerne efter hjemkomst føler, at de får den støtte og hjælp, de har behov for (#7).

Det er her vigtigt at være opmærksom på, at brugertilfredshedsundersøgelsen indeholdte en lang række spørgsmål, som ikke er inkluderet ovenfor, hvor der for mange af dem ikke kunne findes statistisk signifikante forskelle (alle resultaterne kan findes i det vedhæftede bilag "Brugertilfredshed og lokalområdetilknytning"). Ovenstående resultater skal derfor tolkes varsomt, og giver – alt i alt – ikke et tilstrækkeligt grundlag for at hævde at lokalforankringen samlet set skulle have en positiv effekt på brugertilfredsheden.

Her er det samtidigt vigtigt at være opmærksom på, at der er givetvis vil en række andre fordele, der taler for en mere centraliseret model, som kan bidrage til at fremtidssikre MTO-enhedernes mulighed for at håndtere stadigt mere komplekse borgere. Disse inkluderer:

- Mulighed for øget kompetencebredde og -dybde

²⁴ 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?

- Reduktion af sårbarheden i bemanding
- Bedre mulighed for at indgå omkostningseffektive aftaler om relevant lægefaglig dækning
- Bedre mulighed for fleksibel udnyttelse af en samlet kapacitet
- Stærkere fokus i samarbejdet med de to store hospitaler i Københavns Kommunes område (HVH/AMH og BBH/FBH), hvor TUE allerede er under opbygning

I hvor høj grad en fremtidig løsning skal hvile på en centralisering, afhænger derfor ikke bare af praktiske spørgsmål, fx om fysiske rammer, men også den rolle, MTO tænkes at have i sundhedsvæsenet i Københavns Kommune i fremtiden. I det omfang MTO-enheder skal være gearret til at kunne modtage stadigt mere komplekse borgere, samt indgå som en central del af et samlet akutsetup, vil ovenstående fordele tale for en mere centraliseret model.

Ovenstående resultater peger i den forbindelse på opmærksomhedspunkter, som er oplagte at tænke ind i den kontinuerlige driftsoptimering.

7. Konklusion

Denne rapport konkluderes med en opsummering af de centrale udfordringer, som MTO står over for i dag, for – på en omkostningseffektiv måde – at kunne opfylde de tre strategiske mål om hurtig hjemtagning, forebyggelse af hospitalsindlæggelser samt effektiv og intensiv rehabilitering.

Nogle udfordringer vil naturligt knytte sig til flere strategiske mål, men er herunder for overskuelighedens skyld beskrevet under det *primære* strategiske mål, de knytter sig til:

1. Muligheden for at kunne sikre **hurtig hjemtagning fra hospitalet** er i dag til tider begrænset af en kompliceret visitationsproces, hvor udskrivningskoordinationen i dag reelt kan blive det forsinkende led, der genererer færdigbehandlede sengedage. Der mangler proaktive handlemuligheder i ageren op imod hospitalet samt en stærkere udredningsindsats på MTO-enhederne, så udredningen af borgerens situation og behov ikke forudsættes varetaget af kommunen i hospitalsregi.
2. Hvis MTO i fremtiden skal kunne **forebygge hospitalsindlæggelser** og samtidig udgøre et væsentligt bidrag til opfyldelsen af de nye kvalitetskrav til den kommunale akutfunktion, er der i den forbindelse en række udfordringer:
 - o Der mangler kapacitet afsat til formålet, som samtidig kan anvendes via en hurtigere og mere smidig adgang til MTO fra eget hjem, end tilfældet er i dag.
 - o Der mangler en bedre adgang til lægefaglige kompetencer, så de nødvendige indsatser kan igangsættes hurtigt og effektivt ved akut opståede behov. En bedre lægedækningsmodel er endvidere afgørende for at kunne afhjælpe problematikken omkring rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker, som både er central ift. til at kunne leve op til akutkravene og for at kunne yde en effektiv rehabiliteringsindsats.
3. MTO's mulighed for at levere en **effektiv og intensiv rehabiliteringsindsats**, som er omkostningseffektiv i forhold til borgernes behov, er i dag begrænset af en række udfordringer:
 - o Der mangler fleksibilitet i kapacitetsanvendelsen, så de rette kompetencer kan bringes rettidigt i spil. Den funktionelle opdeling mellem de almene rehabiliteringspladser og den akutte og komplekse sygeplejeplads er ikke en hensigtsmæssig konstruktion til at yde optimal pleje til borgere med komplekse sygdomsforløb.
 - o Der savnes fokus på, at udredning af borgerens behov ofte er en integreret og nødvendig del af indsatsen på MTO, bedst illustreret ved at kun ca. halvdelen af borgerne på MTO bliver dokumenteret sygepleje- og terapeutfagligt udredt. De fleste borgere på MTO ankommer fra subspecialiserede enheder på hospitalet og er færdigbehandlet "monodiagnostisk" og vurderet på baggrund heraf på en kort

udskrivningskonference i hospitalsregi. Samtidig tyder meget på, at tilrettelæggelsen af den samlede rehabiliteringsindsats på MTO er relativt tilfældig, fragmenteret og langvarig, hvilket bevirker, at den efterfølgende rehabiliteringsindsats (pleje- og terapeutfaglig sammenhængende indsats) ikke er optimal. Her er det centralt at 'de 28 dage' synes at være blevet udmøntet som en standard der ikke har tilstrækkeligt udgangspunkt i borgernes individuelle forløb, herunder deres mulighed for at fortsætte den videre rehabilitering i eget hjem.

- Det intensive rehabiliteringsforløb er i dag udfordret af, at mobiliseringen, herunder måske særligt den terapeutfaglige indsats reelt sættes på hold uden for almindelig dagtid. Det bevirker, at pladserne snarere bliver "opholdspladser" i aften- og weekendtimerne end egentlige rehabiliteringspladser.
- Det nuværende MTO-setup er ikke tilstrækkeligt omkostningseffektivt til den relativt store gruppe af borgere, der optager pladser på MTO, som primært har genhusningsbehov. Til denne målgruppe kan der formentlig overvejes mindre omkostningstunge typer af pladser, som er integreret med hjemmeplejen og hjemmesygeplejen samt den udgående terapeutfaglige indsats i hjemmet (samtidig kan en del af finansieringen for de foreslåede ressourcekrævende tiltag dermed forventes at blive hentet i en samlet kapacitetsnedsættelse).

I forhold til fremadrettede løsningsmodeller har denne analyse peget på en række tiltag, som kan implementeres på henholdsvis kort og lang sigt.

På kort sigt kan der bl.a. arbejdes med følgende tiltag:

- Justering af budgetmodellen, så den i højere grad tager højde for de reelle omkostninger forbundet med MTO's opgavesammensætning.
- Kapacitetstilpasning, som kan frigøre midler til omstilling, øget pleje og træning, rengøring m.m.
- Forbedring af det fremtidige datagrundlag, herunder særligt monitorering af borgernes funktionsniveau/selvhjulpenhed før, under og efter ankomst til MTO.
- Sammentænkning og videndeling mellem Sikker Sammenhæng, den nye organisering af TUE- og MTO-enhederne.

Der er samtidig en række anbefalinger i denne rapport, der kan overvejes implementeret i et længere perspektiv, da de kræver yderligere afklaring og planlægningsarbejde forud for implementeringen. Det betyder også, at der vil være tale om en større transformation, som skal prioriteres over øvrige udviklingsprojekter og implementeringer for at lykkes. Dette gælder særligt den strukturelle organisering af MTO, herunder den funktionelle opdeling mellem de almene rehabiliteringspladser og APE, samt hvordan MTO skal indgå i en samlet akutfunktion. Det er sandsynligt, at en ny mere effektiv og strategisk anvendelse af MTO på sigt forudsætter en øget grad af centralisering, særligt for at kunne skabe en bedre lægedækningsmodel og skabe den nødvendige volumen til at understøtte det fleksible setup. En sådan centralisering kan evt. bygges op mod de to planområder for at understøtte bedre sammenhæng og samarbejde med Bispebjerg-Frederiksberg Hospitaler og Hvidovre-Amager Hospitaler.

Bilag 1. Figur- og tabeloversigt

Tabeller

Tabel 1. Nøgletal	4
Tabel 2. Genindlæggelser	16
Tabel 3. Plejetyngde efter ophold på MTO	18
Tabel 4. Indlæggelsestider på hospital forud for ophold på MTO	20
Tabel 5. Tilbagetrukne færdigbehandlinger efter tilbudt plads	23
Tabel 6. Opholdstider efter plejetyngde	29
Tabel 7. Fordeling af borgere inden for og uden for eget lokalområde	42
Tabel 8. Ventetid til efterfølgende genoptræningsindsats efter lokalområdetilknytning	43
Tabel 9. Brugertilfredshed efter lokalområdetilknytning	44

Figurer

Figur 1. Færdigbehandlede sengedage	10
Figur 2. Flow på MTO	14
Figur 3. Aldersfordeling på MTO	15
Figur 4. Dødsfald under og efter ophold	15
Figur 5. Gengangere på MTO	16
Figur 6. FSII-funktionsvurderinger	17
Figur 7. Årsag til ophold på MTO	17
Figur 8. Antal lægekontaktnotater	20
Figur 9. Ventetid mellem færdigbehandling og modtagelse på MTO	21
Figur 10. Processen fra hospital til MTO	21
Figur 11. Antal plejeforløbsplaner	22
Figur 12. Forløb med MOF	23
Figur 13. Ventetid i overlevering af PFP fra lokalvisitation	24
Figur 14. Tid mellem FB og udskrivningskonference	24
Figur 15. Antal og timing af sygeplejefaglige vurderinger	26
Figur 16. Antal og timing af terapeutfaglige vurderinger	27
Figur 19. Opholdstider efter belægningsprocent	28
Figur 20. Fordeling af opholdstider	
Figur 21. Opholdstider efter belægningsprocent	28
Figur 22. Fordeling af opholdstider	28
Figur 23. Proces fra eget hjem til MTO	
Figur 24. Fordeling af opholdstider	28
Figur 25. Proces fra eget hjem til MTO	30
Figur 26. Proces fra eget hjem til MTO	30
Figur 27. En ny modelKompleksitet i plejebehovet lejevaglighed	34

<i>Figur 28. En ny model</i>	34
<i>Figur 29. Sæsonudsving i belægningsgraden</i>	
<i>Figur 30. En ny model</i>	34
<i>Figur 31. Sæsonudsving i belægningsgraden</i>	37
<i>Figur 32. Sæsonudsving i belægningsgraden</i>	37
<i>Figur 33. Liggetider efter lokalområdetilknytning</i>	
<i>Figur 34. Liggetider efter lokalområdetilknytning</i>	41
<i>Figur 35. Flow fra journalgennemgang</i>	
<i>Figur 36. Liggetider efter lokalområdetilknytning</i>	43
<i>Figur 37. Flow fra journalgennemgang</i>	52
<i>Figur 38. Ankomsttidspunkt på MTO</i>	
<i>Figur 39. Flow fra journalgennemgang</i>	52
<i>Figur 40. Ankomsttidspunkt på MTO</i>	53
Skemaer	
<i>Skema 1. Tre modeller for lægedækning</i>	38
<i>Skema 2. To modeller for visitationsprocessen fra hospital til MTO</i>	41

Bilag 2. Data fra journalgennemgangen

Journalgennemgangen af 200 journaler for afsluttede ophold i 2017 har leveret data, der har bidraget til mange forskellige dele af analysen. Samtidig har der været data, som journalgennemgangen ikke har kunnet fremkalde (under analysens forudsætninger). Formålet med dette bilag er at give en oversigt over, hvilke data der er trukket fra journalgennemgangen, og hvilke det ikke har været muligt at trække.

Det data, der er anvendt og som er afrapporteret i analysen, er:

Årsag til ophold og sundhedstilstand

Figur 6. FSII-funktionsvurderinger

Figur 7. Årsag til ophold på MTO

Kontakt til læge

Figur 8. Antal lægekontaktnotater

Ventetid på hospitalet

Figur 9. Ventetid mellem færdigbehandling og modtagelse på MTO

Koordination omkring hospitalet

Figur 11. Antal plejeforløbsplaner

Figur 12. Forløb med MOF

Figur 13. Ventetid i overlevering af PFP fra lokalvisitation

Figur 14. Tid mellem FB og udskrivningskonference

Sygepleje- og terapeutfaglige vurderinger

Figur 15. Antal og timing af sygeplejefaglige vurderinger

Figur 16. Antal og timing af terapeutfaglige vurderinger

Figur 17. Opholdstider efter belægningsprocent
Figur 18. Antal og timing af terapeutfaglige vurderinger

Flow

Figur 37. Flow fra journalgennemgang

Figur 38. Ankomsttidspunkt på MTO
Figur 39. Flow fra journalgennemgang

Ankomsttidspunkt til MTO

Figur 40. Ankomsttidspunkt på MTO

Ikke mulige datatræk

Der har imidlertid også været en række ønskelige datatræk, som ikke har været mulige at inkludere i analysen. Disse indebærer;

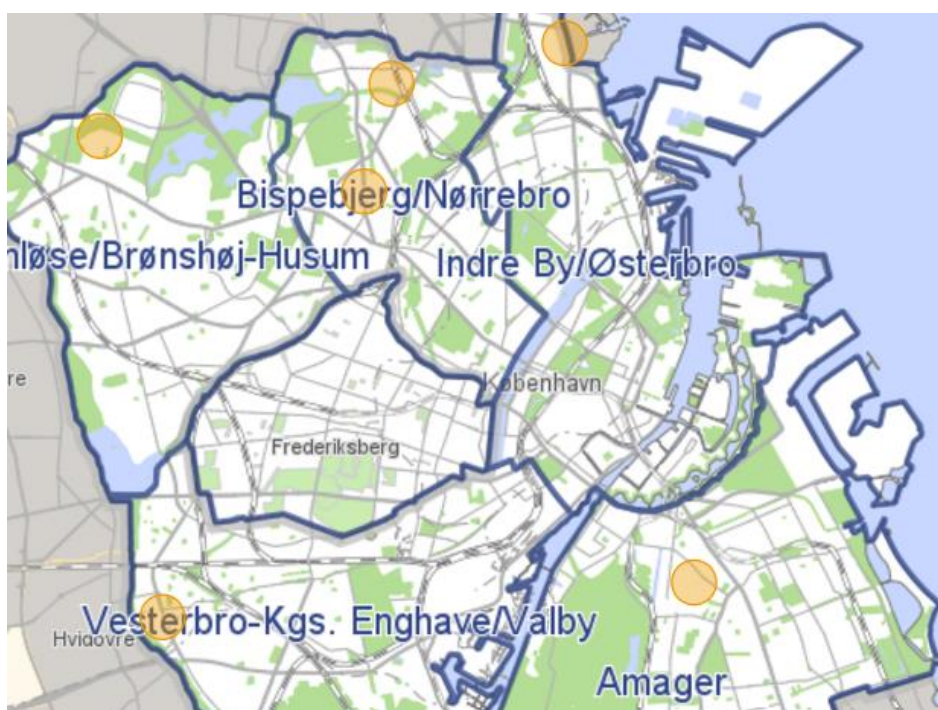
- Yderligere information om borgernes sundhedstilstande, herunder graden af komorbide tilstande, da adgangen til disse informationer har været for sporadisk.
- Yderligere information om anvendelsen af lægefaglige kompetencer, herunder forgæves opkald, ventetider m.m., på utilstrækkelig data.

- Det har ikke været muligt, hverken gennem centrale datatræk eller gennem journalgennemgangen, at få et validt billede af genoptræningsintensiteten under selve MTO-opholdet, da registreringspraksis formodentlig er for sporadisk/usystematisk til at give et retvisende billede.
- Det har ligeledes ikke været muligt at kortlægge kontakten mellem MTO og lokalvisitationen tilstrækkeligt præcist til, at disse kan indgå i analysen.

Bilag 3. Antal pladser og geografisk fordeling

	Almen rehab	APE	Palliativ	Neuro	Total
Emdrup	23				23
Amager	38				38
BIN	46				46
IBØ	53				53
VBH	52			30	82
VKV	30	41	15		86
Total	242	41	15	30	328

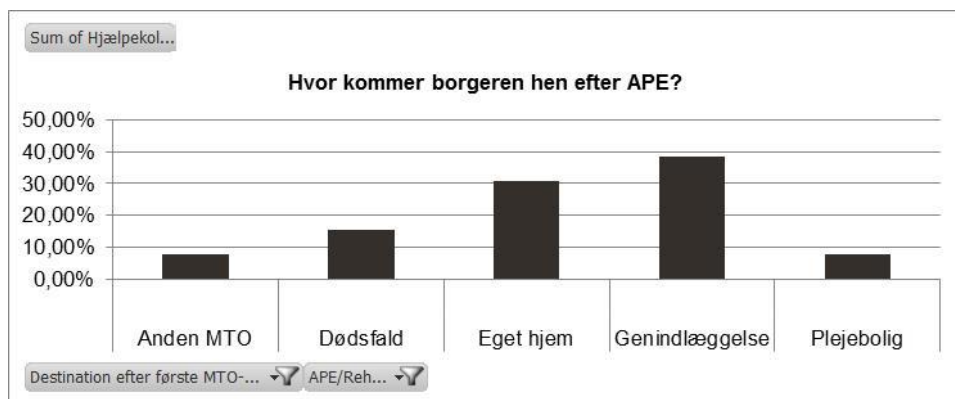
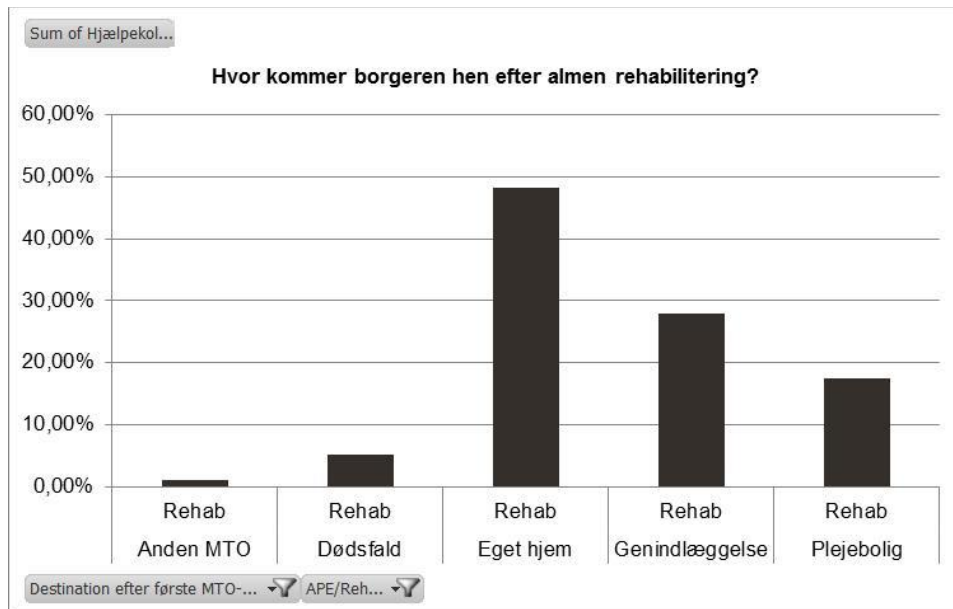
På nedenstående kort over København er placering på de seks rehabiliteringscentre indtegnet.



Bilag 4. Flowdata fra journalgennemgangen

Flowoversigt fra journalgennemgangen for henholdsvis borgere på MTO og APE. Tallene viser i store træk det samme mønster, som flowtallene for alle borgere i 2016 (med lidt flere genindlæggelser og lidt færre, der kommer til eget hjem), hvilket indikerer, at data fra journalgennemgangen er repræsentativt for den bredere population.

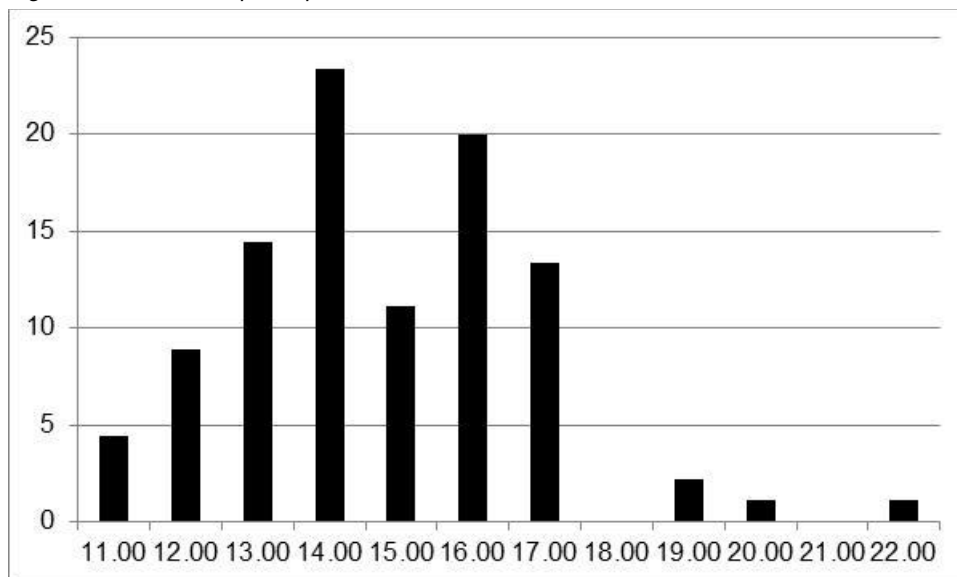
Figur 37. Flow fra journalgennemgang



Bilag 5. Ankomsttidspunkter

Nedenfor ses ankomsttidspunkter på MTO for de forløb, der er afdækket i journalgennemgangen. Y-aksen er % af antal forløb, og på x-aksen er timeintervaller.

Figur 40. Ankomsttidspunkt på MTO



Tallene viser således, at langt størstedelen ankommer til MTO inden for den "normale" arbejdstid, om end en betydelig mængde på omkring 13% ankommer mellem kl. 17.00 og 18.00. Mindre end 5% ankommer efter kl. 18.00.