

Marts 2013

Evaluering af Neurologi- og Rehabiliteringscenter København

En fremadrettet evaluering af organisatorisk virkemåde samt indsatser og forløbskoordinering.

Indhold

1. Indledning, baggrund og evalueringsforløb	3
1.1 Baggrund.....	3
Neurologi- og Rehabiliteringscenter København	3
1.2 Evalueringsforløbets design og metoder.....	6
2. Resumé.....	10
2.1 Baggrund.....	10
2.2 Evalueringsdesign.....	10
2.3 Resultater og vurderinger	10
2.4 Udvalgte anbefalinger.....	13
Struktur.....	13
Kompetencer og faggrupper	14
Rehabiliteringsforløb	14
3. Perspektiver vedrørende neurorehabilitering.....	16
4. Organisatorisk virkemåde	19
4.1 Evalueringsbidrag	21
Organisatorisk og ledelsesmæssig struktur	23
Økonomisk planlægning, styring og opfølgning	24
Kompetencer og kompetenceniveauer.....	30
Koordination og samarbejde i rehabiliteringsforløbene.....	32
5. MTV forudsætninger i forhold til praksis.....	33
5.1 Evalueringsbidrag	35
6. Forløbskoordinering – forudsætninger og praksis.....	45
6.1 Evalueringsbidrag	46
7. Specielt om effekter af neurorehabiliteringsindsatser	50
8. Tværgående evalueringsbetragtninger	56
8.1 Organisationsstruktur og ledelsesmæssige struktur	57
8.2 Økonomistyringsprincipper	60
8.3 Indledende screening af rehabiliteringspotentialer og motivation – og forløbsstandardisering	60
8.4 Typer af balancer i kapacitet til neurorehabilitering	64
8.5 Generelt om behov for videre kompetenceudvikling	66
9. Bilagssamling	67

1. Indledning, baggrund og evalueringsforløb

Implement har for Københavns Kommune, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (SUF), gennemført en evaluering af Neurologi- og Rehabiliteringscenter København.

Evalueringsforløbet er gennemført som en intensiv og involverende proces i perioden fra medio januar til ultimo februar 2013. Forløbets aktiviteter og kortlægnings- samt evalueringsindsatser er opsummeret nedenfor i afsnit 1.2.

Evalueringen har særligt fokus på anbefalinger til videreudvikling af Neurologi- og Rehabiliteringscenter København.

1.1 Baggrund

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (SUF) i Københavns Kommune har ønsket en fremadrettet evaluering af Neuro- og Rehabiliteringscenter København. SUF har herunder forudsat en vurdering af, om centret lever op til anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens Medicinsk Teknologiske Vurdering (MTV) for hjerneskaderehabilitering og i det udviklede forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade.¹

Som del af evalueringen er der gennemført en kortlægning og vurdering af centrets samlede indsatser og organisatoriske virkemåde – herunder i tilknytning til den økonomiske styring samt omkostningerne ved centrets tilbud.

Neurologi- og Rehabiliteringscenter København

Neurologi- og Rehabiliteringscentret blev etableret i april 2011. Centret har i den forløbne periode været igennem en længere etablerings- og udviklingsfase med bl.a. ombygning og tilpasning af eksisterende bygninger samt omfattende kompetenceudviklingsforløb.

Neurologi- og Rehabiliteringscenter København varetager opgaver i forhold til borgere med apopleksi og andre neurologiske lidelser. Centret drives af SUF, for så vidt angår borgere i aldersgruppen 65 år +, og i et samarbejde mellem SUF og Københavns Kommunes Socialforvaltning (SOF), for så vidt angår borgere under 65 år.

Neurologi- og Rehabiliteringscenter København tilbyder rehabilitering til voksne borgere med neurologiske skader og sygdomme, hvor der arbejdes med såvel ambulante som døgn-baserede forløb. Der er i alt 22 døgnpladser til neurorehabilitering – 15 til borgere i aldersgruppen under 65 år samt 7 til borgere i aldersgruppen 65 år+.

¹ Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen, 2011 & Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade. Sundhedsstyrelsen, 2011.

Neurologi- og Rehabiliteringscenter København er integreret i Københavns Kommunes institution, Hasselbo. Institutionen har – udover neurorehabiliteringspladserne – også døgnpladser til almen rehabilitering samt plejehjemspladser og beskyttede boliger.

Plejepersonalet arbejder således med pleje- og omsorgsopgaver i tilknytning til andre patienter end neurorehabiliteringspatienter, ligesom terapipersonalet arbejder med såvel neurorehabilitering som almen rehabilitering.

Hasselbo, Københavns Kommune. Døgnpladser og forløb

Neurorehabilitering, 65 år+	7 pladser	32 forløb (2012)
Neurorehabilitering, 18-64 år	15 pladser	73 forløb (do.)
Almen rehabilitering	31 pladser	280 forløb (do.)
Plejehjem	50 pladser	
Ambulant		440 forløb (do.)
I alt	103 pladser	385/440 forløb

Der var i 2012 i alt 385 døgnbaserede forløb – heraf 105 som neurorehabiliteringsforløb², hvoraf igen 32 forløb vedrørte aldersgruppen 65 år+.

Det bemærkes, at der i 2012 – udover de forløb, der blev varetaget via Neurologi- og Rehabiliteringscenter København – var 112 forløb, hvor patienter/borgere efter udskrivning med diagnosen apopleksi og lignende blev overført til andre døgnbaserede enheder i Københavns Kommune.³

De borgere, der efter neurologisk sygdom modtager genoptræning via Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, har en ganske heterogen karakter – både fordi der kan være tale om forskellige neurologiske sygdomme, men også (og især) fordi der for mange af de indlagte borgere er tale om et sammensat sygdomsbillede, hvor også andre sygdomme end den neurologiske kan spille ind – f.eks. diabetes, KOL eller anden kronisk sygdom, demens samt former for degenerative eller langvarige lidelser.

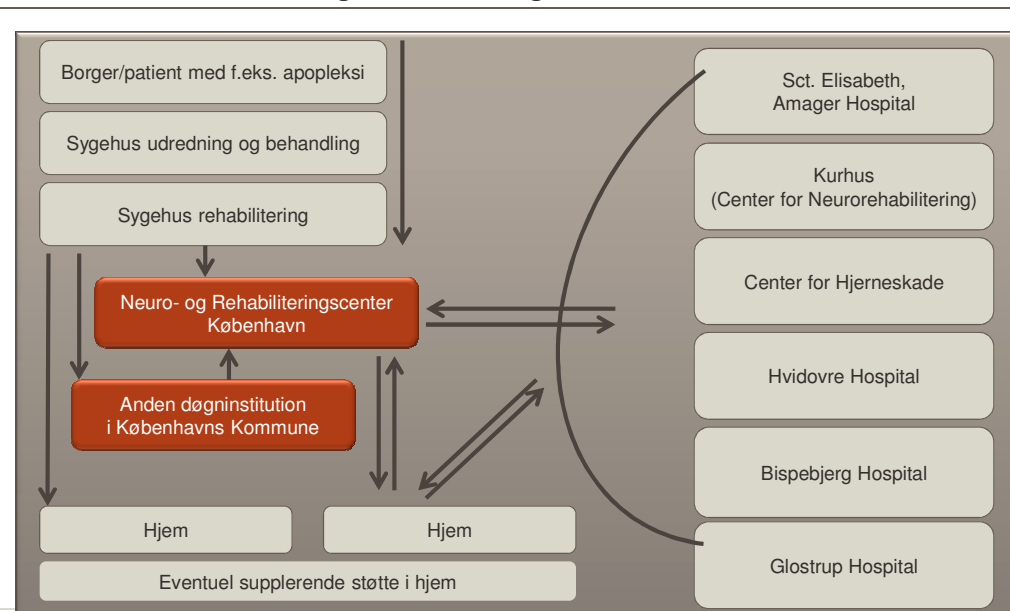
Bl.a. de anførte forskelle i borgernes generelle sundhedstilstand og de heraf afledte forskelle i funktionsniveauer giver en del forskellige typer af forløb i og omkring Neurologi- og Rehabiliteringscenter København. Samtidig gør forskellene i generel sundhedstilstand det vanskeligt at udskille kategorier af neurorehabiliteringsforløb med nogenlunde ensartede

² Enkelte forløb på den del af neurorehabiliteringskapaciteten, der vedrører borgere under 65 år, har omhandlet patienter udenfor det neurologiske diagnoseområde.

³ En andel af disse forløb vedrører patienter/borgere, der har ventet på plads på Neurologi- og Rehabiliteringscenter København.

ressourcetræk, ligesom (måske) forventelige forskelle i ressourcetræk mellem forløb med almen rehabilitering og neurorehabilitering ofte ikke opleves eller ofte ikke kan identificeres, fordi ressourcetræk i de enkelte rehabiliteringsforløb i meget høj grad afhænger af ikke alene den grundlæggende neurologiske sygdom, men også af ”konkurrerende” lidelser og almen sundhedstilstand samt almene funktionsniveauer.

Neurorehabiliteringsforløb – med involvering af Neuro- og Rehabiliteringscenter København



IMPLEMENT
CONSULTING GROUP

Rehabiliteringsforløbene, hvor Neurologi- og rehabiliteringscenter København (NRK) inddrages, kan have mange forskellige former for logistik. En borger kan være indlagt og få rehabilitering med vekslende former for intensitet i sygehusregi – og derefter blive overført til NRK, enten som døgnbaseret eller ambulant baseret. En borger kan via sygehusbehandling og sygehus-rehabilitering blive overført til en anden døgninstitution i Københavns Kommune – og derfra i nogle tilfælde ”tilbageføres” til NRK. En borger kan via sygehusophold og sygehusrehabilitering modtage ydelser på Kurhus – og derfra få supplerende døgnophold med rehabilitering via NRK før udskrivning til hjem. Osv.

Også den samlede ”rehabiliteringsvej” synes at være præget af ganske stor variation: Fra og med sygehusophold og sygehusbaseret rehabilitering, eventuelt mellemliggende ophold på eller bistand fra en særlig institution som eksempelvis Kurhuset⁴ eller Center for Hjerneskade⁵, rehabiliteringsophold eller ambulant rehabiliteringsforløb i regi af Neuro- og

⁴ Kurhus, Center for Neurorehabilitering, tilbyder intensiv tværfaglig rehabilitering til voksne med følger efter hjerneskader forårsaget af bl.a. apopleksi og andre neurologiske sygdomme. Kurhus er en selvstændig institution i gråzonen mellem regional og kommunal genoptræning.

⁵ Center for Hjerneskade tilbyder ambulant, intensiv træning til børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade og er en selvejende institution under Region Hovedstaden.

Rehabiliteringscenter København samt udskrivningsforløb. Denne variation kan være betinget af det ovenfor anførte – kombinationen af forskelle i tilgrundliggende neurologiske diagnoser og generel sundhedstilstand, men andre faktorer kan formentlig også spille ind⁶.

Rehabiliteringscenter København er organiseret i to dele, nemlig henholdsvis en trænings- og en plejedel – og med en ledende terapeut og en forstander, der står for pleje- og omsorgsdelen, som samlet ledelse. Begge ledere refererer til Lokalområdechefen.

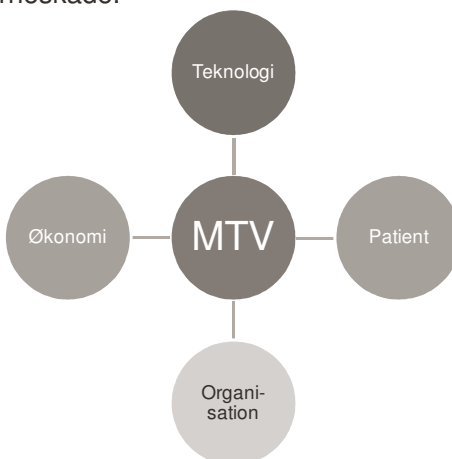
Personaleforbruget på Hasselbo svarer til i alt 122,7 årsværk (2012)⁷. Heraf var der 72,1 årsværk som plejepersonale, 23,9 årsværk som terapipersonale og 26,7 årsværk som andet personale (administration og service m.v.). Plejehjemsdelen udgjorde heraf 49,0 årsværk – 37,3 plejeårsværk samt yderligere 11,7 årsværk til service og administration.

Personalet, måske især plejepersonalet, havde ved etableringen af Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, en klar geriatrisk og almen kompetenceprofil. Kompetencemæssigt var især plejepersonalet således ikke umiddelbart orienteret mod de særlige krav i tilknytning til neurorehabilitering.

Et intensivt kompetenceudviklingsforløb, gennemført indenfor det seneste halve års tid, har givet et betragteligt kompetenceløft vedrørende neurorehabilitering for såvel terapi- som plejepersonalet. Samtidig har gennemførelsen af dette forløb som et fælles kompetenceudviklingsforløb på tværs af terapi- og plejegruppen givet væsentlige fremskridt, når det gælder den tværfaglige varetagelse af aktiviteter og indsatser og fælles tværfaglige billeder af kravene i forbindelse med neurorehabilitering.

1.2 Evalueringsforløbets design og metoder

Opgavedesign samt aktiviteter og indsatser i evalueringsforløbet har været præget af udgangspunktet med forudsat evaluering af, hvordan Neurologi- og Rehabiliteringscenter København lever op til dels Sundhedsstyrelsens MTV baserede anbefalinger vedrørende hjerneskaderehabilitering, dels Sundhedsstyrelsens program for forløbskoordinering i forbindelse med erhvervet hjerneskade.



⁶ Jf. nedenfor i de følgende afsnit.

⁷ Se Bilag 4 for uddybende information om fordelingen af årsværk på stillingskategori, område mv. Bemærk at antallet af årsværk er inklusiv vikarforbrug.

Implement har i den MTV baserede del af evalueringen taget udgangspunkt i MTV analysens tematiske antagelser om, hvad (hvilke typer af ”teknologi”) der fremmer effektfulde former for neurorehabilitering. De tematiske antagelser er nedenfor integreret i fire hovedantagelser med præmisser om,

- at borgerorienterede tilgange, hvor den hjerneskaderamte borger (og eventuelt også de pårørende) sættes i centrum og inddrages i forbindelse med bl.a. mål fastlæggelser og konkrete indsatser samt intensitet i indsatser, er et centralt princip i effektive og resultat skabende rehabiliteringsindsatser
- at arbejde med konkrete målsætninger for bl.a. øget funktionsevne og social formåen (herunder, jf. ovenfor, i samarbejde med borgeren og eventuelt også borgerens pårørende) er en forudsætning for vellykkede rehabiliteringsforløb – idet formulerede og konkrete mål
 - har en retningsgivende funktion, der leder opmærksomheden mod mål relevante aktiviteter og væk fra mål irrelevante aktiviteter kan have en energigivende og motiverende effekt og dermed bl.a. påvirke grad af vedholdenhed og udholdenhed hos borger (og pårørende) samt føre til en mere aktivt problemløsende adfærd hos borger (og pårørende)
- at tværfaglige indsatser fremmer hjerneskaderehabilitering, idet der generelt er god dokumentation for, at tværfaglige, multidisciplinære interventioner er forudsætninger for værdiskabelse i rehabiliteringsprocessen – selvom det er mindre tydeligt, hvad det for eksakte fagligheder, det er nødvendigt at sætte sammen i forskellige kategorier af neurorehabiliteringsforløb
- at bevidste og konkrete læringsstrategier, herunder strategier for transfer, øger kvaliteten og giver større effekt af rehabiliteringsforløb – idet transfer-problematikken vedrører spørgsmålet om, hvordan det sikres, at effekter af rehabiliteringsindsatser kan overføres på tværs af kontekster (jf. bl.a. hjerneskadede borgers ofte manglende evne til eller vanskeligheder med at overføre indlæring på tværs af forskellige kontekster, på grund af kognitive problemer som følge af hjerneskaden)

Evalueringsforløbet har samtidig omfattet gennemgange og vurderinger af de øvrige MTV dimensioner – i tilknytning til borgere/patienter, organisation samt økonomi.

Implement har som evalueringsmetode i forbindelse med den samlede evaluering – og bl.a. for at sikre fuld afdækning af de ovenfor anførte, øvrige MTV dimensioner, anvendt konceptet, ”Organisatorisk virkemåde”. Gennem dette koncept har det været muligt at adressere de væsentligste problemstillinger og temaer i tilknytning til flere af MTV dimensionerne samt i forhold til forløbsprogrammet, men det har samtidig været muligt at fokusere på relevante supplerende problemstillinger og temaer i forhold til Neurologi- og Rehabiliteringscenter København.

Organisatorisk virkemåde som del af basis for evaluering af, hvordan NRK lever op til MTV- og Forløbsprogram-anbefalinger.



Ligeledes for at sikre et fuldt dækkende grundlag for evaluering af Neurologi- og Rehabiliteringscenter København har Implement anvendt forskellige supplerende evalueringsmetoder, herunder patient- og pårørendeinterviews, tre workshops med udvalgte dele af centrets terapi- og plejepersonale (og med involvering også af ledelsesrepræsentanter i den sidste af de tre workshops), interviews med udvalgte ledere og teamledere i og omkring centret, herunder interview med visitatorer og udskrivningskoordinatorer, observationer, journalgennemgange samt databaserede analyser af centrets økonomi og aktivitet.

Aktiviteterne i evalueringsforløbet er specificeret i bilagssamlingen, Bilag 2.

Vurderingen af, hvordan og i hvilket omfang Neurologi- og Rehabiliteringscenter København lever op til anbefalingerne i forløbsprogrammet, er primært gennemført via "organisatorisk virkemåde" konceptet samt de anførte supplerende evalueringsmetoder – og med udgangspunkt i forløbsprogrammets forudsætninger om, hvilke opgaver den samlede forløbskoordinering skal håndtere, jf. boks nedenfor.

FORLØBSKOORDING – SUNDHEDSSTYRELSENS FORLØBSPROGRAM

”For at imødekomme behovet for koordinering kan rehabiliteringsindsatsen i kommunalt regi hensigtsmæssigt tilrettelægges og koordineres af en hjerneskadekoordineringsfunktion. Hjerneskadekoordineringsfunktionen varetager opgaver både i forhold til den enkelte og i forhold til intern/ekstern koordinering. For at kunne løse disse opgaver er det væsentligt, at der i hjerneskadekoordineringsfunktionen er medarbejdere fra relevante forvaltninger med neurofaglig viden, ligesom der bør sikres fornødne kompetencer i forhold til interdisciplinært samarbejde omkring personer med hjerneskade.

Hjerneskadekoordineringsfunktionen kan hensigtsmæssigt udpege en tovholder/kontaktperson i forhold til den enkelte person med hjerneskade.

Sikre at den enkelte person og dennes pårørende har én kommunal tovholder/kontaktperson

Sikre samarbejdet i det interdisciplinære team omkring personen, herunder sikre samarbejdet med involverede eksterne fagpersoner, andre kommuner og specialiserede hjerneskadetilbud

Sikre fælles målsætning mellem personen og de professionelle gennem eksempelvis afholdelse af tværfaglige møder med borgeren med erhvervet hjerneskade, de pårørende samt repræsentanter for involverede faggrupper samt ved udarbejdelse af handleplan, i henhold til servicelovens § 141.

Udarbejde en plan for rehabiliteringsindsatsen i kommunalt regi ud fra den fælles målsætning

I samarbejde med relevante aktører løbende at vurdere og justere behovet for den enkelte faggruppes delindsats i forhold til den samlede rehabiliteringsindsats og personens ressourcer

2. Resumé

2.1 Baggrund

Implement har for Københavns Kommune, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (SUF), gennemført en evaluering af Neurologi- og Rehabiliteringscenter København (NRK).

NRK gennemføre rehabiliterende indsatser for borgere med apopleksi og andre neurologiske lidelser og blev etableret i april 2011.

Centret drives af SUF, for så vidt angår borgere i aldersgruppen 65 år +, og i et samarbejde mellem SUF og Københavns Kommunes Socialforvaltning (SOF), for så vidt angår borgere under 65 år.

2.2 Evalueringsdesign

Evalueringen er metodisk designet med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens MTV-rapport og dennes tilgangs faste elementer: Teknologi (løsningens sammensætning), patientperspektivet, økonomi og organisation. For at sikre et dækkende evalueringsgrundlag er suppleret med de betragtninger om forløbskoordinering, som Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for voksne med erhvervet hjerneskade indeholder samt analysetilgangen organisatorisk virkemåde. Organisatorisk virkemåde adresserer den samlede organisatoriske kompleksitet under hensyntagen til følgende temaer og deres indbyrdes sammenhæng:

- Planlægning, styring og opfølgning
- Organisatoriske strukturer og ledelsesstrukturer
- Logistik, koordination og samspil
- Kultur og adfærd
- HR og kompetencer samt ledelsesformer

Evalueringen har konkret omfattet interviews med ledere og medarbejdere samt patienter og pårørende, journalgennemgang, fokusgrupper/workshops med medarbejdere og ledere, observation på NRK samt analyse af økonomidata og data fra flere forvaltninger om udvalgte borgere, som har gennemgået forløb på NRK.

2.3 Resultater og vurderinger

Generelt og overordnet forekommer Neurologi- og Rehabiliteringscenter København på mange måder at fungere tilfredsstillende under hensyntagen til centrets rammebetingelser og forudsætninger samt korte historie.

Samtidig er der på en række områder basis for videreudvikling af centret, af centrets indsatser og aktiviteter samt ydelser – og af den måde neurorehabiliteringsforløbene tilrettelægges og gennemføres på.

De styringsmæssige rammer forekommer at være helt unødvendigt komplekse, herunder ikke mindst den manglende gennemsigtighed i sammenhængen mellem de budgetmæssige forudsætninger og de faktiske udgifter.

Implement vurderer i sammenhængen, at *de økonomistyringsmæssige rammer* og de opfølgningssystemer, der er til rådighed, i betydelig grad vanskeliggør en løbende ledelsesmæssig monitorering og indsigt.

Centrets sammensætning af tilbud til forskellige målgrupper forekommer hæmmende for den helt optimale drift og for optimering af resultaterne af neurorehabiliteringsindsatserne. Det gælder specifikt den tydeligt suboptimerende opdeling af borgere med neurorehabiliteringsbehov i grupperne under 65 år samt 65 år+ – og den deraf følgende sammenblanding mellem neurorehabilitering og almen rehabilitering.

Det er Implements vurdering, at de to ledere på NRK på tilfredsstillende vis har håndteret opbygningen af centret. Det er samtidig vurderingen, at der fremadrettet er behov for at justere *den ledelsesmæssige struktur* med henblik på i endnu højere grad at understøtte en tværfaglig tilgang til opgaverne – og for at sikre en offensiv, strategisk orienteret videreudvikling, der kan være til inspiration også for andre opgavefelter i Københavns Kommune.

Der vurderes samtidig et behov for en øget satsning på involvering af neurologiske samt neuropsykologiske *kompetencer* og en væsentligt ændret balance mellem den døgnbaserede kapacitet og kapaciteten til ambulante og udgående indsatser.

Kompetencemæssigt er der på NRK sket en betydelig opkvalificering af medarbejderne. Implement vurderer imidlertid, at der fortsat er potentiale og grundlag for forbedring. Satses der på avancerede former for neurorehabilitering, og ageres der ud fra en forventning om, at der i øget omfang kan være tale om overtagelse af patienter på stadigt mere specialiserede niveauer, vurderer Implement det som absolut påkrævet at hæve erfarings- og kompetenceniveauer hos især plejepersonalet indenfor specifikt det neurorehabiliteringsmæssige felt – og i øvrigt også generelt indenfor det neurologiske felt.

Det aktuelle niveau for *intensitet i rehabiliteringsindsatserne er ikke tilstrækkeligt* – og der synes klart at være behov for udvidelse af ressourcer og normeringer. Den kontinuerlige intensitet og den accelererede karakter af neurorehabiliteringsforløb, der generelt anses for at være vigtige forudsætninger for effekt, matcher ikke det tilbud, der aktuelt gives – hvor der ikke så meget er tale om døgnbaseret neurorehabilitering som døgnbaseret ophold med spredt neurorehabilitering. Selv ikke en stærk opgradering af plejepersonalets kompetencer på neurorehabiliteringsfeltet og mere kontinuerlige indsatser, dækkende også aften og weekends, gennem plejepersonalets indsatser, forekommer at kunne rette tilstrækkeligt meget op i forhold til denne konklusion.

Det vurderes, at den fokuserede træningsintensitet hensigtsmæssigt kan (bør) være mindst 50 procent højere i almindelig dagtid – en forudsætning, der vil give grundlag for øget omfang af holdbaseret træning samt individuel træning til den enkelte borger, ligesom de neurorehabiliterende tilgange i den samlede indsats fra plejepersonalet samtidig kan intensiveres. Tre gange holdundervisning samt tre gange individuel træning ugentligt – i et

accelereret og intensivt døgnbaseret neurorehabiliteringsforløb med en varighed på gennemsnitligt 4 uger og suppleret med udvidede, opgraderede neurorehabiliteringsindsatser også fra plejepersonalet – synes således at være et nødvendigt udgangspunkt.

Implement vurderer, at der grundet strukturelle og organisatoriske forhold, som er uafhængige af Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, er store udfordringer i relation til *koordinering og samarbejde* både i overgangen mellem sygehusregi og NRK samt i overgangene internt i Københavns Kommune.

For så vidt angår *borgerorientering* af tilgangene, jf. MTV-rapportens antagelser herom, er det Implements vurdering, at der fortsat er et udviklingspotentiale i forhold til optimal inddragelse af borgeren (og eventuelt også af de pårørende) i tilrettelæggelse og monitorering af eget rehabiliteringsforløb.

Implement vurderer generelt, at der er fortsat er et stykke vej at tilbagelægge, hvis MTV præmisserne for borgerinddragelse skal være adresseret fuldt ud – og at der derfor kan være grund til at øge indsatserne omkring borgerinddragelse – og i de tilfælde, hvor borgerens tilstand begrænser mulighederne for reel og aktiv inddragelse, pårørendeinddragelse – i forbindelse med *målformuleringer* og i den kontinuerlige opfølgning vedrørende grad af realisering af fastlagte mål.

Sammenhængende hermed vurderer Implement det samtidig som helt grundlæggende, at der indledningsvist i alle rehabiliteringsforløb gennemføres en *screening af rehabiliteringspotentialerne og rehabiliteringsparathed* hos borgeren. En sådan screening skal bl.a. synliggøre borgerens motivationsniveau for neurorehabilitering. Vurdering af rehabiliteringspotentialer og motivation kan hensigtsmæssigt gennemføres med inddragelse af neuropsykolog og neurolog.

Implement vurderer, at der blandt medarbejderne er en klar bevidsthed om *læringsstrategier*. Det er dog samtidig indtrykket, at der ikke eller kun i begrænset omfang er tale om klare og formulerede læringsstrategier – idet også selve termen, ”læringsstrategi”, i praksis synes at virke fremmed. Der er således et potentiale i at arbejde mere stringent med læringsstrategier, idet et sådant fokus samtidig erfaringsmæssigt skaber øget indsigt i behovene for forløbskoordinering og håndtering af overgange.

Det er Implements opfattelse, at det i MTV-rapporten nævnte fokus på *transfer* kan understøttes yderligere, hvis en medarbejder fra Neurologi- og Rehabiliteringscenter København foretager hjemmebesøg før udskrivning og følger borgeren hjem (som det i nogle tilfælde sker allerede i dag), og at der samtidig gives visitationsret til hjælpemidler, hjemmepleje og opfølgende neurorehabiliterende træning enten i hjemmet eller ambulant på Neurologi- og Rehabiliteringscenter København. Samtidig kan viden om borgeren og den nødvendige rehabiliterende indsats overføres til hjemmeplejen, som hensigtsmæssigt mødes med den udgående (trænings-)funktion fra Neurologi- og Rehabiliteringscentret i borgerens hjem.

Implement ser derudover et potentiale i gennem mere bevidste og konkrete transferstrategier at understøtte overgangene fra sygehus til Neurologi- og Rehabiliteringscenter

København gennem en tydelig involvering i udskrivningsprocessen. En forbedret transferstrategi kunne fx ligge i, at en medarbejder fra Neurologi- og Rehabiliteringscenter København igangsætter rehabiliteringsforløbet (også informations- og kommunikationsmæssigt samt i henseende til planlægning af det kommende forløb) allerede inden borgeren har forladt sygehuset – idet et tættere samarbejde mellem sygehusside og centret her kunne være en del af en mere konkret form for transferstrategisk handlemåde.

Den ovenfor anførte screening af potentialer og motivation kan gennemføres som led i en sådan proces.

Den anførte og proaktive understøttelse af overgang fra sygehus til Neurologi- og Rehabiliteringscenter København kan samtidig medvirke til at imødegå forsinket i gang-sætning af egentlige rehabiliteringsindsatser efter ankomsten til centret – idet Implement i evalueringsforløbet har identificeret flere forløb, hvor der er gået mellem ½ og 1½ uge inden påbegyndelse af sådanne indsatser.

MTV rapporten peger på vigtigheden af *tværfaglige indsatser* som væsentlig basis for optimal hjerneskaderehabilitering og for opnåelse af effekter af rehabiliteringsindsatserne – dog uden at præcisere, hvilke kompetencer der skal indgå i et tværfagligt fællesskab. Implement finder det derfor mindst ligeså relevant at få fastlagt, hvad det er for kompetencer, der skal til for at give rehabiliteringsmæssige effekter for de typer af borgere, der harmonerer med givne inklusionskriterier – som at betone vigtigheden af tværfaglighed for de kompetencer, der på et givent tidspunkt er til stede. Som nævnt ovenfor er det særligt kontinuerlig adgang til neuropsykologiske og neurologiske kompetencer, der anses som væsentligt styrkende for neurorehabiliteringsindsatserne.

For så vidt angår *de fysiske rammer* i Neurologi- og Rehabiliteringscenter København vurderer Implement dem ikke som fuldstændigt optimale, men de vurderes ikke i sig selv (og i sammenligning med øvrige temaer) som særligt begrænsende for centrets virke. Og de vurderes derfor heller ikke som et umiddelbart prioriteringsfelt.

2.4 Udvalgte anbefalinger

Struktur

- Implement anbefaler, at der etableres en enstregen ledelsesstruktur som basis for udvikling af Neurologi- og Rehabiliteringscenter København videre fremad mod 2015 og 2020, hvor den primære opgave ligger i en strategisk orienteret konsolidering og videreudvikling af centret.
- Implement anbefaler, at voksne neurorehabiliteringspatienter uanset alder placeres og håndteres inden for samme organisatoriske og fysiske rammer og ikke blandes med borgere med generelle eller andre specifikke former for rehabiliteringsbehov. Både fagligt og signalmæssigt er det nødvendigt med en klar tilkendegivelse af, at neurorehabiliteringsopgaven er særlig og kræver særlige kompetencer og rammer.

Kompetencer og faggrupper

- Implement anbefaler, at der etableres kontinuerlig og fast adgang til neuropsykologiske kompetencer og neurologiske kompetencer som grundlag for et helt nødvendigt løft af Neurologi- og Rehabiliteringscenter København – både fagligt set og som respekteret aktør på området.
- Implement anbefaler, at der gennem rekruttering af især plejepersonalet fremadrettet satses på sygeplejersker med erfaringer og kompetencer i forhold til standardisering (og herunder evt. pakkeløsninger), dokumentation og kvalitetssikring – samt at der endvidere satses på sygeplejersker med konkret erfaring fra neurologi og/eller neurorehabilitering.

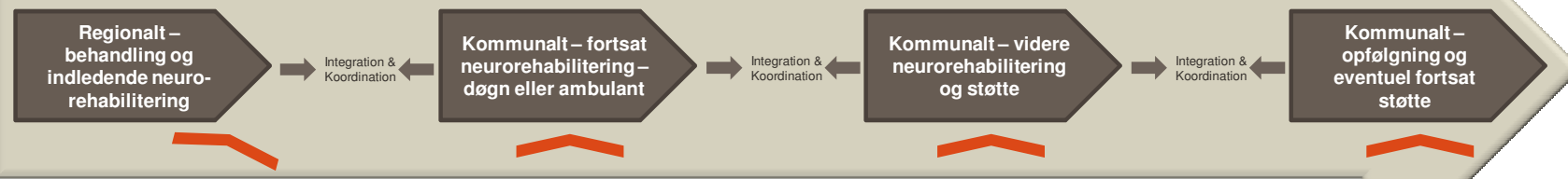
Rehabiliteringsforløb

- Implement anbefaler, at Neurologi- og rehabiliteringscenter København etablerer en indledende screenings- og motivationsprocedure, hvor rehabiliteringspotentialer og motivationsniveauer vurderes grundigt, og hvor proceduren integreres med den indledende patientvurdering samt den indledende fastlæggelse af mål for neurorehabiliteringsindsatserne. Denne indledende procedure bør omfatte neurologiske og neuropsykologiske kompetencer.
- Implement anbefaler, at de døgnbaserede neurorehabiliteringsforløb afkortes betragteligt – og at intensiteten i træningen øges betydeligt fra dag ét og i umiddelbar sammenhæng med/forlængelse af den ovenfor foreslåede, intensiverede og indledende screening (rehabiliteringspotentialer og motivation) med inddragelse af neuropsykolog og neurolog.
- Implement anbefaler, at Neurologi- og Rehabiliteringscenter København tildeles ét samlet budget, orienteret mod neurorehabiliteringsydelse og ikke mod henholdsvis træningsdel samt pleje- og omsorgsdel.
- Implement anbefaler, at der gennemføres en ensartning af principperne for tværgående service, herunder rengøring, og for tværgående fordeling af indirekte udgifter i forbindelse med beregning af enhedsomkostninger.
- Implement anbefaler én af to fremgangsmåder i relation til et styrket arbejde med standardiserede neurorehabiliteringsforløb.
 - I den ene metodik udformes der ét standardforløb – i forhold til hvilket, der så i de enkelte forløb tage stilling til om én eller flere af de forudsatte indsatser skal tages ud – eller om én eller flere supplerende indsatser skal tages ind.
 - I den anden metodik udformes to til tre standardforløb, der hver for sig afspejler forholdsvis typiske forløb for bestemte kategorier af borgere med bestemte former for sygdom, almen tilstand, sociale vilkår, aldersspænd etc. Også i denne variant kan der være tale om at operere med henholdsvis tilvalg og fravalg i forhold til standardforløbet, men her med en forventning om mindre omfang end i varianten med ét, grundlæggende standardforløb.

Implement anbefaler:

- Integrede og accelererede samt korte døgnbaserede neurorehabiliteringsforløb, præget af høj intensitet.
- Stærk prioritering af hjemmebaseret neurorehabilitering.
- Stærkt fokus på effekt af neurorehabiliteringsindsatser.

Samlet sygdoms- og rehabiliterings- samt monitoreringsforløb



Implement anbefaler:

Indledende screening ved overgang fra regionalt til kommunalt regi – med henblik på identifikation og vurdering af rehabiliteringspotentiale og motivation – samt valg af form for og karakter af videre neurorehabiliteringsindsatser.

Implement anbefaler:

Afkortning af og betydelig forøgelse af intensitet i den døgnbaserede del af det kommunale neurorehabiliteringsforløb.

Håndtering af alle voksne med neurorehabiliteringsbehov indenfor samme fysiske og organisatoriske ramme.

Implement anbefaler:

Etablering af udgående hjemme-neurorehabiliteringsteams, forankret i NRK

Stærk udvidelse af neurorehabiliteringsindsatserne i eget hjem, efter udskrivning fra accelereret, døgnbaseret og intensiv neurorehabilitering.

Implement anbefaler:

Opfølgning og måling af borgerens funktionsniveau og tilstand efter neurorehabiliteringsforløb – mhp. vurdering af effekter af neurorehabiliteringsindsatser og eventuelt behov for revitalisering.

Implement anbefaler endvidere – for at understøtte de ovenfor anførte anbefalinger og videreudviklingen af kommunens neurorehabiliteringsindsatser:

- At neurologisk og neuropsykologisk kompetence inddrages også i den kommunale del af neurorehabiliteringsforløbet, herunder i sammenhæng med indledende screening og vurdering.
- At der sættes på en øget andel af plejepersonale med erfaring fra det neurologiske område eller med erfaring fra sygehusregi.
- At andre patientgrupper, fx geriatrike eller demente, holdes udenfor NRK regiet.
- At der umiddelbart etableres en enstrengt ledelsesstruktur som basis for den videre udvikling af NRK i et perspektiv mod 2015 og 2020.
- At der i øget omfang fokuseres på enhedsomkostninger og forløbsomkostninger som led i forbedret målstyring, effektopfølgning og dokumentation.

3. Perspektiver vedrørende neurorehabilitering

Strukturreformen medførte nye arbejdsdelinger mellem regioner og kommuner – og bl.a. på rehabiliteringsfeltet overtog kommunerne væsentlige dele af den samlede opgavevaretagelse. Strukturreformen forudsatte en arbejdsdeling med udgangspunkt i en sondring mellem specialiseret rehabilitering og generel eller almen rehabilitering.

På neurorehabiliteringsfeltet er denne sondring blevet forfinet gennem opdeling i rehabilitering på basalt niveau, rehabilitering på avanceret niveau samt rehabilitering på specialiseret niveau – og gennem konkretisering af forudsatte indsatser indenfor rammerne af denne tredelte niveauopdeling. Jf. skemaoversigt nedenfor.

Ud fra praksis har den oprindelige opdeling i specialiseret og generel eller almen rehabilitering været alt andet end let at arbejde med – og snarere end at være præcis, har sondringen mellem specialiseret og almen eller generel rehabilitering været utydelig.

Det aktuelle evalueringsforløb tyder da også i retning af, at Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, allerede med den nuværende karakter af indsatser, varetager rehabiliteringsopgaver, der ikke entydigt kan henføres alene til alment eller generelt niveau – eller for den sags skyld alene til hjerneskaderehabiliteringens kategorier med basalt eller avanceret niveau.

Vanskelighederne med sondringen mellem specialiseret og generel eller almen rehabilitering er ikke blevet mindre af, at sygehusene i perioden siden strukturreformen har fortsat og intensiveret den i forvejen igangværende tendens mod stadig kortere ligge tider – hvilket i sig selv har givet mindre tid og rum til specialiseret, sygehusbaseret rehabilitering samt nødvendiggjort øget rum for rehabilitering i kommunalt eller primærsektorielt regi. Dermed har kommunerne de facto også overtaget borgere med behov for rehabiliteringsindsatser, der ud fra strukturreformens præmisser ville blive betragtet som specialiserede.

Bestræbelserne på at forfine sondringen – som på hjerneskadeområdet – kan ses som et svar på de oprindelige problemer med at skelne tilstrækkeligt præcist mellem specialiseret samt generel eller almen rehabilitering. Sondringen giver derimod ikke bidrag til håndtering af den omhandlede udfordring med i praksis at stå for bestemte former for rehabiliteringsindsatser, der kan siges at ligge udenfor specialiseret rehabilitering.

Implement vurderer det som en blivende tendens, at andelen af rehabiliteringsindsatser, der foregår i sygehusregi, går nedad – denne tendens kan også ses i andre lande, herunder i Norge, Sverige og Skotland. I disse lande understøttes oven i købet tendenserne mod at opgradere kompetencer og kapacitet i primærsektoren, der muliggør udvidede og helt tidlige (og dermed specialiserede) rehabiliteringsindsatser.

Ligeledes går tendensen i disse lande generelt mod øget andel af opgavevaretagelse på sundhedsområdet via primærsektoriel og kommunal kapacitet.⁸

Rehabiliterings-niveauer	Målgruppe	Indhold
Basalt niveau	<p>Borger med funktionsnedsættelser og aktivitetsbegrænsninger inden for områderne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bevægelsesfunktioner • Mentale funktioner, der påvirker almindelige daglige funktioner (ADL), herunder egenomsorg • Sprogfunktioner • Medicinske/plejemæssige problemstillinger • Læring • Omsorg for sig selv • Kommunikation 	<p>Forløbet kan indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fysioterapi og ergoterapi • Hjemmesygepleje og/eller personlig og praktisk hjælp • Kommunikationsundervisning • Socialpædagogisk bistand • Arbejdsprøvning og/eller arbejdsfastholdelse med lav kompleksitet • Hjælpemidler og boligændringer • Patient rettet forebyggelse
Avanceret niveau	<p>Borger, der foruden funktions-nedsættelser på basalt niveau har funktionsnedsættelse og aktivitets-begrænsninger inden for områderne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mentale funktioner, der påvirker livssituationen i alvorlig grad • Kommunikative funktioner (betydelig funktionsnedsættelse) • Dysfagi • Sansefunktioner, herunder syn og hørelse 	<p>Foruden indholdet på basalt niveau kan forløbet indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erhvervsevne afklaring (forsørgelsesmæssig afklaring) • Neuropsykologi • Særlige indsatser i forhold til sansedefekter samt dysfagi • Uddannelsesvejledning
Specialiseret niveau	<p>Borger, der foruden funktions-nedsættelser på basalt og avanceret niveau har funktionsnedsættelser og aktivitets-begrænsninger inden for områderne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Svære adfærdsproblemer • Væsentligt nedsat sygdomserkendelse • Identitetsvanskeligheder (særligt i tilfælde, hvor hjerneskaden opstår tidligt i livsforløbet) • Funktionsnedsættelse og aktivitetsbegrænsninger, der hindrer arbejdsfastholdelse, og hvor der er forventning om stort udbytte af et intensivt forløb 	<p>Foruden indholdet på basalt og avanceret niveau kan forløbet indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psykologisk støtte og opfølgning, herunder gruppe- og individuel terapi • Særlige tilbud til pårørende • Specialiseret niveau kan indgå i vidensformidling og rådgivning af neurofagligt personale i primærsektor

⁸ Samhandlingsreformen i Norge er et eksempel på en national strategisk satsning i retning af øget andel af kommunal/primærsektoriel opgavevaretagelse på sundhedsområdet og herunder på rehabiliteringsfeltet. Det skotske sundhedssystem agerer med en klar målsætning om "shifting the balance of care towards community based health solutions".

Tages der udgangspunkt i den ovenfor anførte vurdering – og udvikler det danske sundhedssystem sig generelt i retninger, svarende til dem, der kan identificeres i f.eks. Norge og Skotland samt Sverige og England, vil det være nødvendigt at forholde sig til et scenarie, hvor en stadigt stigende andel af mange forskellige former for neurorehabilitering kommer til at foregå i kommunalt/-primærsektorielt regi – herunder eventuelt i gensidigt forpligtende former for samarbejde mellem regionale kompetencer og kapacitet samt kommunale/primærsektorielle kompetencer og kapacitet.

Samtidig kan der – ud fra det anførte scenarie – forventes en fortsat kapacitetsmæssig koncentration og en relativ øget vægtlægning på de helt komplekse og højt specialiserede neurorehabiliteringsopgaver.

Det omhandlede scenarie kan eventuelt udsættes eller være urealistisk, såfremt de særlige enheder for hjerneskaderehabilitering (Center for Hjerneskade, Kurhus, Center for Neurorehabilitering m.fl.) får en udvidet rolle og i højere grad end nu gøres til basis for mere bredt baserede rehabiliteringsforløb. Implement finder ikke denne variant sandsynlig – og finder det snarere forventeligt, at disse særlige enheder i stigende grad får vanskeligt ved at opretholde eksistensgrundlaget.⁹ Regionernes og kommunernes øgede vægring ved at betale for indsatser fra disse særlige enheder – selvom de uomtvisteligt besidder væsentlige kompetencer på hjerneskadeområdet – synes at pege i samme retning. Det hører med i dette billede, at de såkaldte "frit valgs midler", der hidtil har været et væsentligt finansieringsmæssigt grundlag for de særlige enheder næppe – sådan som Implement læser udviklingsbilledet – kan forventes opretholdt i et perspektiv mod 2015 eller 2020.

Det vurderes af Implement som en væsentlig supplerende (international) tendens, at sundhedsområdet og socialområdet i langt højere grad, end det traditionelt har været tilfældet, søges integreret.¹⁰ på tværs af sektorer samt på tværs af specialiserede og almene opgaver. Denne tendens afspejles af en række danske kommuners øgede prioritering gennem de senere år af mere forvaltnings tværgående indsatser, af egentlige sammenlægninger af forvaltninger samt af øget satsning på koncernstyringsmodeller og -principper.

Tages der udgangspunkt i denne vurdering, vil det i øget omfang være nødvendigt at sammentænke neurorehabiliteringsindsatser på tværs af sundhedsområdet og det sociale område, herunder også i forhold til den del af neurorehabiliteringsforløbene, der ligger i udskrivningsfasen samt i fasen efter udskrivning.

Endelig vurderer Implement det som en ligeledes blivende tendens, at fokus på effekt og på systematisk opfølgning omkring kvalitet (herunder patientsikkerhed) er kommet for at blive – og at også indsatserne omkring neurorehabilitering samt NRK vil blive præget af denne udvikling.

⁹ I 2012 var gennemsnitligt set 65% af Kurhusets pladser besat med borgere fra Københavns Kommune

¹⁰ I Finland er sundhedssystemet og det sociale system lagt sammen på nationalt niveau fra 2012. I Skotland er der etableret Health and Social Care Partnerships, ligesom NHS Director General fra juni 2012 har fået titel af Health and Social Care Director.

4. Organisatorisk virkemåde

I dette afsnit gennemgås identificerede organisatoriske virkemåder for Neurologi- og Rehabiliteringscenter København – herunder styrker og svagheder i forhold til de fem dimensioner i evalueringskonceptet.

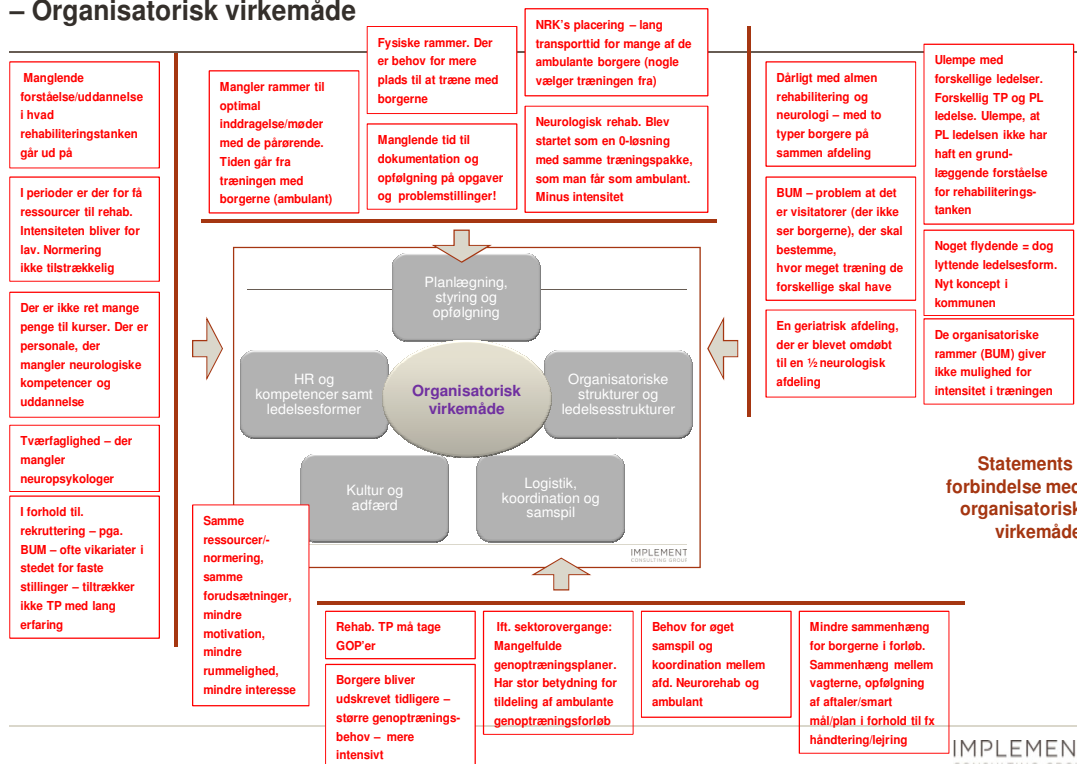
Organisatorisk virkemåde er primært blevet behandlet via de afholdte workshops i evalueringsforløbet, men de individuelle interviews samt journalgennemgange og patient- og pårørendeinterviews har bidraget til at supplere billedet af centrets samlede organisatoriske virkemåde.

De indsatte figurer nedenfor afspejler de indspil, der blev givet på workshop I – idet de grønne indspil står for styrker ved centrets aktuelle virkemåde, mens de røde indspil afspejler felter, hvor centrets virkemåde opleves at kunne forbedres.

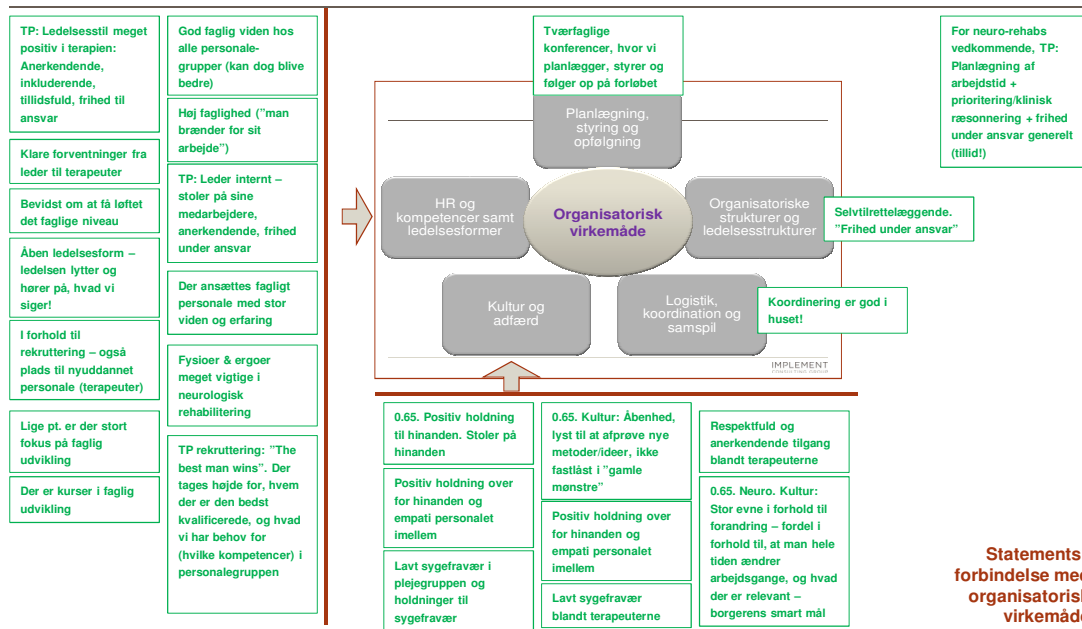
Styrkefelterne koncentrerer sig, som det fremgår af figuren med grønne indspil, i høj grad omkring dimensionerne vedrørende "HR, ledelsesformer og kompetencer" samt "Kultur og adfærd", mens der for de øvrige dimensioner ("organisatoriske og ledelsesmæssige strukturer", "logistik, koordination og samspil" samt "planlægning, styring og opfølgning") kun i sparsomt omfang er givet grønne indspil.

Når det gælder de røde indspil – vedrørende svagheder eller forbedringsmuligheder – er der i højere grad en jævn fordeling ud på de fem dimensioner i organisatorisk virkemåde konceptet.

Evaluering af NRK – Organisatorisk virkemåde



Evaluering af NRK – Organisatorisk virkemåde



Statements i forbindelse med organisatorisk virkemåde

IMPLEMENT
CONSULTING GROUP

Ses der på mønstrene i de forskellige indspil, kan følgende konstateres:

I forhold til "HR og kompetencer samt ledelsesformer":

På den grønne side: Ledelsesformerne (ledelsestilen) med udpræget delegering af ansvar anerkendes, ligesom der opleves en stor grad af fokus på det faglige og de faglige kompetencer, et generelt set højt fagligt niveau – samt muligheder for kompetence-udvikling og efteruddannelse. Det sidstnævnte må formentlig bl.a. ses i lyset af de gennemførte kompetenceudviklingsaktiviteter indenfor det seneste halve års tid.

På den røde side: Der opleves fortsat behov for (yderligere) kompetenceudvikling og højnelse af det faglige niveau, ligesom intensiteten i træningsindsatserne (og ressourcer til disse indsatser) opleves som for lav (lave). De manglende neuropsykologiske kompetencer vurderes i sammenhængen som et væsentligt forhold, der generelt reducerer det faglige niveau og indsatsmulighederne.

I forhold til "Kultur og adfærd":

På den grønne side: Kultur og adfærd opleves i høj grad som en styrke – der anføres, at der generelt er et fint samarbejde og en anerkendende tone både indenfor og på tværs af faggrupperne. Også bevidste holdninger til sygefravær og stor grad af forandringsvilje nævnes som eksempler på god kultur og gode normer for adfærd.

På den røde side: Der er kun sparsomme indspil her – gående på især det motivations-mæssige, hvor der ind imellem opleves som vanskeligt at holde gejsten indenfor rammer, hvor der opleves pænt store ambitioner og samtidige begrænsede ressourcer ("i for høj grad

tale om samme ressourcer og samme normeringer som før, selvom vi er gået fra ren almen rehabilitering til også specialiseret rehabilitering”).

I forhold til ”Organisatoriske strukturer og ledelsesmæssige strukturer”:

Den grønne side: Kun mulighederne for ”selvtilrettelæggelse” anføres her – idet dette indspil for så vidt også kunne være del af de ovenfor nævnte indspil vedrørende ”HR og kompetencer samt ledelsesformer” (de oplevede ledelsesformer med udstrakt udlægning af ansvar for de forskellige opgaveløsninger).

Den røde side: Her anføres BUM modellens oplevede negative konsekvenser for intensitet og omfang af træning, ligesom tilstedeværelsen af såvel neurorehabiliterings patienter som ”geriatiske patienter” anføres som dysfunktionel. Også den særlige ledelsesmæssige struktur på centret, med en delt ledelse i et terapi- samt et plejespor anføres som problematisk eller som ”flydende”.

I forhold til ”Planlægning, styring og opfølgning”:

Den grønne side: Det er bemærkelsesværdigt, at der her kun er et enkelt indspil, der vedrører den interne tværfaglige planlægning af neurorehabiliteringsforløbene.¹¹

Den røde side: Her er det især de fysiske rammer og den fysiske beliggenhed der trækkes frem – herunder oplevelsen af manglende plads til pårørende. Dog anføres også manglende tid til dokumentation og opfølgning i det hele taget som en mangel – bl.a. baseret på utilstrækkelige ressource- og normeringsmæssige rammer.

I forhold til ”Logistik, koordination og samspil”:

Den grønne side: Den interne koordination anføres og opleves som god.

Den røde side: Interne svagheder i koordination og samspil anføres her, bl.a. mellem den ambulante del og den døgnbaserede del, men også i sammenhæng med overdragelse fra dag tid til aften og nat. Også overgangene mellem sygehussiden og Neurologi- og Rehabiliteringscenter København anføres, herunder i relation til mangler i genoptræningsplanerne.

Det bemærkes, at workshop III – hvor ledelsen også deltog – omfattede større omfang af indspil og dialog vedrørende de dimensioner i ”Organisatorisk virkemåde”, der kun i mindre grad var med efter de to første workshop runder. De problematikker (svagheder), der her blev berørt, vedrørte især rammerne for økonomisk og aktivitetsmæssig styring, men i noget omfang også den særlige organisatoriske struktur.

4.1 Evalueringsbidrag

I dette afsnit redegøres der for vurderingerne fra Implement omkring organisatorisk virkemåde.

¹¹ Implement har valgt at rubricere de fysiske forhold i sammenhæng med planlægning, styring og opfølgning – men i nogle henseender kunne de givne indspil have været lagt også under logistik, koordination og samspil.

Generelt og overordnet forekommer Neurologi- og Rehabiliteringscenter København på mange måder at fungere tilfredsstillende – ikke mindst, når der ses på de rammebetingelser, centret har som følge af budgetmodel og (forskellige) styringsprincipper, og når der ses på de systemer og værktøjer, centret har til rådighed for økonomisk og aktivitetsmæssig styring. Og ikke mindst, når det erindres, at centret er gået i drift for under 2 år siden og med personale- og kompetencemæssige grundlag, der ikke kan betegnes som optimale.

De økonomi og aktivitetsstyringsmæssige rammer forekommer helt unødvendigt komplekse og uigennemsigtige, ligesom det er vanskeligt (for ikke at sige umuligt) at se sammenhæng mellem budgetteringsforudsætninger og faktiske enhedsomkostninger – et forhold, der forstærkes af, hvor kompliceret og arbejdskrævende det er rent faktisk at beregne og følge op på enhedsomkostninger, det vil sige samlede udgifter per type af forløb.

Der vendes tilbage til økonomistyring og enhedsomkostninger i afsnittet 'Økonomisk planlægning, styring og opfølgning' nedenfor og i afsnit 8.2.

De fysiske rammer og beliggenheden af Neurologi- og Rehabiliteringscenter København forekommer, sådan som Implement vurderer det, ikke at være noget voldsomt problem. I et perspektiv, hvor centret måske også på sigt kunne overveje at udbyde pladser til andre kommuner (svarende til de udbudte pladser til SOF), vil centrets nuværende beliggenhed måske snarere end noget andet være en fordel.

Når det gælder de fysiske rammer, set fra patienternes og de pårørendes side – og set ud fra hensynet til optimale træningsindsatser kan der peges på mangler og svagheder, herunder nogle af de mangler og svagheder centret selv giver indspil omkring.

Implement vurderer dog ikke de fysiske rammer for patienter og pårørende samt for træningsindsatser som et problem, der i den aktuelle situation og på det aktuelle udviklingsstade for Neurologi og Rehabiliteringscenter København kan have helt afgørende topprioritet. Andre mangler og svagheder, herunder ikke mindst kompetenceniveau og grad af intensitet i træningsindsatser, forekommer således væsentligt mere presserende på kortere sigt.

Neurologi- og Rehabiliteringscenter København forekommer derimod at være præget, også når det gælder organisatorisk virkemåde, af sammensætningen af aktiviteter og af den fysiske sammenhæng med almen rehabilitering og plejehjemspladser.

Jf. også afsnit 5 forekommer det unaturligt og uhensigtsmæssigt at blande neuro-rehabiliteringspatienter med geriatriske patienter, sådan som et aktuelt gøres på afsnittet vedrørende aldersgruppen 65 år+. Ligeledes forekommer det på lidt længere sigt heller ikke formålstjenligt, at afsnittet for patienter under 65 år i nogle tilfælde anvendes som midlertidigt ophold eller til andre former for rehabilitering.

Neurologi- og Rehabiliteringscenter København bør således, også ud fra de specielle kompetencemæssige hensyn, afgrænses fysisk fra andre former for aktiviteter.

Det er ikke det samme, som at centret ikke kan være del af et større kompleks. Tværtimod vurderes det som nødvendigt fortsat at lade Neurologi- og Rehabiliteringscenter København

være del af et større fysisk fællesskab, hvor flere enheder og aktivitetstyper kan trække på tværgående støtte- og servicefunktioner, og hvor der ud fra hensyn til drift og kapacitetsudnyttelse er mulighed for at sikre vagtfællesskaber på tværs af enheder og aktiviteter.

I et lidt længere perspektiv ville det dog være nyttigt for Neurologi- og Rehabiliteringscenter København at dele fysik med andre former for enheder end et plejehjem. Hjerterehabilitering, rehabilitering efter cancer og andre lignende, mere specialiserede rehabiliteringsformer, kunne her tænkes ind.

Samtidig kunne omfanget af de indsats typer, Neurologi- og Rehabiliteringscenter København tager sig af, tænkes øget. Der tænkes her bl.a. på det forventet øgede behov for "vedligeholdelsesindsatser" i forhold til rækken af degenerative neurologiske lidelser – hvor perspektivet ellers ville være et støt stigende omfang af bl.a. ambulante besøg i sygehusregi, hvor indsatserne måske lige så godt og måske endda mere hensigtsmæssigt kunne foregå i regi af Neurologi- og Rehabiliteringscenter København.

I sammenhæng med den organisatoriske virkemåde vurderer Implement, at Neurologi- og Rehabiliteringscenter København på mange måder udviser et stærkt fundament.

Kompetenceniveauet er vokset, både som følge af det gennemførte kompetenceudviklings- og uddannelsesforløb for såvel terapeut- som plejesiden, og fordi centret nu har opbygget erfaringer med og udviklet bedre former for tværfagligt samarbejde, borger- og pårørende inddragelse samt målrettede træningsindsatser.

Ligeledes forekommer de almindelige praktiske standarder for adfærd og kultur og for samarbejde og koordination at være på et niveau, der er anerkendelsesværdigt – selvom der selvfølgelig altid (i enhver organisation) vil kunne peges på "hændelser" og "outliers".

Som det også fremgår af andre dele af denne evaluermæssige afrapportering, finder Implement ikke grund til andet, end at lade et generelt set stærkt og over det seneste 1½ års tid klart forbedret fundament være basis en videre og ambitiøs udvikling af Neurologi- og Rehabiliteringscenter København.

Det vil være en hjælp i sådanne bestræbelser at få sikret et entydigt og ikke-faggruppe baseret organisations- og ledelsesstrukturelt grundlag. Ligeledes vil det være en hjælp at få sikret betydeligt enklere og mere gennemsigtige økonomistyringsprincipper.

Organisatorisk og ledelsesmæssig struktur

Det er en klar vurdering, at de to ledere i Neurologi- og Rehabiliteringscenter København på meget tilfredsstillende vis har klaret den vanskelige, udviklingsorienterede opgave med de første faser af opbygningen mod et stærkt og anerkendt samt effekt skabende Neurologi- og Rehabiliteringscenter København.

Det kan på den baggrund forekomme urimeligt eller uforståeligt at foreslå ændringer af den organisatoriske og ledelsesmæssige struktur. Ikke desto mindre finder Implement anledning til at anbefale en justering af den organisatoriske og ledelsesmæssige struktur, således at centret kan udvikles relativt hurtigt og mærkbart og herunder også fungere som en form for

rollemodel i disse års tendenser mod øget primærsektoriel opgavevaretagelse. Som det fremgår af andre afsnit i denne evalueringsrapport indebærer dette bl.a. satsning på involvering af neurologiske samt neuropsykologiske kompetencer, væsentligt ændret balance mellem den døgnbaserede kapacitet og kapaciteten til ambulante og udgående indsatser samt væsentlig professionalisering af den økonomiske og aktivitetsmæssige styring.

Ind i en sådant billede vurderer Implement det som nødvendigt, at Neurologi- og Rehabiliteringscenter København har én leder, der hensigtsmæssigt kan være såvel fagligt som strategisk og styringsmæssigt velfunderet.¹²

En ledelsesstruktur med én leder kan eksempelvis suppleres via et antal teamledere, der hver favner over forskellige typer af "produktionsformer" (døgnbaseret, ambulante, udgående) – eller hvor andre former for grundlag anvendes som basis for teams og teamledere.

Det vil i en ledelsesstruktur med én leder være nødvendigt at tilknytte én økonomi-medarbejder, der på tværs af faglige felter (terapi samt pleje og omsorg) arbejder ud fra ét samlet budget og én samlet regnskabs- og opfølgingsstruktur.

I en samlet ledelsesmæssig struktur finder Implement det i et fremadrettet perspektiv helt nødvendigt på teamlederniveau at inkludere neurologiske erfaringer og kompetencer.

Økonomisk planlægning, styring og opfølgning

Der udmøntes separate budgetter for pleje- og omsorgsdelen og for træningsområdet i Neurologi- og Rehabiliteringscenter København (og Hasselbo).

Pleje- og omsorgsområdet dækker pleje og drift af de 53 døgnpladser til såvel neuro-rehabilitering som almen rehabilitering og de 50 plejehjemspladser (inkl. plejehjemslignende beskyttede boliger), mens træningsdelen dækker både den ambulante træning af borgere med erhvervet hjerneskade og træningen af borgere på de døgnbaserede rehabiliteringspladser (neurologiske og almene).

De 15 neurologiske rehabiliteringspladser for borgere under 65 år anvendes af Social og Handicapforvaltningen (SOF) indenfor rammerne af en samarbejdsaftale med Sundhed og Omsorgsforvaltningen (SUF). Den overordnede budgetstyringsmodel er dog den samme for pladserne over/under 65 år.

Pleje- og omsorgsområdet er styret via forskellige principper for plejehjemsdelen og rehabiliteringsdelen. Plejehjemsdelen styres ud fra BUM modellen (Bestiller Udfører Modtager), og dermed afregnes plejehjemmet (udbyderen) for de ydelser, som den kommunale visitation bestiller hos Hasselbo, og som borgerne i sidste ende modtager. Grundpakken for pleje og omsorg, tilknyttet en plejehjemsplads, svarer til en budgetteret og afregnet enhedspris på 282.000 kr. pr. plads om året. Herudover kan der for den enkelte borger tildeles specialpakker på baggrund af specifik funktionsevne og plejebehov.

¹² Neurologi- og Rehabiliteringscenter Københavns økonomiske resultat for 2012 – et overskud/mindreforbrug i en situation med pres og bevilling af samt efterspørgsel efter yderligere ressourcer taler sit eget tydelige sprog.

Pleje- og omsorgsydelser, tilknyttet borgere på rehabiliteringspladserne, er i modsætning til plejehjemspladserne midlertidige og rammestyrede.

Pleje og omsorg i tilknytning til de midlertidige døgnpladser (rehabiliteringspladser, pladser på akutplejeenhed eller palliative enheder mv.) budgetteres og afregnes ud fra et basisniveau på 276.000 kr. pr. plads om året – og Københavns Kommunes forskellige typer midlertidige døgnpladser enhedspris er derefter differentieret ud fra en generisk vurdering af pleje- og omsorgstyngde¹³.

Pleje og omsorg tilknyttet rehabiliteringspladser afregnes med faktoren 1,255 * basisenheden, dvs. 346.380 kr./år. Der skelnes ikke mellem type af rehabiliteringsplads, og enhedsprisen for pleje og omsorg i relation til en neurorehabiliteringsplads er dermed den samme som i forhold til en almen rehabiliteringsplads.

Ud over budget til pleje- og omsorgsydelserne modtager pleje- og omsorgsområdet et kapacitetsbudget (rengøring/vask, øvrig budget til BUM pladser, administration og ejendomsudgifter) og et køkkenbudget. Det samlede budget udgjorde i 2012 i alt 25,3 mio. kr. (jf. tabel nedenfor).

Pleje- og omsorgsbudget 2012	Værdi
BUM budget og budget til øvrige pladser	19.059.959
Kapacitetsbudget:	6.211.408
Øvrige ressourcer, ydertimer, aktiviteter, sygeplejersker, træning	723.716
Køkkenbudget:	2.639.725
Daghjemsbudget:	0
Dagcenterbudget:	0
Indtægter (mad og valgfrie ydelser):	-4.197.572
Totalbudget 2012 ekskl. moms	25.271.367

Træningsområdet dækker træningen tilknyttet døgnpladserne og et ambulante tilbud. Træningsområdet er ligesom pleje- og omsorgsområdet styret via to forskellige principper – én for den ambulante træningsdel og en anden for den døgnbaserede træningsdel. Den ambulante træningsdel er organiseret via BUM modellen, og budget og afregning er dermed afhængig af antallet og typen af visiterede genoptræningsforløb (visiteret af kommunen).

¹³ Akutplejeenhed (APE) udregnes med faktoren 1,58, beskyttet bolig med 0,4, demenspladser 1,66 og palliative pladser 1,99.

Den døgnbaserede træningsdel er mål- og rammestyret, og Neurologi- og Rehabiliteringscenter København modtager således et fast årsbudget til dækning af den døgnbaserede træning.

Budgettet udmøntes på baggrund af antallet af pladser, hvor enhedsprisen for træning til borgere på neurologiske rehabiliteringspladser er fastsat til 106.596 kr. pr. plads om året, og enhedsprisen for træning til borgere på de almene rehabiliteringspladser er fastsat til gennemsnitligt 64.764 kr. pr. plads om året¹⁴. Træningstygnden er således budgetmæssigt set større for neurorehabiliteringsindsatsen end for den almene rehabiliteringsplads.

Inden for neurorehabiliteringsområdet differentieres der ikke budgetmæssigt mellem træning tilknyttet neurorehabiliteringspladser for borgere under 65 år og borgere i aldersgruppen 65 år+.

Ud over budget til træning modtager træningsdelen kapacitetsbudget (ledelse, administration mv.) samt øvrig rammebudget, transportbudget og ejendomsbudget (til trænings pavillion). Det samlede budget udgjorde i 2012 12,5 mio. kr.

Træningsbudget 2012	Værdi
Trænings Sundhedslov (ambulant træning)	4.200.000
Rammebudget til løn til terapeuter	4.370.000
Kapacitetsbudget	1.947.000
Øvrige rammebudget	251.000
Transportbudget	1.132.000
Ejendomsområdet	556.000
Samlet Budget	12.456.000

Alt i alt har en neurorehabiliteringsplads således et pleje- og omsorgsbudget på 346.380 kr. om året, og et træningsbudget på 106.596 kr. om året, dvs. i alt ca. 453.000 kr. Herudover skal der i en enhedsbetragtning medregnes en andel af de øvrige udgifter til administration, ejendom, rengøring/vask, mad mv., der i dag ikke budgetmæssigt er opgjort pr. enhed (plads/år).

Samlet set fremstår økonomistyringsprincipperne omkring Neurologi- og Rehabiliteringscenter København (Hasselbo) som overordentlig komplekse – måske endda unødvendigt komplekse. Jf. også opsummerende tabelopstilling nedenfor.

¹⁴ Budget for træning tilknyttet almen rehabiliteringspladserne differentieres mellem forløb med og forløb uden vurderingskonference.

**Opsummering af styringsprincipper og enhedsværdi (pr. plads). Plejedelen og træningsdelen.
NRK/Hasselbo, 2012**

NRK/Hasselbo	Plejedelen		Træningsdelen	
	Plejhjemspladser (50)	Døgnrehabiliteringspladser (53)	Ambulant træning	Døgnbaseret træning
Økonomisk styringsprincip	Aktivitetsbaseret styring (BUM-model)	Mål- og rammestyring (ikke-BUM pladser)	Aktivitetsbaseret styring (BUM-model)	Mål- og rammestyring
Enhedsværdi (pr. plads/året)	Basispakke: 282.000 kr. Med mulighed for tillægspakker.	Rehabiliteringspladser: Basisenhed for ikke-BUM pladser (272.000 kr.) * 1,255 = 346.380 kr.	Fast timepris: 535 kr. Mange træningspakker med forskellige tidssatser.	Træning tilknyttet neurorehabiliteringsplads: 106.596 kr. Træning tilknyttet almen rehabiliteringsplads: 64.764 kr.

Principperne omfatter aktivitets- og bestiller-udfører baserede styringsprincipper samt rammestyring. Der er adskilte budgetter på faggruppe baserede funktioner, idet disse midler alligevel i anden omgang skal fordeles på indsatsområder og funktioner. Der er egen kapacitet (SUF) og solgt kapacitet (til SOF).

Der er herudover kontobetegnelse i ressourcestyringssystemerne, hvor teksterne ikke er ajourførte, eller hvor de er decideret vildledende. Herover er der også lagt forskellige former for praksis ind i forbindelse med fx rengøring, ligesom enhedsomkostninger for rehabiliteringsydelse og for forskellige typer af rehabiliteringsydelse (netop på grund af de mange ikke synkrone principper) fremstår som ganske vanskelige at beregne – der er ganske enkelt ikke gennem-sigtighed omkring enhedsomkostninger, selvom budgetmodellen i udgangspunktet opererer med forskellige typer af enhedsomkostninger.

Det forhold, at der i 2012 var tale om et mindre forbrug på 1,4 mio.kr. afspejler måske meget godt kompleksiteten i de økonomistyringsmæssige rammer.

Man kan vælge at bebrejde de involverede og ansvarlige for manglende omhu og rettighed i den økonomiske styring – det er sådan set forunderligt, at et område der oplever stort ressource- og normeringsmæssigt pres, og som i forhold til bestemte patienter (fra Kurhuset) modtage ekstrabevillinger i 2012, samtidig kommer ud med et mindre forbrug end budgetteret.

Men man kan også vælge at spørge, om de økonomistyringsmæssige rammer, og de opfølgningssystemer, der er til rådighed, giver et rimeligt grundlag for løbende ledelsesmæssig monitorering og indsigt.

I et scenarie med et eventuelt overforbrug – hvilket alt andet lige måtte forekomme at være en mere plausibel udgang på 2012 end det realiserede mindre forbrug – ville den eksakte udredning af, hvad et sådant overforbrug skyldtes og ikke mindst (med den faggruppeorienterede, to delte budgetfordeling), hvem der havde ansvaret for det, måske have været vanskeligt.

Ses der på den faktiske omkostningsfordeling i 2012 – og mulighederne for at monitorere i forhold til faktiske enhedsomkostninger – kan følgende noteres:

Hverken for pleje- og omsorgsdelen eller træningsdelen konteres afholdte udgifter på en sådan måde, at forbruget til indsatserne til neurorehabilitering, og de forskellige typer af aktiviteter i det hele taget, umiddelbart kan udskilles.

Omkostningerne i forbindelse med en døgnplads med neurorehabilitering i Neurologi- og Rehabiliteringscenter København kan dog beregnes ud fra fastlagte (og justerbare) fordelingsprincipper.

Implement har gennemført en sådan beregning, idet de nødvendige udgiftsfordelinger her er fordelt ud fra to overordnede fordelingsnøgler – fordelingen af pladser og fordelingen af årsværk (se Bilagssamlingens Bilag 3 for udredning af datagrundlag og fordelingsnøgler).

I 2012 var der således på baggrund af udtræk fra lønsystemet 23,9 terapeutårsværk og 3,1 årsværk i administrationen/ledelsen – i alt 27 årsværk – tilknyttet træningsdelen (med en samlet lønudgifter på 10,3 mio. kr.).

Tabel nedenfor viser fordelingen af årsværk i træningsdelen på henholdsvis døgnbaseret træning¹⁵ (neurorehabilitering for borgere under 65 år, neurorehabiliteringspladser for borgere i aldersgruppen 65 år+, pladser til almen rehabilitering) og ambulante træning.

Det fremgår, at der er flere terapeuter pr. plads tilknyttet neurorehabiliteringspladserne (0,3 årsværk pr. plads) end de almene rehabiliteringspladser (0,2 årsværk pr. plads)¹⁶.

Tabel 1 Fordeling af personale- og administrationsårsværk på type af plads/aktivitet, træningsdelen, 2012

Træningsdelen	Neuro 65-		Neuro 65+		Almen rehab		Ambulant	I alt
	Årsværk (antal)	Årsværk pr. plads	Årsværk (antal)	Årsværk pr. plads	Årsværk (antal)	Årsværk pr. plads	Årsværk (antal)	Årsværk (antal)
Personale (terapeuter)	4,3	0,3	2,2	0,3	6,5	0,2	10,9	23,9
Administration	0,6	0,04	0,3	0,04	0,8	0,03	1,4	3,1

Det fremgår endvidere af tabel nedenfor, at der i pleje- og omsorgsdelen i 2012 var 72,1 personaleårsværk (sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter mv.), 6,3 årsværk i administration/ledelse og 17,3 årsværk i serviceafdelingen (rengøringsassistenter mv.) – i alt 95,7 årsværk med en samlet lønudgift på 36,9 mio. kr.

¹⁵ Fordelingen er baseret på lønudgifternes kontering i NRK's lønsystem, så vel som den ledelsesmæssigt bestemte allokering af terapeuter mellem funktioner/afsnit. I dagligdagen vil der dog være overlap mellem terapeuterne, tilknyttet den døgnbaserede træning. Dette gælder særligt ved sygdom, ferie mv.

¹⁶ Se Bilag 4 for uddybende information om typen af stillinger i trænings- og plejedelen.

Fordeling af personale-, administrations- og serviceårsværk på type af plads/aktivitet, plejedelen, 2012

Plejedelen	Neuro 65-		Neuro 65+		Almen rehab		Plejhjem		I alt
	Årsværk (antal)	Årsværk pr. plads	Årsværk (antal)	Årsværk pr. plads	Årsværk (antal)	Årsværk pr. plads	Årsværk (antal)	Årsværk pr. plads	Årsværk (antal)
Personale (sygeplejersker, sosu mv.)	7,6	0,5	5,0	0,7	22,3	0,7	37,3	0,7	72,1
Administration	0,7	0,04	0,4	0,06	2,0	0,06	3,3	0,07	6,3
Serviceafdeling (rengøringspersonale)	2,5	0,2	1,2	0,2	5,2	0,2	8,4	0,2	17,3

Af tabel nedenfor fremgår resultaterne af den gennemførte omkostningsfordeling, idet de eksakte fordelingsnøgler fremgår af Bilagssamlingen, Bilag 3, og idet der er gennemført et forløb med såvel økonomiressourcer i Københavns Kommune som de to ledere i Neurologi- og Rehabiliteringscenter København (Hasselbo) og disses lokale økonomimedarbejdere.

Fordeling af omkostninger på type af plads/aktivitet, NRK/Hasselbo, 2012

Omkostningsbilledet (2012)	Neuro -65		Neuro +65		Almen rehab		Ambulant	Plejhjem
	Pr. plads	Pr. forløb	Pr. plads	Pr. forløb	Pr. plads	Pr. forløb	Pr. forløb	Pr. plads
Træningsdelen (NRK)(i alt)	125.655	25.820	134.631	29.450	91.201	10.097	13.806	0
Administration (løn)	14.931	3.068	15.997	3.499	10.837	1.200	1.271	0
Personale (løn)	107.532	22.096	115.213	25.203	78.047	8.641	9.701	0
Øvrige omkostninger (samlet)	3.193	656	3.421	748	2.317	257	2.834	0
Plejedelen (Hasselbo)(i alt)	468.758	96.320	564.619	123.510	492.386	54.514	0	459.875
Administration (løn)	22.481	4.619	32.017	7.004	32.017	3.545	0	33.241
Personale (løn)	217.731	44.739	304.055	66.512	304.055	33.663	0	270.321
Vikarudgifter	72.233	14.842	72.233	15.801	0	0	0	0
Serviceafdeling (løn)	51.940	10.673	51.940	11.362	51.940	5.750	0	51.940
Øvrige omkostninger (samlet)	104.374	21.447	104.374	22.832	104.374	11.556	0	104.374
I alt (plejedel + træningsdel)	594.413	122.140	699.249	152.961	583.587	64.611	13.806	459.875

Ift. træningsdelen fremgår det af denne tabel (umiddelbart ovenfor), at

- udgifter til træning (løn til personale) i 2012 opgøres til 107.532 kr. pr. neurorehabiliteringsplads for borgere under 65 år og 115.213 kr. pr. neurorehabiliteringsplads for borgere over 65 år. Dette ligger på niveau med det budgetterede rammebeløb på 106.596 kr. pr. plads¹⁷.
- udgifter til træning (løn til personale) i 2012 opgøres til 78.047 kr. pr. almen rehabiliteringsplads, hvilket ligger på niveau med det budgetterede rammebeløb på 64.764 kr. pr. plads om året¹⁸.

¹⁷ Det er her taget med i betragtningen, at der i 2012 er bevilget ekstra træningsressourcer ud over de i rammebudgettet fastsatte enhedsværdier.

¹⁸ do.

- neurorehabilitering er dyrere end almen rehabilitering, svarende også til de budgetteringsmæssige forudsætninger.
- der til et døgnbaseret neurorehabiliteringsforløb gennemsnitligt er tale om knapt tre gange så megen træning som til et ambulante neurorehabiliteringsforløb (opgjort i samlet lønværdi). Opgjort pr. forløb udgør lønværdien af træningen, tilknyttet den døgnbaserede neurorehabilitering af borgere under 65 år, 22.095 kr., mens den tilsvarende størrelse er 25.203 kr. for den døgnbaserede genoptræning af borgere i aldersgruppen 65 år+ samt 9.701 kr. for den ambulante neurorehabilitering.

Ift. plejedelen fremgår det, at

- udgifter til pleje og omsorg (løn til personale) i 2012 udgør 217.731 kr. pr. neurorehabiliteringsplads for borgere under 65 år, 304.055 kr. pr. neurorehabiliteringsplads for borgere i aldersgruppen 65 år+ samt 304.055 kr. pr. almen rehabiliteringsplads. Set i forhold til budgettet på 346.380 kr. pr. plads/år ligger de reelle udgifter lidt under det budgetterede, hvilket kan tilskrives dels opgørelsesmetoden – dvs. hvilke udgifter der er medtaget som personaleudgifter, og hvilke udgifter der er tilskrevet service, administration, vikarudgifter mv.. Også den interne ressourceprioritering i Neurologi- og Rehabiliteringscenter København kan dog her spille ind.
- borgere i aldersgruppen under 65 år (neurorehabilitering) er billigere end borgere i aldersgruppen 65 år+ (neurorehabilitering og almen rehabilitering) – bl.a. som følge af, at der ikke er tilknytning til neurorehabiliteringspladserne for borgere under 65 år er tilknyttet en selvstændig nattevagt (lavere forudsat pleje- og omsorgstygde).
- de samlede pleje- og omsorgsudgifter tilknyttet neurorehabilitering (for borgere over/under 65 år) er højere end for almen rehabilitering – idet forskellen kan tilskrives vikarudgifter til plejedelen i 2012, specifikt i relation til kompetenceudvikling af plejepersonalet tilknyttet neurorehabiliteringspladserne. De budgetmæssige forudsætninger om, at plejen tilknyttet almen rehabilitering og neurorehabilitering udgør den samme omkostning, reflekteres således ikke i de faktisk afholdte udgifter i 2012.

Kompetencer og kompetenceniveauer

Neurologi og Rehabiliteringscenter startede ud for godt 1½ år siden med en medarbejderstab på både trænings- samt pleje- og omsorgssiden, der var rekrutteret og sammensat ud fra behovene for træning samt pleje og omsorg i forhold til almen rehabilitering og plejehjemsområdet.

På en anførte baggrund har det naturligt været noget af en omstilling med etableringen af neurorehabiliteringspladser samt udvikling af erfaringer og kompetencer, orienteret specifikt mod dette mere specialiserede felt.

Der er via rekrutteringer, hvor der er lagt vægt på at få medarbejdere ind med neurologisk erfaring, taget skridt i den rigtige retning. Yderligere skridt er taget gennem uddannelses- og kompetenceudviklingen i det seneste halve års tid, hvor terapeuter og plejepersonale sammen har gennemført et opgraderende forløb – og hvor dette forløb i sig selv har medvirket til også at fremme tværfaglighed og samstemthed på tværs af faggrupper.

Implement vurderer imidlertid, at der fortsat er et godt stykke vej at gå – dog afhængigt af, hvad det er for et ambitionsniveau, Københavns Kommune ønsker at anlægge fremadrettet (jf. også afsnit 2.0 foran). Satses der på avancerede former for neurorehabilitering og ageres der ud fra en forventning om, at der i øget omfang kan være tale om overtagelse af patienter på stadigt mere specialiserede niveauer, vurderer Implement det som absolut påkrævet at hæve erfarings- og kompetenceniveauer indenfor specifikt det neurorehabiliteringsmæssige felt – og i øvrigt også generelt indenfor det neurologiske felt.

Den aktuelt manglende intensitet i rehabiliteringsindsatserne – hvor der de facto er tale om døgnophold med rehabilitering, snarere end døgnrehabilitering – peger i samme retning. Og peger også i retning af et behov for udvidelse af ressourcer og normeringer. Dette gælder så meget desto mere, såfremt de godt 100 forløb, der er identificeret i Københavns Kommune, og hvor patienter, udskrevet med neurologiske diagnoser, får døgnophold andre steder end i Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, inddrages som potentiale for egentlig døgnbaseret neurorehabilitering.¹⁹

Det vil i et scenarie med øget ambitionsniveau eller med forventninger om fortsat øget pres på de kommunale neurorehabiliteringsindsatser være naturligt at satse på fortsatte og væsentlige opgraderinger af især pleje- og omsorgssiden, ligesom det vil være naturligt at satse på øgede erfaringer med og viden om systematiske læringsstrategier og transferstrategier (jf. også afsnit 4.0 nedenfor vedrørende MTV forudsætningerne på neurorehabiliteringsfeltet) og sammenhænge mellem typer/forskellige sammensætninger af indsatser på den ene side og forskellige former for effekter på den anden (jf. afsnit 6.0 nedenfor vedrørende virkninger af rehabiliteringsindsatser).

Implement finder det i den forbindelse naturligt, at et Neurologi- og Rehabiliteringscenter har adgang til ikke alene neuropsykologiske kompetencer, men også neurologiske kompetencer – og at de kompetencer, der i forvejen er til stede i CSV, i langt højere grad end nu, knyttes an til neurorehabiliteringsforløbene. Der er i sidstnævnte sammenhæng ikke tale om, at CSV ressourcer skal overgå til Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, men at de hjælperessourcer, der anvendes fra CSV regi, inddrages langt mere direkte i de relevante rehabiliteringsforløb – og ikke som en ekstern, ”usynlig” leverance. Jf. også MTV betoningen af tværfaglige indsatser, idet dette begreb ikke dækker over involvering eller leverancer til forløb fra mange forskellige faggrupper, men over et tæt og integreret faggruppe tværgående

¹⁹ Overvejelser og anbefalinger i forhold til dette felt forudsætter en nøjere gennemgang af, hvad de 112 forløb omfatter. Såfremt der næsten udelukkende er tale om ”placering” før eksempelvis videre overførsel til plejehjem eller lignende, så er potentialet måske ikke så stort. Det bør i sammenhængen også gennemgås, om der i forbindelse med disse 112 ophold er tale om ambulant neurorehabilitering via Neurologi- og Rehabiliteringscenter København.

samarbejde, der er fælles om og har fælles billeder af neurorehabiliteringsmål og de indsatser, der kræver at realisere disse mål.

Koordination og samarbejde i rehabiliteringsforløbene

Gennemgangen af dette tema er for så vidt allerede påbegyndt med det ovenfor anførte.

Implement vurderer generelt, at koordination og samarbejde – også i den forstand der er tale om med de tætte og integrerede tværfaglige indsatser er vokset betydeligt i Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, og at der – trods det ovenfor anførte om opgraderingsbehovene på især plejesiden – nu er tale om en langt mere balanceret tilstand, hvor plejeresourcerne i højere grad end før indgår aktivt i rehabiliteringsforløbene og i højere grad end før forstår og anerkender den rolle, de har i disse forløb.

De helt store udfordringer, når det gælder koordinering og samarbejde ligger dermed på overgangene mellem sygehusregi, og når det gælder overgangene internt i Københavns Kommune – idet Implement her vurderer udfordringerne som nok så store i forbindelse med det sidstnævnte forhold.

5. MTV forudsætninger i forhold til praksis

I dette afsnit gennemgås status for Neurologi- og Rehabiliteringscenter København og centrets neurorehabiliteringsindsatser i relation til den evalueringsmæssige ramme, som sættes af Sundhedsstyrelsens MTV rapport om neurorehabilitering fra 2011.

MTV rapporten giver faglig rådgivning om, hvordan forløb med hjerneskade-rehabilitering kan tilrettelægges, herunder tværsektorielt og tværdisciplinært, således at indsatsen er målrettet, af ensartet høj faglig kvalitet og sammenhængende for de implicerede patienter/borgere og pårørende.

Dette gøres indenfor MTV konceptets klassiske og standardiserede temaer: Teknologi, økonomi, patient og organisation.

Gennemgangen nedenfor er baseret på medarbejdernes, ledernes samt udvalgte patienters og pårørendes vurderinger, beskrivelser og oplevelser af neurorehabiliteringsindsatserne på NRK. Også de gennemførte journalgennemgange har bidraget og givet grundlag for kvalificering af det samlede billede. Endelig har den af Implement anvendte faglige backinggruppe suppleret med indspil og vurderinger.

I forhold til medarbejdernes (de udvalgte terapeuter samt plejeressourcer i centret), giver figuren nedenfor et overblik over vurderede styrker samt udviklingsområder for Neurologi- og Rehabiliteringscenter København.

Der opleves at være særlige styrker, når det gælder fokus på og konkretisering af specifikke mål for den enkelte borger samt regelmæssig opfølgning i forhold til fastlagte mål.

Det anføres ligeledes som en styrke, at der lægges stor vægt på det tværfaglige samarbejde om borgeren og i rehabiliteringsforløbet – og at dette i vid udstrækning understøttes i dagligdagen af tværfaglige konferencer og møder.

Der synes også gennemgående at være et oplevet fokus på faglighed og kompetenceudvikling, idet de særlige uddannelses- og supervisionsaktiviteter indenfor det seneste halve års tid, hvor Center for Hjerneskade har bistået med kompetenceopbygning, her spiller ind.

De anførte forhold, der her fremhæves som styrker i relation til MTV præmisserne, har klare paralleller til indspil og mønstre i tilknytning til organisatorisk virkemåde – jf. afsnit 4 foran.

I relation til sammenhæng i rehabiliteringsforløbet *under ophold på NRK* angives visitationskonferencerne som en særlig styrke og som havende en væsentlig rolle.

TEKNOLOGI

- 1) Effektvurdering af interventioner i neurorehabiliteringen
 - karakter af interventioner
 - fokus i interventioner (fysisk, kognitiv, emotionelt, socialt m.v.)
- 2) Vurdering af, hvordan der opnås effekt med neurorehabilitering
 - borgerorienteret, målsætningsorienteret, strategiorienteret (læringsstrategier, strategier for transfer), tværfagligt orienteret

BORGERE/PATIENTER OG PÅRØRENDE

- 1) Borgers/patienters oplevelse af neurologisk skade og sygdom – og betydningen heraf for tilrettelæggelse af neurorehabilitering
- 2) Pårørendes oplevelse af neurologisk skade og sygdom – og betydningen heraf for tilrettelæggelse af neurorehabilitering

ORGANISATION

- 1) Vurdering af organisatorisk virkemåde, herunder intern organisatorisk arbejdsdeling og koordination (inkl. forløbskoordinering)
- 2) Vurdering af ekstern koordination (inkl. forløbskoordinering)

ØKONOMI

- 1) Vurdering af omkostningerne i forbindelse med neurorehabilitering
- 2) Vurdering af økonomiske gevinster, forbundet med neurorehabilitering

Der opleves klare forskelle i den måde, hvorpå sammenhæng i forløbenes søges tilrettelagt – i nogen grad svarende til forskelle, Implement har hæftet sig ved: Sammenhængskraften i forløbene for borgere under 65 år (SOF) understøttes af, at der her anvendes en gennemgående (udskrivnings-)koordinator gennem hele forløbet, mens der for borgerne i aldersgruppen 65 år+ er tale om en række skift i koordineringsansvaret hen gennem det samlede rehabiliteringsforløb.

Statements i tilknytning til MTV

<ul style="list-style-type: none"> • Modtagelsessamtale • Uge konferencer • Udgangspunkt i borgernes ønsker, mål og motivation • Samarbejde med visitator & sagsbehandlende terapeut ved udskrivelse • Stort fokus på borger inddragelse • Faglig udvikling: Undervisning, supervision • I ugens plan står der nogle øvelser, som borgeren kan selv lave • Kursusaktiviteterne • Transfer bevidsthed • Fast team omkring den enkelte • Arbejde med målsætning, mål for den enkelte borger – mål der evalueres jævnligt • Tværfaglige møder • Tværfaglig konference. Og IPA mål • I ugens plan er der nogle aktiviteter, som pårørende kan hjælpe borgeren med • Eget forløbsprogram • Der er IPA mål • Visitationskonferencer • Visitationskonferencer skaber sammenhæng i opholdet • Kursusforløb 2012 – selvom ikke alle har deltaget 	<ul style="list-style-type: none"> • Ikke muligt med daglig træning. For lille bemanning • Tværfaglighed: Ingen terapeuter om aftenen, vanskeligt at overgive det fra dagen der er lært (målsætning) • Mangel på personaleressourcer, forskel på dag og aften, vanskeligt at videreføre indsatser (træning), • Mangel på hænder • Dårlig normering i weekender • Personafhængige samarbejdsrelationer ud af huset (visitatorer, sagsbehandlere og praktiserende læger) • Samarbejde med andre sektorer, herunder internt i kommune, inkl. praksissektor • Dagligt samarbejde, videns udveksling med samarbejdspartnere – CSV, IBOS osv. (de har logopæd) • Samarbejde med hospital – mangel på viden i forhold til, hvor langt de er nået • Fast team ikke altid muligt pga. sygdom/vikarer osv. • Vikarer uden neuro viden • Mangler logopæd, socialrådgiver m.v. • Forventningerne er for høje fra pårørende og borgere med hensyn til træning og aktivitet • Pårørende grupper mangler og pårørende støtte for systematisk • Geriatrik supervision mangler • Generelt for lidt aktivitet i weekender og mangel på terapeut involvering om aftenen • Målsætning – vanskeligt at arbejde med målet i 24 timer • Neuro borgere på almene pladser • Ingen neuropsykolog • Psykolog ansvarlig – hvem er dét (neuro)? • Neuropsykolog til supervision (fx månedlig supervision) • Psykiatrisk supervision (inkl. misbrug)
--	--

Når det gælder udviklingspotentialer, synes det at være en klar og entydig oplevelse blandt medarbejderne, at forløbene ikke er præget af tilstrækkelig høj træningsintensitet – idet mulighederne for at øge intensiteten ikke vurderes at være til stede under de nuværende ressource- og normerings-rammer.

Medarbejderne vurderer det således som et problem, at der ikke (kan) leveres den tilstrækkelige intensitet i træningsindsatserne gennem ugen – og at aftener og weekender

ikke kan anvendes til fokuseret træning, da der ikke er tilstedeværelse af terapeuter i disse tidsrum.²⁰

Det vurderes i sammenhængen, at den fokuserede træningsintensitet hensigtsmæssigt kunne (burde) være mindst 50 procent højere i almindelig dag tid – en forudsætning, der ville indebære grundlag for øget omfang af holdbaseret træning samt flere timers individuel træning til den enkelte borger.

Grundlæggende udpeger medarbejderne og lederne fraværet af ressourcer/kompetencer som logopæd og neuropsykolog (samt i et vist omfang også som neurolog og geriater) som betydelige mangler og som udviklingspotentialer – både i forhold til medarbejdernes egen faglige vurderinger og ambitioner, men eksplicit også i relation til MTV rapportens anbefalinger.

Jf. også nedenfor kan det her være en vanskelighed i MTV rapporten entydigt at få klarhed over, nøjagtigt i hvilke sammenhænge sådanne typer af kompetencer kan være effektfulde. Stærkt omfang af tværfaglighed fremhæves i MTV rapporten som en klar grundlæggende præmis, mens karakteren af de kompetencer, denne tværfaglighed skal omfatte, fremstår ganske uklart.

Gennemgående (og svarende til nogle af de fremhævede indspil i relation til organisatorisk virkemåde) udpeges det som et yderligere udviklingspotentiale (eller som en decideret svaghed), at neurorehabilitering som fagområde kan komme under pres, fordi borgere med neurologiske lidelser (i aldersgruppen 65 år+) "blandes" (på samme afsnit) med borgere, der har ofte sammensatte geriatriske lidelser og mere almene rehabiliteringsbehov.

5.1 Evalueringsbidrag

Der er en udtalt mangel på kendskab til MTV rapportens indhold og anbefalinger om basis og rammer for effektfulde neurorehabiliteringsindsatser og antagelser er begrænsede.

Alligevel vurderer Implement, at der generelt er tale om betydelig grad af selvindsigt blandt både medarbejdere og ledere i Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, når det gælder de aktuelle tilstande, muligheder og vilkår – og at denne selvindsigt i høj grad, men i udpræget omfang ubevidst, rammer ind i nogle af MTV analysens væsentligste dele – herunder forudsætningerne omkring effektiv rehabilitering.

I det følgende berøres udvalgte og centrale dele af MTV rapportens antagelser, idet der relateres til bl.a. de identificerede (samt af borgere og pårørende oplevede) indsatsformer og indsats typer samt kompetencemæssige rammer.

Der ses nærmere på en række temaer og præmisser, som MTV rapporten udpeger som centrale for neurorehabiliteringsindsatserne og for effekter af sådanne indsatser.

²⁰ Plejesidens bidrag i rehabiliteringsforløbene anerkendes som voksende, specielt efter gennemførelsen af intensive kompetenceudviklingsindsatser indenfor det seneste halve års tid. Plejesidens bidrag til intensitet i forløbene er imidlertid også vanskelig i aften tid og nat samt i weekends, hvor fremmødet er forholdsvis lavt og må koncentreres om de "rene" pleje- og omsorgsopgaver.

Der ses i dette afsnit bort fra MTV rapportens anbefalinger i relation til organisation og sammenhæng samt forløbskoordination (samarbejde og sammenhæng på tværs af sektorer og på tværs af forvaltninger m.v.), da disse felter er berørt i afsnittene 4 og 6

I antagelsen, gengivet i resumeform i tekst-boksen til højre, forholder MTV rapporten sig til, at en borgerorienteret tilgang formentlig er mere effektiv, end hvis borgeren ikke er inddraget i planlægningen og gennemførelsen af eget forløb.

Implement vurderer, at der fortsat er et udviklingspotentiale i forhold til at skabe de nødvendige rammer og den forudsatte praksis, når det gælder optimal inddragelse af borgeren (og eventuelt også af de pårørende) i tilrettelæggelse og monitorering af eget rehabiliteringsforløb.

Den aktuelle arbejdstilrettelæggelse og til en vis grad det nuværende ressourceniveau understøtter således ikke den konkrete MTV præmis i tilstrækkeligt

omfang. I praksis afholdes en modtagelsessamtale med borger og eventuelt pårørende, men der synes kun delvist at være tale om løbende dialog og justering af planerne i direkte samarbejde med borgeren. Især de gennemførte workshops i evalueringsforløbet har da også givet indspil i retning af, det ikke i tilstrækkeligt omfang lykkes at give borgeren ansvar eller klart medansvar for egen rehabiliteringsindsatser og egne mål med rehabiliteringsindsatserne.

Dette indtryk bekræftes af andre aktiviteter i evalueringsforløbet, herunder de gennemførte interviews med borgere og pårørende. Borgere (og pårørende) føler sig ikke i udpræget grad involveret i rehabiliteringsforløbene, og der er kun få, der oplever, at helt specifikke forslag eller ønsker til eget rehabiliteringsforløb kan imødekommes. Denne ganske generelle oplevelse ses generelt ikke (af borgere og pårørende) som udtryk for manglende vilje eller imødekommenhed fra medarbejdernes side, men angives (eller antages) at skyldes ressourceknaphed og travlhed med andre gøremål.

Det er samtidig billedet blandt medarbejdere og ledere – og ud fra bl.a. journalgennemgange og interviews med borgere og pårørende – at sociale problemstillinger og borgerens (i situationen, forståelige) inddragelse af personalet (om bl.a. bolig og de støttetilbud, der kan være efter udskrivning) ofte kommer til at stå i vejen for den lærende inddragelse af borgeren i eget rehabiliteringsforløb. Borgerens fokus på rehabiliteringsforløbet mål og midler kommer måske derfor også til at stå i skyggen af de mere generelle sociale problemer, der opleves. Lærings- og effektspotentialet gennem inddragelse af borgeren udnyttes dermed ikke i tilstrækkeligt omfang – bl.a. fordi Neurologi- og rehabiliteringscenter København, selvom centret hverken har tilstrækkelige kompetencer eller ressourcer til at tage ansvar for afklaring af mange af disse sociale problemstillinger, alligevel inddrages i dem.

4.4.1 Antagelsen om at borgerorienterede tilgange fremmer hjerneskaderehabilitering

Borgerorienterede tilgange har vundet indpas som et centralt princip i rehabiliteringsydelse gennem de sidste årtier. Ved borgerorienterede tilgange forstås typisk tilgange til den hjerneskadede person, der på forskellig vis sætter vedkommende i centrum for rehabiliteringsindsatsen. Der anvendes begreber som borgerinddragelse, -deltagelse og -involvering.

Borgerinddragelse og involvering kan på denne måde alligevel være noget reelt – men i for høj grad i relation til andre problemstillinger end det rent rehabiliteringsmæssige.

I forhold til MTV rapportens antagelse om, at klare målsætninger sikrer øget effekt af rehabiliteringsindsatser (angivet i opsummeret form i tekstboksen til højre), vurderer Implement, at man på Neurologi- og Rehabiliteringscenter København på standardiseret vis arbejder med at sætte mål for borgerne. Eksempelvis sættes der helt fast 14-dages mål, som løbende drøftes og evalueres tværfagligt.

Der peges af medarbejdere – og på baggrund af patientinterview – på en række udviklingspotentialer, jf. identificerede og nuværende svagheder:²¹

- At borgerne ikke er med til at formulere delmål i forhold til de overordnet fastlagte mål.
- At planen for den enkelte borger ikke er tilstrækkelig kendt eller internaliseret af ikke alene borgeren og de pårørende, men også af fx vikarer og personale, som ikke har daglig kontakt med borgeren.
- At der ikke tydeligt og systematisk følges med i progression i relation til fastlagt overordnet målsætning og fastlagte delmål – og at borgeren dermed kun vanskeligt selv kan vurdere, hvor langt der er til realisering af de formulerede og opstillede mål.
- At der ikke gennemføres en evaluering af målene, hvor borgeren (og eventuelt pårørende) er inddraget.

4.4.2 Antagelsen om at arbejde med målsætning fremmer hjerneskaderehabilitering

Målsætningen betyder, at indsatser er rettet mod et eksplicit mål. Målsætninger kan formuleres i samarbejde mellem den sundheds-professionelle og personen med hjerneskade samt eventuelle pårørende. Effekten af at arbejde med mål menes i overvejende grad at skyldes følgende mekanismer:

1. Mål har en retningsgivende funktion, der leder opmærksomheden mod mål relevante aktiviteter og væk fra mål irrelevante aktiviteter
2. Mål kan have en energigivende effekt
3. Mål påvirker vedholdenhed og udholdenhed og vanskelige mål leder til længerevarende bestræbelse og
4. At forfølge mål leder til mere problemløsende adfærd.

Implement vurderer generelt, at der er fortsat er et stykke vej at tilbagelægge, hvis MTV præmisserne for borgerinddragelse skal være adresseret fuldt ud – og at der derfor kan være grund til at øge indsatserne om borgerinddragelse – og i de tilfælde, hvor borgerens tilstand begrænser mulighederne for reel og aktiv inddragelse, pårørendeinddragelse – i forbindelse med målformuleringer og i den kontinuerlige opfølgning vedrørende grad af realisering af fastlagte mål.

Det forhold, at medarbejderne (som nævnt ovenfor) allerede i høj grad arbejder med målformulering, udgør et godt grundlag for videre udvikling af indsatserne op mod MTV

²¹ Disse svagheder identificeres også forholdsvis bredt af medarbejderne og lederne.

standarderne, når det gælder borgerinddragelse samt løbende dialog og inddragelse i tilknytning til mål, justering af mål, opfyldelse af mål og målsatte udviklingsperspektiver.

Sammenhængende med forholdet om fastsættelse og opfølgning på mål vurderer Implement det samtidig som helt grundlæggende, at der indledningsvist i alle rehabiliteringsforløb gennemføres en screening af, om og hvilket omfang borgeren er motiveret for rehabiliteringsforløbet på Neurologi- og Rehabiliteringscenter København.

Denne screening kan knyttes til dialogen med borgeren (eller i de tilfælde, hvor borgeren ikke er i stand til selv at indgå i dialogen, med borgerens pårørende) om målene for rehabiliteringsindsatserne.

Optimalt bør en sådan indledende screening og opstilling af mål ske i samarbejde med (under tværfaglig medvirken af) en neuropsykolog, som har kompetencerne til at vurdere borgeren rent psykologisk.

Screening bør, sådan som Implement vurderer det, også omfatte en systematisk potentiale-vurdering – det vil sige en klar vurdering af, om der kan forventes klare effekter af de indsatser, der kan udføres af Neurologi- og Rehabiliteringscenter København.

Implement oplever ofte, og dette har også i nogen grad været tilfældet i det aktuelle evalueringsforløb, at der i høj grad fokuseres på, hvilke og hvor mange indsatser man som rehabiliteringsinstans kan udføre – og at dette fokus ofte er klart og synligt i højere grad end fokus på, *om* samt *i hvilket omfang* rehabiliterings-indsatserne kan forventes at give effekter, og hvilke effekter der i givet fald er tale om.

Implement oplever også ofte, at netop et for sparsomt fokus på effektsiden kan føre til for lange rehabiliteringsforløb – eller til (lange) rehabiliteringsforløb, hvor træningsindsatserne ikke står i et rimeligt forhold til de effekter, der opnås eller kan forventes opnået.²²

Når det kommer til MTV antagelserne om, at den systematiske anvendelse af og bevidsthed omkring læringsstrategier (jf. tekstboksen til højre) fremmer hjerneskaderehabilitering, forekommer det umiddelbart vanskeligt entydigt at vurdere, i hvor høj grad praksis på

4.4.3 Antagelsen om, at læringsstrategier fremmer hjerneskaderehabilitering

Antagelsen om, at læringsstrategier fremmer hjerneskaderehabilitering underbygges i et studie, der sammenligner effekten af to forskellige læringstilgange, der er alternative dele af et bredere rehabiliteringsprogram for hjerneskadede personer med kognitive problemer. De to tilgange beskrives hhv. som en kognitiv-didaktisk tilgang, der benytter en "trail and error" læringsstrategi, og en funktionel-eksperimentel tilgang, der benytter "errorless learning" som strategi. Der er overordnet god evidens for, at begge tilgange giver positive resultater, men at hver af tilgangene kan være bedst egnede i forhold til bestemte typer af borgere/patienter.

²² Implement oplever generelt en klar sammenhæng mellem døgnrehabiliteringsforløbs længde og mangel på eller adgang til speciallægekompetencer idet en sådan adgang, alt andet lige, synes at medføre relativt kortere forløb.

Neurologi- og Rehabiliteringscenter København følger en sådan linje.

Medarbejdere og ledere vurderer selv, at de tværfaglige indsatser fra terapeuter og plejepersonale er et nødvendigt grundlag for en løbende tilpasning af indsatsen i relation til borgernes faktiske udvikling og kontinuerligt ændrede behov.

Der peges også på, at borgerne får opgaver, som de selv skal løse om aftenen og i weekenderne, og at dette understøtter arbejdet med ikke alene læringsstrategier, men også borgernes inddragelse i vurderingen af, hvad der giver bedst mening og effekt for den enkelte. Jf. også ovenfor omkring borgerinddragelse.

Med baggrund i de gennemførte borgerinterviews, har Implement dog det indtryk, at det i praksis er begrænset, hvor meget der gøres ud af at afprøve, om ændrede tilgange og indsatser kan have større effekt, end de tilgange og indsatser, der rent faktisk er forudsat og anvendes.

Generelt er det vurderingen, at der i en eller anden forstand, men i vid udstrækning implicit og ikke i tale sat, gøres brug af forskellige læringsstrategier, men at der ikke eller kun i begrænset omfang er tale om klare og formulerede læringsstrategier – idet også selve termen, ”læringsstrategi”, i praksis synes at virke fremmed.

Implement vurderer her, at det anførte meget vel kan være en afspejling af, at Neurologi- og Rehabiliteringscenter København ikke i sin aktuelle udgave omfatter neurologiske eller neuropsykologiske kompetencer.

Det må dog samtidig anerkendes, at det i bestræbelserne på at udnytte de ressourcer, som er tildelt centeret, har været nødvendigt rent styringsmæssigt at arbejde med en relativt høj grad af standardisering af forløbene og de ydelser, som leveres til beboerne under opholdet på NRK. Det indebærer givetvis, at medarbejderne kan have svært ved at fravige de faste rutiner og indsatser, selv om langt de fleste medarbejdere på NRK efter Implements vurdering fagligt set har fokus på beboernes individuelle forudsætninger og behov. Dette vel at mærke uanset, at konkrete ”læringsstrategier” ikke eksplicit indgår i den daglige dialog om indsatserne til beboerne.

MTV antagelsen om, at transfer fremmer hjerneskaderehabilitering (se tekstboks til højre) anerkendes fuldt ud af medarbejdere og ledere i Neurologi- og Rehabiliterings-center København. NRK.

Hovedparten af borgerne har som minimum i en overgang kognitive udfordringer, og transferstrategier er derfor under alle omstændigheder oplagte og nødvendige at integrere i rehabiliteringsforløbene.

Implement vurderer dog samtidig, at der er begrænsninger i centrets muligheder for at understøtte transfertankegangen fuldt ud.

Medarbejderne og ledere peger på, at forudsætningerne for realisering af transferstrategier ville være betydeligt bedre, hvis der i øget omfang var mulighed for at udføre udgående neurorehabilitering til borgerne i forlængelse af døgnophold – idet udgående virksomhed aktuelt er begrænset til et hjemmebesøg med henblik på vurdering af hjemmets fysiske rammer i forbindelse med udskrivelse.

I sammenhængen kan der måske være potentiale for i højere grad at inddrage pårørende/familie og fx hjemmepleje i rehabiliteringsindsatserne, så overførsel til hverdagssituationer kan understøttes bedre. På samme måde kan sådanne former for tidlig inddragelse være basis for i højere grad (og tidligt i rehabiliteringsforløbene under døgnopholdet) at tage højde for borgerens hverdag og omgivelser.

I forbindelse med udskrivning til eget hjem er det for Implement desuden tydeligt, at der ofte opleves visse sammenhængsudfordringer – særligt når borgeren er over 65 år. Det skyldes formentlig (som nævnt i afsnit 6), at der er skiftende koordinerende funktioner involveret i forløbene. Det er Implements opfattelse, at transferstrategien kan understøttes yderligere, hvis en NRK medarbejder kan foretage hjemmebesøg før udskrivning og følge borgeren hjem (som det ofte til dels sker i dag), og samtidig gives visitationsret til hjælpemidler, hjemmepleje og opfølgende neurorehabiliterende træning enten i hjemmet eller ambulat på NRK. Samtidig kan viden om borgeren og den nødvendige rehabiliterende indsats overføres

4.4.4 Antagelsen om at strategier for transfer fremmer hjerneskaderehabilitering

Transferproblematikken handler overordnet om, hvorvidt effekt kan dokumenteres på tværs af kontekster, dernæst som udtryk for personer med hjerneskades manglende evne til at foretage transfer af indlæring, pga. kognitive problemer, og endeligt hvordan dette erfares subjektivt af personen med hjerneskade.

Transferproblematikken har særlig relevans for personer med hjerneskade, idet de ofte skal krydse mange grænser igennem et rehabiliteringsforløb, fordi de netop kan have problemer med at overføre viden pga. deres specifikke hjerneskade.

I de multidisciplinære interventioner er der identificeret studier, der belyser transferproblematikken. Mest udbredt synes det at være, at der findes løsninger, hvor problematikken undgås, fx gennem hjemmetræning, der finder sted i de sammenhænge, hvor den hjerneskadede person skal anvende resultaterne. Derved elimineres den usikkerhed, der kan være forbundet med relevansen af træningens enkelte elementer i personens hjemlige sammenhænge. Den hjemmeboende person med hjerneskade må også formodes at have brug for transfer af viden og færdigheder til andre sammenhænge, hvorfor problematikken alligevel er aktuel selv ved stor anvendelse af hjemmetræning.

til hjemmeplejen, som hensigtsmæssigt mødes med den udgående (trænings-)funktion fra NRK i borgerens hjem. Sådanne tiltag vil understøtte transferstrategien fra NRK til hjemmet.

Der nævnes, og observeres også af Implement, begrænsninger i mulighederne for at skabe fysiske rammer *under* opholdet på Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, som kan understøtte overgangen (transfer) til eget hjem eller plejebolig. Dette gælder fx i relation til mulighederne for at tilpasse toilet- og badeforhold til borgerens individuelle (hjemligt lignende) forhold som grundlag for den videre træning, når borgeren udskrives. Det er oplevelsen fra flere patienter og pårørende, at fysiske tilpasninger af toiletforholdene på NRK vil virke fremmede i forhold til overgang til eget hjem.

Implement ser derudover et potentiale i gennem mere bevidste og konkrete transferstrategier at understøtte overgangene fra sygehus til Neurologi- og Rehabiliteringscenter København. Der vurderes her aktuelt at være relativ begrænset transferstrategisk tænkning og praktik – centret er fx ikke involveret direkte i udskrivningsprocessen.

En forbedret transferstrategi kunne fx ligge i, at en medarbejder fra Neurologi- og Rehabiliteringscenter København igangsætter rehabiliteringsforløbet (også informations- og kommunikationsmæssigt samt i henseende til planlægning af det kommende forløb) allerede inden borgeren har forladt sygehuset – idet et tættere samarbejde mellem sygehusside og centret her kunne være en del af en mere konkret form for transferstrategisk handlemåde.

Implement har eksempler på transferstrategiske handlemåder, hvor neurolog og/eller neuropsykolog fra sygehusregi deltager i den indledende vurdering i det efterfølgende regi (fx Neurologi- og Rehabiliteringscenter København) eller (hvad der af Implement vurderes som helt optimalt) i en kombination af screening og indledende vurdering, hvor såvel motivationsniveau som rehabiliteringspotentiale vurderes systematisk. Jf. også det ovenfor omtalte omkring vigtigheden af at have indledende potentiale vurderinger med inde i en egentlig screeningsproces.

I forbindelse med transferstrategi (men det kunne også berøres i sammenhæng med andre af MTV analysens temaer, herunder borgerinddragelse) hæfter Implement sig – ud fra observationer samt interviews med borgere og pårørende – over en tilsyneladende ofte forsinket igangsætning af egentlige rehabiliteringsindsatser. Næsten uden undtagelse har patienter og pårørende anført, at de efter ankomst til Neurologi- og Rehabiliteringscenter København oplever, at træningsindsatserne først igangsættes flere dage efter og ofte (angiveligt) op til 1 uge til 1½ uge efter ankomst.

Enkelte borgere (og pårørende) har anført, at de har i tale sat dette overfor medarbejderne (her er der altså tale om borgerens egen inddragelse af sig selv!), og at træningen i nogle tilfælde derefter er startet før det ellers var meddelt.

Implement finder grund til at anføre dette forhold også af grunde, der ligger udover den direkte sammenhæng med transferstrategi: Implement oplever en klar (international) tendens betoning af behovet for tidlige, accelererede rehabiliteringsindsatser – også i forhold til neurorehabiliteringsfeltet – og disse betegnelser forekommer ikke at harmonere med den praksis, der her er afspejlet.

Igen kan ressource- og normeringsniveauer i en eller anden forstand spille ind – men Implement finder dog her, at der snarere kan være tale om prioritering og et behov for omprioritering af ressourcer. Hensynet til borgerens oplevelse af intensitet – og borgerens oplevelse af skiftende intensitet – spiller her også ind.

Journalgennemgangen og interviews med borgere og pårørende viser, at der i et samlet neurorehabiliteringsforløb, sådan som borgeren oplever det, ofte er ganske mange skift i intensitet – på tværs af fx sygehusbaseret rehabilitering, efterfølgende rehabilitering i fx Kurhus regi samt (yderligere) efterfølgende rehabilitering i regi af Neurologi- og Rehabiliteringscenter København.

Dette giver knapt så megen mening i forhold til samlet læringsstrategi og transferstrategi – eller accentuerer behovet for at gå mere ind i et arbejde med formulering af klare læringsstrategier, der hver for sig kan svare til bestemte typer af standardiserede forløb, og transferstrategier.

MTV rapporten peger på vigtigheden af tværfaglige indsatser som væsentlig basis for optimal hjerneskaderehabilitering og for opnåelse af effekter af rehabiliteringsindsatserne (jf. tekstboksen nedenfor).

4.4.5 Antagelsen om, at tværfaglige indsatser fremmer hjerneskaderehabilitering

Det antages, at hjerneskaderehabilitering må tilbydes som tværfagligt sammensatte indsatser for at give resultater. Studier viser, at der kan dokumenteres god evidens herfor. Der kan udledes tre principper, der former sammen-sætningen i de multidisciplinære interventioner, nemlig

- 1) målgruppespecifikation/forløbs- og målspecifik,
- 2) individualisering af indsatsen og 3) i nogle interventioner former særlige koncepter/teorier interventionen, fx holistiske interventioner.

Selvom de multidisciplinære interventioner har vist effekt, har sammensætningens betydning for effekt i de multidisciplinære interventioner ikke været i fokus for de pågældende undersøgelser.

Det tværfaglige teamsamarbejde er generelt et forhold, der tages som en givet forudsætning for at opnå positive resultater, men teamsamarbejdets indhold og karakter er sjældent præciseret og undersøgt i forhold til dets betydning for at opnå gode resultater ide inkluderede multidisciplinære interventioner. En reference underbygger dog antagelsen om, at undervisning i kompetencer i teamsamarbejde giver positive resultater.

Hvilke personalekompetencer, der kræves i det udførende led, behandles kun eksplicit i en af de multidisciplinære interventioner. I de øvrige multidisciplinære interventioner behandles området i mindre grad eksplicit. Kompetencespørgsmålet behandles snarere som en antaget forudsætning for interventionernes praksis, som at personalet har specialiserede kompetencer inden for fx relevante neurologiske diagnoser og viden om neuropsykologi.

Som anført ovenfor er dokumentationen for, hvad det præcist er for kompetencer, der skal indgå i et tværfagligt fællesskab, imidlertid mindre overbevisende.

Implement finder det i bund og grund mindst lige så relevant at få fastlagt, hvad det er for kompetencer, der skal til for at give rehabiliteringsmæssige effekter for de typer af borgere, der harmonerer med givne inklusionskriterier – som at betone vigtigheden af tværfaglighed for de kompetencer, der på et givent tidspunkt er til stede.

Medarbejderne og lederne nævner da også netop, udover vigtigheden af tværfaglighed i indsatserne, behovet for andre fagligheder end de aktuelt tilstedeværende – jf. også ovenfor: Adgangen til at involvere logopæder, neuropsykologer og neurologer.

Der er i den sammenhæng heller ikke nogen grund til at tro, at tætte tværfaglige indsatser ikke indenfor ethvert sundhedsfelt vil give effektmæssige gevninger.

Medarbejderne udpeger generelt set en fælles kultur på tværs af faggrupper som en stor styrke på Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, jf. også afsnit 4 omkring organisatorisk virkemåde.

Det nævnes herunder, at den gennemførte kompetenceudvikling og uddannelsesaktiviteterne for medarbejderne i det seneste halve års tid har omfattet både plejepersonalet og terapeuterne, og at en tværfagligt orienteret kultur dermed er blevet yderligere understøttet – ligesom indsigten i væsentligheden af delt viden og fælles indsatser samt fælles fastlagte mål og opfølgingsprocedurer er blevet klart større.

Omvendt udpeges mangelen på "fælles sprog" som en barriere for at levere de helt optimale tværfaglige indsatser – et indspil, Implement finder har sammenhæng med det tidligere anførte i forbindelse med læringsstrategier og transferstrategier – fordi klar formulering og italesættelse (ikke mindst fra ledelseshold) af "de læringsstrategier og de transferstrategier, vi har valgt at bruge i Neurologi og Rehabiliteringscenter København" reelt er et helt afgørende fundament for etableringen af det fælles sprog.

Det allerede tidligere anførte omkring forskellige niveauer af fremmøde – dag, aften og nat – og terapipersonalets fremmøde udelukkende i almindelig dag tid giver naturligvis nogle barrierer i forhold til optimal tværfaglighed.

Implement vurderer dog her, at dokumentation og overførsel af viden på tværs af dag, aften og nat i nogen grad kan kompensere, og at der – især for så vidt angår plejepersonalet – fortsat er udviklingsmuligheder, når det gælder denne form for dokumentation og videnoverførsel.

Implement oplever, at der er nogle grundlæggende elementer i den valgte organisering og ledelsesstruktur for Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, der i sig selv kan være begrænsende for levering af de optimale tværfaglige indsatser.

Disse begrænsninger (der er gennemgået mere detaljeret i afsnit 4 om organisatorisk virkemåde), omhandler bl.a.:

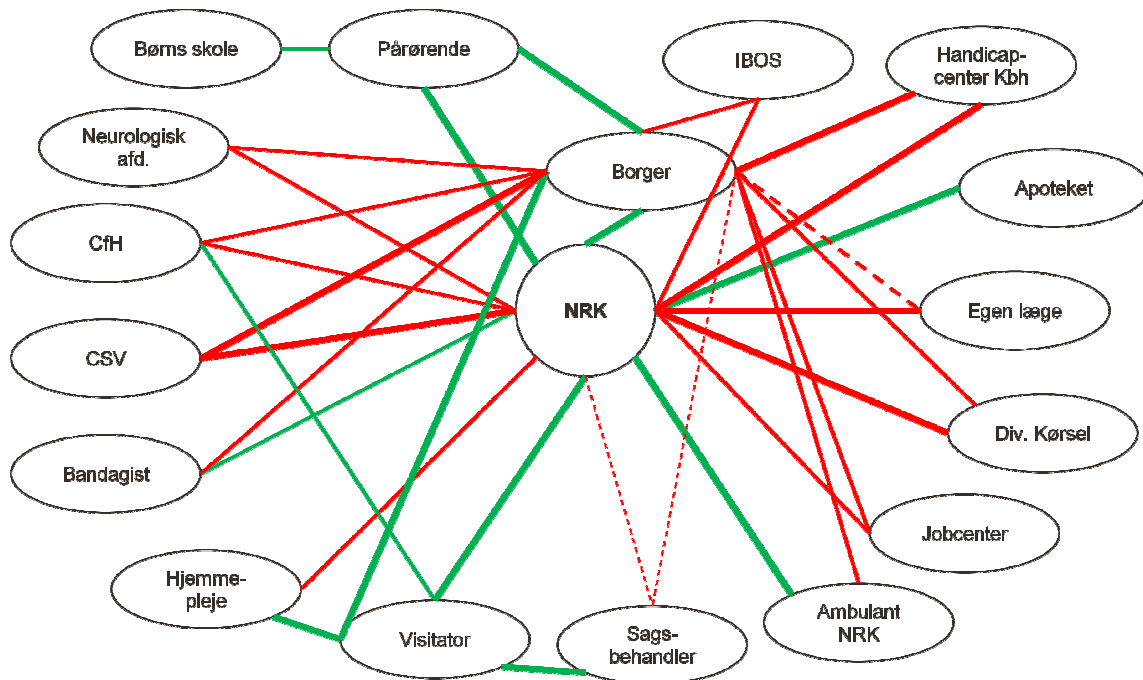
- Organiseringen i en pleje- og therapeuticsøjle, hvor medarbejderne har forskellige vilkår og arbejdsforhold (hvilket erfaringsmæssigt ofte ikke understøtter tværfaglighed og ind imellem kan skabe grænser for, hvor langt bestræbelserne mod tætte tværfaglige indsatser kan udvikles)

- Et fortsat uudnyttet potentiale i (dele af) plejegruppen i relation til at arbejde fuldt rehabiliterende i alle kontakter med borgeren (og hvor det tætte, integrerede og tværfaglige samarbejde kan være befordrende)
- Mangelen, aktuelt, på regelmæssig adgang til neuropsykologiske og neurologiske kompetencer, således at de øvrige faggruppers neurologiske viden kontinuerligt forbedres i forbindelse med de daglige indsatser overfor borgerene ("mesterlæren"). Denne type af kompetenceudvikling er samtidig en særdeles omkostningseffektiv måde at hæve kompetenceniveauet, både når det gælder medarbejdernes muligheder for at levere målrettede og optimale, tværfaglige neurorehabiliterende indsatser – men også (og måske ikke mindst) når det gælder kapaciteten til at vurdere motivation og rehabiliteringspotentialer, sådan som Implement mener det er vigtigt at gøre helt i startfasen, hvis det professionelle niveau i neurorehabiliteringsindsatserne skal øges yderligere.

6. Forløbskoordinering – forudsætninger og praksis

Relationsdiagrammer nedenfor indikerer, at der er rigtig mange interessenter involveret i forløbene vedrørende neurorehabilitering – både interne (i Københavns Kommune) amt eksterne (fx sygehus, de særlige enheder (som Center for Hjerneskade og Kurhus), praktiserende læger, CSV osv. Koordinationsbehovene er således ganske omfattende – og i forhold til billedet ud fra relationsdiagrammerne kommer yderligere de koordinationsbehov, der ikke fremgår af diagrammet – de interne, herunder tværfaglige, i selve Neurologi- og Rehabiliteringscenter København.

Figur 1 Relationsdiagram for borger under 65 år (SOF)



Note: Relationsdiagrammet viser de mange relationer mellem Neurologi- og Rehabiliteringscenter København og samarbejdspartnere samt interessenter. Røde linjer symboliserer relationer, hvor der opleves at være problemer, mens grønne linjer symboliserer velfungerende relationer. "Tykke" linjer afspejler, at der er tale om hyppige relationer/kontakter, mens "tynde" linjer omvendt afspejler, at der er tale om mindre hyppige relationer.

Den enkelte patient og dennes pårørende oplever generelt, at det er de samme personer på Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, der står for træning og pleje. Men der udtrykkes samtidig behov for det nogle kalder "en mentor" – hvor patienternes og de pårørendes oplevelsesmæssige ramme og billede af neurorehabiliteringsforløbet oftest går på "alt, der er sket, siden jeg blev syg" – og hvor udskrivningsfasen fra Neurologi- og Rehabiliteringscenter København til eget hjem eller til et andet tilbud i Københavns Kommune (samt perioden umiddelbart efter) kan fremstå som ganske forvirrende og utryg.

SOF tilrettelæggelsen med (samme) visitators tilstedeværelse flere gange i det enkelte forløb fremstår i højere grad end SUF tilrettelæggelsen, hvor denne linje ikke følges, som relativt mere i samsvar med tankegangen omkring kommunal tovholder/kontaktperson. Denne forskel afspejles også af oplevelserne ud fra patient- og pårørendesamtalerne.

Ledelse og medarbejdere på Neurologi- og Rehabiliteringscenter København er selv opmærksomme på denne forskel – og på de forholdsvis mere koordinerede forløb for patienter under 65 år end for patienterne i aldersgruppen 65 år+.

6.1 Evalueringsbidrag

Generelt må det konstateres, at praksis i og omkring Neurologi- og Rehabiliteringscenter København ligger et godt stykke fra de fleste af de standarder, der er udviklet i det af Sundhedsstyrelsen udarbejdede forløbsprogram vedrørende hjerneskaderehabilitering. Patient- og pårørende interviews samt journalgennemgange indikerer også, at der ikke i neurorehabiliteringsforløbene er tale om – eller opleves – at ”den enkelte person og dennes pårørende har én kommunal tovholder/kontaktperson.”

”Samarbejdet i det interdisciplinære team”, ”... fælles målsætningsarbejde også med involvering af patient og pårørende”, ”... udarbejdelse af plan/handlingsplan og eventuel justering af plan hen gennem forløbet”, ”Sikre visitation og bevilling til aftalte indsatser”, samt ”Støtte (patienten) i forhold til egenomsorg” er dog alle eksempler på indsatser, der rent faktisk udføres – og i mange henseender også på et godt niveau (hver for sig). Men hvor sammentænkningen af disse indsatser ind i en egentlig forløbsplan ikke forekommer at være veludviklet.

I forhold til ”Aktivt (at) formidle kontakt til relevante dele af sundhedsvæsenet/specialiserede hjerneskadetilbud ved overgange mellem sektorer eller forskellige behandlere” samt i relation til at ”Sikre kontakt til den behandlingsansvarlige i sygehus regi og/eller i almen praksis” har Neurologi- og Rehabiliteringscenter København udprægede problemer.

Perioden fra sygehusudskrivning til ankomst på centret synes i nogle tilfælde, ud fra bl.a. journalgennemgangene og patient- samt pårørendeinterviews, at tage ganske lang tid – selvom netop hurtig igangsætning af intensive forløb, hvor der ikke pludselig opstår ”huller”, antages (jf. også MTV præmisserne) at være afgørende for effektiviteten i rehabiliteringsforløbene. Lægges hertil, at flere patienter og pårørende har oplevet minimum flere dage og for enkeltes vedkommende helt op til 1½ uge inden igangsættelse af egentlig træning på Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, synes der reelt at kunne være tale om et pænt stort ”hul” i et forløb – mellem sygehusudskrivning og igangsætning af centrets træning.

Det anførte kan dække over flere problemstillinger, men understreger manglerne i forhold til en egentlig forløbskoordinering.

Der kan være tale om, at de informationer, Neurologi- og Rehabiliteringscenter København finder nødvendige som grundlag for indledende vurdering af patienten og igangsætning af neurorehabiliteringsforløbet ikke er til stede eller givet videre fra sygehusregi.

Centrets medarbejdere vurderer selv, at der i op mod 80% af forløbene mangler væsentligt materiale eller væsentlige informationer – som skal indhentes, når manglerne er identificeret. Dette forhold vidner måske også om, at genoptræningsplanerne ikke altid har den forudsatte kvalitet – og at planerne i mange tilfælde ikke kan fungere (alene) som ”overdragelses redskab”.

Udskrivningskoordinatorerne færdes i sygehusregi og må antages at have godt styr på informationerne omkring en given patient, der skal videre til Neurologi- og Rehabiliteringscenter København – ligesom de deltager i udskrivningsfasens koordinationsmøder, hvor også visitator er til stede.

Udskrivningskoordinatorernes indsatser forekommer imidlertid at være noget blandede – og til dels også præget af forskellige vilkår og rammer samt sagsgange på tværs af de hospitaler, der fungerer som ”fødekilde” til centret. Og hvor nogle hospitaler synes at have mere professionelle procedurer end andre, når det gælder sikring af overførsel af relevant materiale og relevante informationer.

Samtidig forekommer det heller ikke, som om udskrivningskoordinatorerne i tilstrækkeligt omfang gør det til del af deres opgave at sikre ensartet høje niveauer på tværs af hospitaler, når det gælder overførsel af materiale og informationer.

I udskrivningsfasen af det samlede neurorehabiliteringsforløb på Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, samt i overgangen til eget hjem og eventuelle støtteindsatser i eget hjem (hjemmehjælp, hjemmesygeplejer, vederlagsfri fysio- og ergoterapi, psykologhjælp, hjælpemidler etc.), er der via patient- og pårørendeinterviews identificeret ganske mange problemer – idet der dog også er eksempler på forløb, hvor overgangen til eget hjem er foregået gnidningsløst.²³

Jf. afsnit 5 oplever medarbejderne – og dette bekræftes via patient- og pårørendeinterviews – at de må bruge en del tid på at hjælpe med, hvordan forskellige former for støtte i fasen efter udskrivning kan søges, og hvad der i det hele taget er af støttemuligheder efter udskrivning.

Principielt kunne der være lige så gode grunde til at have en udskrivningskoordinator ved den udskrivning, der sker fra Neurologi- og Rehabiliteringscenter København til eget hjem – som ved den udskrivning, der foregår fra sygehus til fx center.

Vurderingen af udskrivningskoordinatorerne, hvor Implement stiller spørgsmålstegn ved, om Københavns Kommune får tilstrækkelig værdi ud af konstruktionen med den nuværende praksis, gør det dog ikke umiddelbart indlysende med en løsning, hvor der blot arbejdes ”oven på” med en udskrivningskoordinator II.

Implement finder det mest hensigtsmæssigt, at der i sammenhæng med forløbskoordinering sikres en ensartet standard for visitatorernes medvirken i neurorehabiliteringsforløbene, og at

²³ De gnidningsløse overgange til eget hjem er typisk identificeret i forbindelse med forløb, hvor en kombination af forholdsvis god almen sundhedstilstand/alment funktionsniveau og en stærkt involveret pårørende i praksis har varetaget forløbskoordinationsopgaverne.

SUF her overtager den standard, SOF allerede anvender, og hvor visitatorerne er med flere gange i og på flere stadier af det samlede rehabiliteringsforløb.

Samtidig finder Implement det nødvendigt med en opprioritering af indsatser i forbindelse med følgende elementer i neurorehabiliteringsforløbene:

For det første bør det kunne lade sig gøre, at internt kommunale bidrag som fx fra CSV, der i nogle af forløbene leverer specifikke bidrag, integreres mere i den samlede tilrettelæggelse af neurorehabiliteringsforløbene, sådan så disse interne typer af indsatser ikke fremstår og virker som lige så eksterne som fx hospitalernes indsatser.

For det andet kan der – eventuelt gennem medvirken fra udskrivnings-koordinatorerne og formentlig via sundhedsaftale regiet – sikres standarder for overførsel af materiale og informationer, således at disse procesdele ikke bremser for de hurtige og intensive rehabiliterende indsatser i kølvandet på behandling og udskrivning fra hospital.

Implement støtter her faglig backinggruppes forslag – at det etableres som fast standard, at kopi af journal kontinuition leveres umiddelbart og per automatik. Der ligger i dette forslag også en erkendelse af, at automatisk adgang til epikriser næppe kan tænkes at forbedre materiale- og informationsniveauet væsentligt, om end en sådan automatisk adgang kan være værd at forfølge også. Ligeledes ligger der en opfattelse af, at indsatser rettet mod forbedringer og øget fuldstændighed af genoptræningsplanerne ikke forekommer at være en vej, hvor indsatser kommer til at stå mål med de opnåede gevinster.

For det tredje, og i klar sammenhæng med det umiddelbart ovenfor anførte, finder Implement anledning til at overveje en konstruktion, der i andre lande har vist sig effektiv som virkemiddel i sammenhæng med forløbskoordinering.

Jf. afsnit 5 vurderer Implement det som en klar gevinst og et nødvendigt skridt i bestræbelserne på videreudvikling af Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, at centret får adgang til at anvende såvel neurologiske ressourcer som neuropsykologiske kompetencer, og at anvendelsen af disse kompetencer prioriteres ikke mindst i sammenhæng med den foreslåede indledende screening af rehabiliteringspotentialer og motivation.

En optimal løsning kunne være, hvis en neurolog fra den afdeling, hvorfra patienten kommer til Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, også er neurologisk kompetence for centret.²⁴ Eventuelt kunne man satse på et modelprojekt, hvor man afprøvede og evaluerede en sådan ordning, fx i samarbejde med Bispebjerg.²⁵

Implement finder det i sammenhængen værd at overveje, om man (igen formentlig via sundhedsaftalerne) kunne se på mulighederne for ”hospitering”, det vil sige en procedure,

²⁴ Psykiatrisk Divisjon, Ullevål, Oslo Universitetssykehus, har gennem nogle år, og med oplevet stor effekt, anvendt et princip, hvor den behandlingsansvarlige læge i den sengebaserede psykiatri, også deltager i et første, indledende ambulant besøg i distriktspsykiatrisk regi – netop for at sikre overførsel af alle relevante former for information og viden samt for at medvirke i sikringen af koninuitet.

²⁵ TUE konstruktionen kunne tyde i retning af, at Bispebjerg Hospital kan være med på sådanne former for tankegang. Hertil kommer, at Bispebjerg Hospital aktuelt opleves som det hospital, hvor direkte overførsel af informationer og materiale er mest problematisk, og hvor et niveauløft derfor især kunne være nødvendigt.

hvor medarbejdere på Neurologi- og Rehabiliteringscenter København arbejder i et antal måneder på en neurologisk afdeling – og hvor medarbejdere fra den neurologiske afdeling parallelt hermed kan arbejde på centret. Der vil udover en øget gensidig indsigt i forløbskoordineringsbehov også være klare kompetenceudviklingsmæssige fordele ved en sådan ordning.

”Hospitering” anvendes i udstrakt omfang i Norge, herunder som virkemiddel i tilknytning til den nu gennemførte Samhandlingsreform. En tilsvarende konstruktion anvendes i Skotland – i forbindelse med etableringen af ”Community Health Partnerships” fra 2006 og med intensiveret styrke fra 2012, hvor de såkaldte ”Health and Social Care Partnerships” er blevet etableret.

Endelig forekommer det Implement naturligt at afprøve en ordning, hvor Neurologi- og rehabiliteringscenter København selv står for visitation af eventuelle støtteydelse i perioden efter udskrivning fra centret (jf. også afsnit 5). En sådan ordning kan måske give frygt for, at der visiteres til for mange støtteydelse i et efterforløb – men en form for audit (efter en periode) kunne her være en mulig vej fremad, ligesom man også kunne fastlægge en budgetramme for denne form for ydelse og konsolidere størrelsen af en sådan ramme efter den omhandlede audit.

7. Specielt om effekter af neurorehabiliteringsindsatser

I KL oplægget vedrørende fremadrettede rammer for og indhold af det nære sundhedsvæsen understreges behovet for prioritering af effektfulde indsatser: ”Hvilken styringsinformation og hvilke nøgletal bør den enkelte kommune udarbejde for at arbejde strategisk med at kvalificere sine indsatser? Hvordan skaber kommunen en systematisk dokumentation af effekten af indsatsen? Og hvordan sikres efterfølgende opfølgning på sundhedsindsatsen?

Ligeledes tales der om behovet for ”... tilpasning i den interne styring, så incitamentsstrukturen i kommunen understøtter målsætningen om at investere i effektfulde indsatser – uanset om gevinsterne høstes i andre sektorer og forvaltninger.”

Implement anser det for givet, at Københavns Kommune over de kommende år, også som følge af de samfundsmæssigt mere stramme ressourcemæssige vilkår, vil være nødt til (ligesom andre kommuner) at opprioritere indsatserne med dokumentation og herunder dokumentation af effekt – og i sammenhængen også indsatserne med kvalitetsstyring og patientsikkerhed.²⁶

Området med hjerneskaderehabilitering er selvsagt kun ét af de mange felter, hvor denne generelle tendens vil være relevant. Men netop dette felt kan måske være eller gøres til en form for lokomotiv for indsatserne med effekt.

Implement har i anden sammenhæng, jf. afsnit 5, foreslået og anbefalet etablering af en indledende vurdering i Neurologi- og Rehabiliteringscenter København med tilstedeværelse af neurolog og neuropsykolog og med screening af rehabiliteringspotentialer og motivationsniveau.

Dette forslag skal ses i sammenhæng med anbefalingen om også at opruste på indsatsfeltet med læringsstrategier og transferstrategier – og er endvidere knyttet an til behovene for at sikre bedre forløbskoordinering i overgangen mellem sygehusregi og center.

Forslaget skal imidlertid også ses som del af bestræbelserne på at arbejde mere bevidst med sikring af, at de indsatser, der sættes i gang og udføres, rent faktisk kan forventes at have en klar effekt.

Implement foreslår, at der som del af den omhandlede og indledende screening vedrørende rehabiliteringspotentiale og motivation arbejdes med en samlet måling af patientens tilstandsniveau. Det forekommer her vigtigt, at den måling, der gennemføres, dels er bredt anerkendt, og måske ikke mindst at den er bredt anerkendt i hospitalssystemet, og at der gennem patientens samlede rehabiliteringsforløb, herunder forløbet efter udskrivning fra Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, gennemføres helt tilsvarende målinger.

Der kan være argumenter i retning af, at én måling ikke siger tilstrækkeligt om patientens niveau. Implement foreslår i givet fald, at der arbejdes med maksimalt to målemetoder – selvom én gennemgående måling dog klart har meget for sig, i hvert fald i en startfase.

²⁶ Jf. også sundhedsministerens udspil omkring ”Patientsikker kommune”.

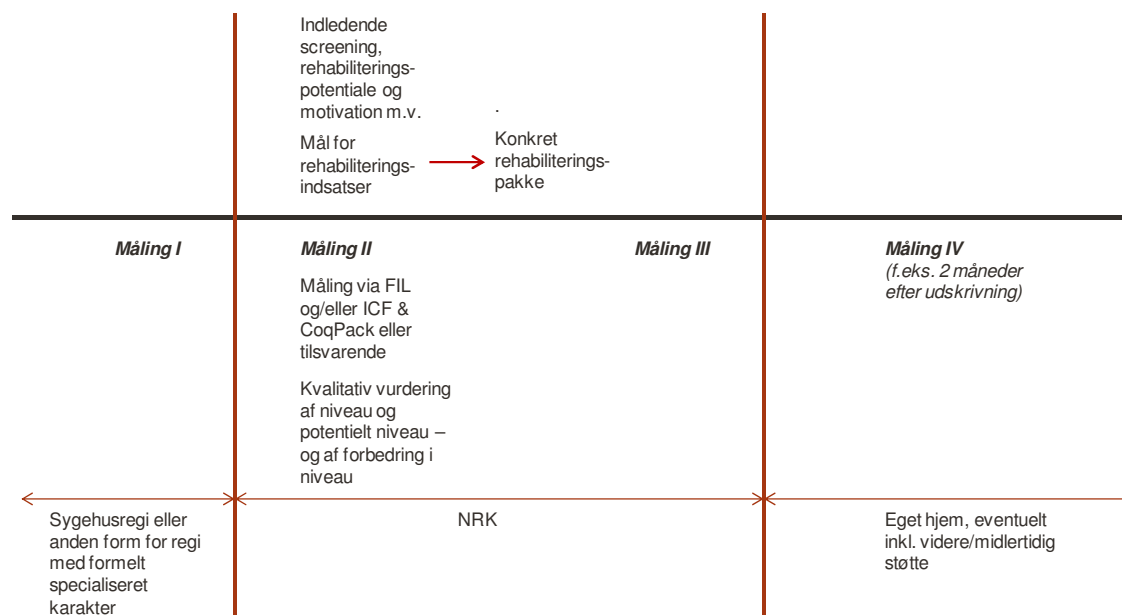
Den foreslåede måling skal ikke ses som et alternativ til de nødvendige, faglige tests, som gennemføres undervejs i rehabiliteringsforløbet, og som understøtter den ”kliniske” indsats, men som en nødvendig og delvist ”strategisk” overbygning med henblik på synliggørelse og dokumentation af indsatsens betydning for den enkelte patients funktionsevne.

På Kurhus anvendes fx Functional Independence Level (FIL), mens man på Neurorehabiliteringsafsnittet i Frederikssund (del af Nordsjællands Hospital) samt på Glostrup Hospital og andre steder i Danmark anvender Barthel Score.

Det forlyder dog fra Glostrup Hospital, at man fremadrettet ønsker at anvende ICF²⁷, som også anvendes på Marselisborgcentret, ligesom man visse steder i Norge (fx Sykehuset Telemark) også anvender funktionsevnevurdering baseret på ICF – idet der dog ofte suppleres med CogPack²⁸, som er en metode til patientens egen selvevaluering inden igangsættelse af rehabiliteringsforløbet og fx 6 måneder efter rehabiliteringsforløbets start.

Samlet set forekommer det naturligt, at NRK – gerne i et formaliseret samarbejde med de relevante sygehusafdelinger – etablerer en fast procedure med måling efter fx FIL eller ICF og eventuelt suppleret med en selvevaluering metode som CoqPack.

Der kan (jf. også eksemplificerende figur nedenfor) måles ved ankomst til NRK og i forbindelse med den indledende screeningssession, dog afhængigt af hvornår der senest er gennemført måling – idet en sygehusbaseret måling eventuelt kan overtages af NRK og være del af grundlaget for den indledende screeningssession.



²⁷ International Classification of Function (WHO’s internationalt anvendte beskrivelse af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand)

²⁸ <http://www.cogpack.com/USA/frames.htm>

Der kan yderligere måles et antal uger, fx 2-4 uger, efter rehabiliteringsforløbets start. Endelig kan der, jf. også Implements generelle anbefaling om at forskyde kapacitetsbalancen og indsatserne mod hjemmeneurorehabilitering, måles fx et par måneder efter udskrivning fra Neurologi- og Rehabiliteringscenter København.

En sådan model kan suppleres med konkrete målsætninger for, hvordan kommunale udgifter til støtte – hjemmehjælp og hjemmepleje mv. – udvikler sig over tid for de patienter, der har været igennem et døgnbaseret rehabiliteringsforløb.

I nedenstående tabeller er det udelukkende opgjort, i hvilket omfang der før og efter rehabiliteringsforløb på Neurologi- og Rehabiliteringscenter København er tale om udgifter til støtteforanstaltninger – idet ydelser indenfor såvel sundheds- og omsorgs- som beskæftigelsesområdet er medtaget som eksempler.²⁹

SUF ydelser jan 2012- jan 2013	Før NRK	Efter NRK
Personlig pleje	0%	33%
Praktisk hjælp	7%	13%
Sygepleje	0%	27%
Genoptræning	0%	7%
Træning Sundhedslov	0%	87%

BIF-ydelser jan 2012- jan 2013	Før NRK	Efter NRK
Sygedagpenge	43%	86%
A-Dagpenge - passiv	14%	0%
Passiv kontanthjælp	14%	14%
Ingen ydelser	29%	0%

²⁹ Der er tale om et begrænset antal udvalgte CPR numre – henholdsvis 15 og 7.

Det fremgår, at niveauet for ydelser – forventeligt – er gået op efter sygdom og neurorehabiliteringsforløb, idet kun en enkelt patient har modtaget nogen form for støtte før sygdom, og at ikke mindst træning efter sundhedsloven er gået op efter døgnbaseret forløb på Neurologi- og Rehabiliteringscenter København.

For beskæftigelsesområdet er det – forventeligt – sygedagpenge, der er gået op, idet der dog her har været et vist niveau i forvejen.

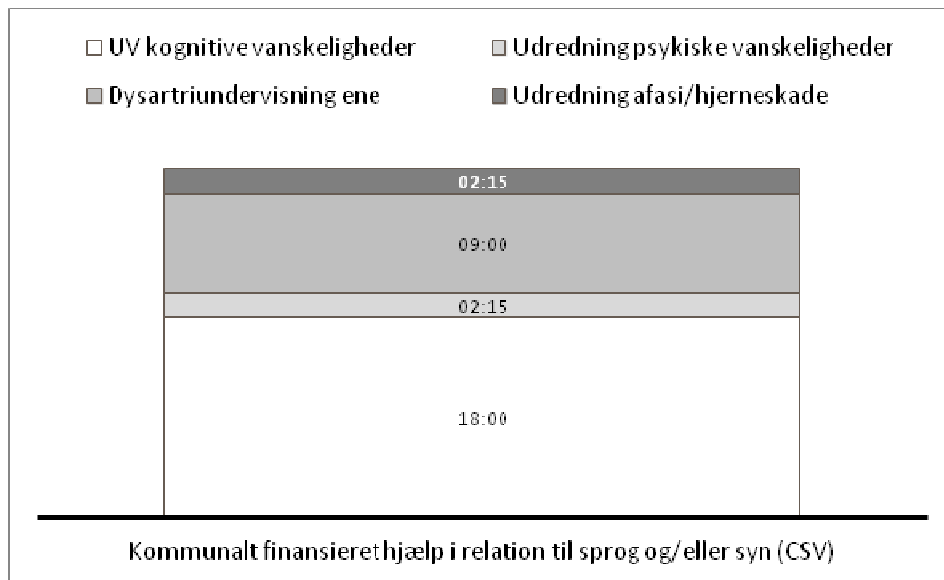
Ud fra informationer, modtaget fra Socialforvaltningen³⁰, kan det konstateres, jf. også tabel nedenfor, at der for aldersgruppen 18-64 år ikke har været tale om ydelser forud for sygdoms- og rehabiliteringsforløb, og at der efterfølgende har været tale om et vist ydelsesniveau, hvor vederlagsfri genoptræning, neuropsykologisk undersøgelse, hjælp i relation til sprog og/eller syn samt hjælpemidler har været inde i billedet.

SOF ydelser jan 2012-jan 2013	Før NRK	Efter NRK
Hjemmehjælp	0%	38%
Sygepleje	0%	25%
Fysioterapi/Ergoterapi (vederlagsfri eller hjemmetræning)	0%	50%
Psykologhjælp, inkl. evt. neuropsykologhjælp	0%	38%
Hjælp i relation til sprog og/eller syn (under/efter NRK)	0%	63%
Hjælpemidler (tekniske og personlige)	0%	88%
Ambulante ydelser, NRK	0%	Ingen oplysninger

Som det fremgår af tabellen indgår kommunalt finansieret hjælp i relation til sprog i en del af de undersøgte forløb. Indsatserne her leveres af CSV. I de forløb, hvor der har været tale om bistand via CSV (i alt 5 forløb), har der været tale om en gennemsnitlig visiteret tid, svarende til knapt 32 timer.

Figuren nedenfor viser et eksempel på den visiterede tid (timer) fordelt på elementer i et forløb på CSV.

³⁰ Der er tale om et begrænset antal udvalgte CPR numre – i alt 8.



I en egentlig effektmodel bør der (på et optimalt niveau) arbejdes med denne form for data og informationer, hvor der ikke alene ses på, hvilke typer af ydelser, der har været aktuelle for patienten forud for neurorehabiliteringsforløb, men også på niveauet af udgifter, Københavns Kommune anvender i forlængelse af neurorehabiliteringsforløb.

Implement anbefaler, at inddragelsen på mere systematisk vis af ydelser før og efter neurorehabiliteringsforløb, og som del af et arbejde med en effektmodel, ikke lægges alt for ambitiøst an fra start, men at der i stedet arbejdes med et antal udvalgte former for støtte/ydelser i en periode – og at dette gøres sammenhængende med bestræbelser på at få ensartede målinger af funktionsniveauer ind i den almindelige drift.

Det vil være en konsekvens af et mere intensivt og struktureret arbejde med en effektmodel – og med en løbende tilpasning af en sådan effektmodel, at Neurologi- og Rehabiliteringscenter København og Københavns Kommune, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, må opprioritere egne niveauer, når det gælder kontinuerligt kendskab til vidensudvikling og evidens på neurorehabiliteringsområdet. Denne konsekvens anser Implement for at være både positiv og nødvendig.

Der er til stadighed nye former for dokumentation, når det gælder neurorehabiliteringens effekter, og når det gælder forudsætningerne for opnåelse af effekter af neurorehabilitering. Både den måde forløbene og indsatserne i forløbene tilrettelægges og gennemføres på, samt den måde hvorpå der arbejdes med effekt, vil kontinuerligt skulle vurderes og eventuelt justeres i lyset af ny viden og nye former for evidens.

I forbindelse med effekt er det væsentligt afslutningsvis at gentage, at rammerne for arbejdet med enhedsomkostninger i forbindelse med typer af forløb i Neurologi- og Rehabiliteringscenter København må gøres langt mere gennemsigtige. Det er aktuelt alt for vanskeligt at beregne enhedsomkostninger, forstået som gennemsnitlige omkostninger per type af rehabiliteringsforløb – og dermed også vanskeligt, som almindelig drift, at se på

sammenhænge mellem dels forløbsomkostninger og dels undgåede udgifter eller undgåede merudgifter efter (og som følge af) rehabiliteringsforløbene.

8. Tværgående evalueringsbetragtninger

Implement vurderer helt overordnet, at Neurologi- og Rehabiliteringscenter København er udtryk for en på mange måder innovativ og fremadrettet konstruktion – og at der ud fra centrets rammebetingelser, hvor de faglige niveauer og kompetenceniveauer ikke fra start matchede målsætningerne og ambitionsniveauerne i forbindelse med centrets etablering, er gjort væsentlige fremskridt.

Implement vurderer endvidere, at der ledelsesmæssigt og i henseende til medarbejdernes varetagelse af indsatser er mange gode takter – og at der er mange positive elementer i den måde centret generelt fungerer på – også målt i forhold til andre, tilsvarende enheder.

Der er grund til at lægge vægt på det ovenfor anførte, fordi det også afspejler, at der i perioden siden etableringen af Neurologi- og Rehabiliteringscenter København har været tale om en række arbejds- og udviklingsmæssige tendenser, hvor centret ganske enkelt er blevet bedre (end i udgangspunktet, ved etableringen) til at varetage opgaven med neurorehabilitering. Der tænkes her især på følgende forhold:

- At de to ledere, trods den noget atypiske organisatoriske struktur, har været i stand til gennem et generelt set godt samarbejde at få centret til at fungere og udvikle sig
- At der gennem systematisk kompetenceudvikling er sikret en klar forbedring af kompetenceniveauerne på både pleje- og terapisisden
- At det tværfaglige samarbejde, generelt set, er forbedret – idet de gennemførte kompetenceudviklingsforløb for terapi- og plejepersonalet, og det forhold, at de er gennemført som fælles forløb på tværs af faggrupperne, har medvirket til denne forbedring
- At plejepersonalet (også ud fra bl.a. de gennemførte kompetenceudviklingsforløb) har opnået en væsentligt udvidet forståelse af rehabiliteringstankegangen og væsentligt bedre forudsætninger for at medvirke aktivt i rehabiliteringsforløbene
- At der via rekrutteringer (fra bl.a. Frederiksberg Hospital) er opnået en udvidet andel af medarbejdere med specifik neurologisk erfaring
- Herudover bør det noteres, at samarbejdet mellem SUF og SOF og konstruktionen med køb af pladser synes at fungere på en god måde og med en bevidst prioritering af terapi- og plejeresourcer mellem de to aldersbaserede dele.

Nogle af de positive elementer, når det gælder virkemåden for Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, og når det gælder de opnåede forbedringer siden centrets etablering, afspejles i bidragene fra de gennemførte interviews med patienter og pårørende, hvor der i mange henseender udtrykkes stor tilfredshed med indsatserne, og hvor centrets personale gennemgående får anerkendelse for commitment og indsatser, og hvor det i flertallet af tilfælde også udtrykkes som oplevelsen, at personalet har et forholdsvis tæt og mål orienteret samarbejde på tværs af faggrupperne.

Det hører med i det samlede, overordnede billede, at nogle af de vanskeligheder, centret oplever, og nogle af de felter, hvor virkemåden vurderes at være mindre hensigtsmæssig, ikke kan ses uafhængigt af eksterne, strukturelle rammebetingelser – herunder i sammenhæng med rehabiliteringsindsatsernes tværsektorielle karakter og de interne strukturer i Københavns Kommune, der ikke på alle måder kan siges at fremme mulighederne for optimale, velkoordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb.

Det anførte (ovenfor) afspejler, at der på mange måder er en solid basis for videre udvikling og opgradering af Neurologi- og Rehabiliteringscenter København – idet en sådan videre udvikling kan vedrøre flere forskellige forhold, eksempelvis ressourcer og normeringer (og dermed intensitet i træningsforløbene), kompetenceniveauer og omfang af forskellige typer af kompetencer (jf. bl.a. spørgsmål omkring neuropsykologisk kompetence), øget match mellem praksis og MTV præmisser vedrørende effektfulde former for neurorehabilitering, øget match mellem forløbsprogrammets præmisser og praksis.

Nedenfor gennemgås først to strukturelle forhold, hvor der vurderes at være behov for forandringer, og hvor sådanne forandringer i sig selv kan medvirke til at forbedre rammerne for udnyttelse af afsat kapacitet og afsatte ressourcer til neurorehabilitering og i det hele taget virkemåden for Neurologi- og Rehabiliteringscenter København.

Dernæst gennemgås yderligere ... forhold, hvor der vurderes at være behov for initiativer og tiltag – eller for handlingsorienterede overvejelser omkring mulige initiativer og tiltag.

8.1 Organisationsstruktur og ledelsesmæssige struktur

For det første forekommer den organisatoriske og ledelsesmæssige struktur med de to "søjler" (terapi og pleje) ikke at være en langsigtet bæredygtig konstruktion – også selvom de to ledere på mange måder og i et generelt set godt samarbejde har udfyldt den nuværende konstruktion og rammerne omkring den på en god måde.

Alene MTV forudsætningerne med den stærke betoning af tværfagligt samarbejde og tværfaglige indsatser som væsentlig præmis for effektiv neurorehabilitering forekommer at være en rimelig grund til ikke at agere med en ledelsesmæssig struktur, der "fra toppen" har udgangspunkt i faggruppe og specifik faglighed.

Hertil kommer, at virkemåden for en struktur med todelt ledelse og med to (fagligt baserede) "søjler" kan være meget afhængig af, at to bestemte personer er i stand til at få konstruktionen til at fungere – og en sådan situation behøver ikke altid eller per automatik at være til stede.

Heller ikke de normale økonomistyringsmæssige retningslinjer med entydige ansvars- og forpligtelseslinjer i forhold til budgettering (og dermed prioritering af indsatser) samt disponering forekommer at være hensigtsmæssigt varetaget via den eksisterende struktur.

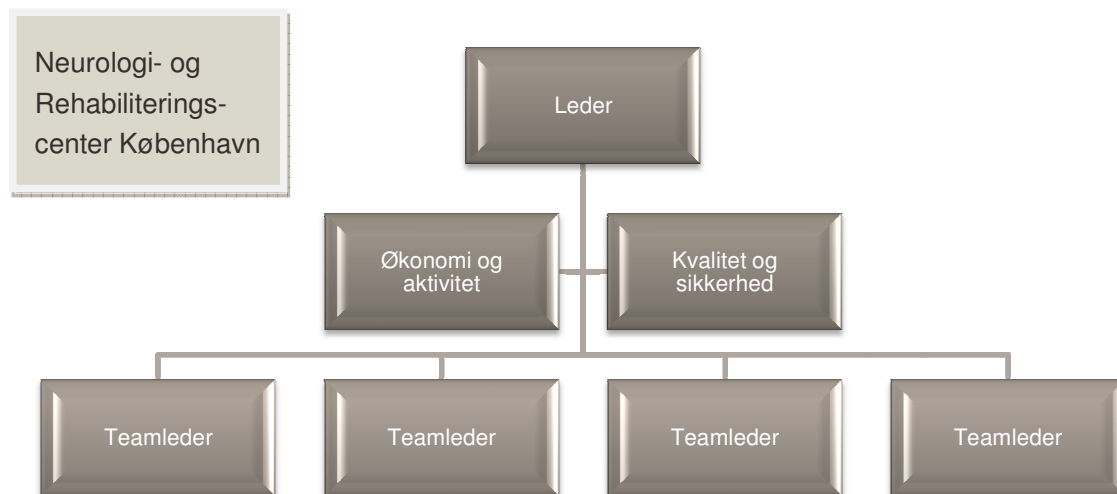
2012 resultatet, hvor Neurologi- og Rehabiliteringscenter København kom ud med et mindre forbrug – ejendommeligt i forhold til den oplevede mangel på ressourcer samt de

merbevillinger, der blev givet til nogle særligt komplekse patienter, kan måske også afspejle vanskelighederne med den nuværende organisatoriske konstruktion – om end de økonomi-styringsmæssige rammebetingelser her også spiller ind, jf. nedenfor omkring økonomisk planlægning og styring samt opfølgning.

Implement finder det umiddelbart hensigtsmæssigt, også nu hvor Neurologi- og Rehabiliteringscenter København på mange måder er langt bedre rustet og konsolideret til at løse neurorehabiliteringsopgaverne, at tage det udviklingsorienterede næste skridt på den organisatoriske og ledelsesstrukturelle front gennem etablering af en konstruktion med én leder for Neurologi- og Rehabiliteringscenter København. En sådan enstrengt ledelsesstruktur kunne samtidig danne basis for opgaven med – ud fra et antal strategisk orienterede initiativer og tiltag, herunder de der kan følge af det nu gennemførte evalueringsforløb – at udvikle centret videre fremad mod 2015 og 2020.

Implement finder, at en sådan leder sagtens kan have en sundhedsfaglig baggrund, men at dette på den anden side ikke er nogen nødvendig forudsætning – hvis den primære opgave ligger i en strategisk orienteret konsolidering og videreudvikling af Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, ind i de tendenser og perspektiver, der er nævnt i afsnit 1 ovenfor.

I forlængelse af evalueringsbidraget i afsnit 4 om organisatorisk virkemåde kunne en organisatorisk og ledelsesstrukturel model for Neurologi- og Rehabiliteringscenter København se ud som eksempelvis nedenfor:



Med de stadigt stigende krav til evidensbaserede indsatser samt kvalitetsmæssig dokumentation – og med den øgede vægtlægning på patientsikkerhed – forekommer det naturligt at tilknytte en medarbejder til Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, der arbejder specifikt med centrets kvalitet og med tilrettelæggelse af procedurer, der sikrer dokumentation og opfølgning i forhold til kvalitet og effekt af indsatser.

Det bemærkes i sammenhængen og som en (delvis) organisatorisk dimension, at den nuværende styringsmæssige og fysiske adskillelse af aldersgrupperne under 65 år og 65 år+ virker meningsløs og i øvrigt også uholdbar, hvis det er pensionsalderen (der må antages at skifte over tid), der har været udgangspunkt for opdelingen.

Set på tværs af de journaler, Implement har gennemført, og de interviews med patienter og pårørende, der er gennemført, så er der ingen grund til at antage, at der er systematiske forskelle i karakteren af de indsatser, der skal udøves overfor borgere i de to alderssegmenter – også selvom der generelt må være en antagelse om, at funktionsniveauer alt andet lige er svagere og tendensen til comorbiditet større, proportionalt med alder.

MTV rapporten anfører i forhold til læringsstrategier og transferstrategier, at der måske kan være en vis evidens for at skelne mellem borgere i aldersgrupperne under 30 år og 30 år+. Faglig backinggruppe anser imidlertid ikke evidensen for denne sondring som tilstrækkelig funderet til at gøre den til basis for organisatorisk eller fysisk opdeling. Ligesom faglig backinggruppe deler opfattelsen af, at det ikke giver faglig mening at sondre mellem neurorehabiliteringsforløb for borgere under 65 år og borgere i aldersgruppen 65 år+.

Selv med inddragelse af det forvaltningsmæssige og aldersgrænsebaserede split, der ligger i Københavns Kommune – mellem SUF og SOF – forekommer det unødvendigt at opretholde adskillelsen mellem de to aldersgrupper. Virksomheder, herunder indenfor sundhedsvæsenet – fx private hospitaler – sonderer jo heller ikke, i den driftsmæssige og fysiske tilrettelæggelse, mellem, om nogle patienter kommer fra det ene eller det andet sted (fra den ene eller den anden rekvirent).

Implement finder det i tilknytning til det organisatoriske (og fysiske) særdeles væsentligt at pointere, at sammenblandingen mellem neurorehabiliteringspatienter og geriatriske patienter med rehabiliteringsbehov ikke virker konstruktiv og fremmende for den praktiske opgavevaretagelse og for opgradering af de specifikke neurorehabiliteringsmæssige kompetencer.

Implement vurderer det yderligere som stærkt u hensigtsmæssigt, at der i neurorehabiliteringsafsnittet for borgere i aldersgruppen 65 år+ kan identificeres patienter med stærkt udviklet demens. Dels fordi denne sammenblanding ikke understøtter videre opgradering af specifik faglighed på neuroområdet, dels på grund af den stærke vægt Implement lægger på den helt indledende screening og vurdering af patienter ved ankomst til Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, hvor systematisk potentiale vurdering, sammen med systematisk vurdering af motivation, anses for at være helt afgørende for optimal og effektiv udnyttelse af indsatser og kompetencer: Patienter med meget lav motivation (eller med manglende funktionsniveau til overhovedet at have motivation – stærkt demente patienter) hører ikke hjemme i en neurorehabiliteringssammenhæng. Og denne patienttype ville, med den af Implement foreslåede hard core screening af rehabiliteringspotentialer og motivation, aldrig "ende" i en sådan sammenhæng.

Implement har forståelse for, at Københavns Kommune er nødt til at prioritere tilrettelæggelse af hensigtsmæssige kapacitetsrammer, men et fuldt udbygget neurorehabiliteringsafsnit kunne måske også opnås ad andre veje – herunder fx salg af pladser til eksterne

(andre kommuner) samt inddragelse af i hvert fald nogle af de forløb, der aktuelt ”kører uden om” Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, når det gælder døgnophold/-døgnrehabilitering.

8.2 Økonomistyringsprincipper

Som det fremgår allerede af afsnit 4 vedrørende organisatorisk virkemåde forekommer den økonomistyringsmæssige struktur i og omkring Neurologi- og Rehabiliteringscenter København at være særdeles og unødvendig kompleks.

Økonomistyringsmodellen omfatter både aktivitetsbaserede og bestiller-udfører baserede styringsprincipper. Der er budgetter, adskilt ud fra faggrupper – og som alligevel i anden omgang skal fordeles på indsatsområder og funktioner. Der er egen kapacitet (SUF) og solgt kapacitet (til SOF). Der er kontotekster, der ikke er ajourførte, eller som er vildledende. Herover er der også lagt forskellige former for praksis ind i forbindelse med fx rengøring, ligesom beregning af enhedsomkostninger for rehabiliteringsydelser og for forskellige typer af rehabiliterings-ydelser (netop på grund af de mange ikke synkrone principper) fremstår som ganske vanskelig.

Det anførte betyder samtidig, at økonomistyringsprincipperne – udover de bagdele, kompleksiteten i sig selv medfører – fremstår som ganske meget ude af takt med de forventelige fremadrettede krav til økonomistyring i kommunerne.³¹

Det vurderes som et helt nødvendigt første skridt at tildele Neurologi- og Rehabiliteringscenter København ét samlet budget, orienteret mod neurorehabiliteringsydelserne og ikke mod henholdsvis træningsdel samt pleje- og omsorgsdel.

Det vurderes som et andet nødvendigt skridt at få sikret en ensartning af principperne for tværgående service (herunder rengøring) og for tværgående fordeling af indirekte udgifter (i forbindelse med beregning af enhedsomkostninger) – alene en overgang til fælles, samlet budget (snarere end faggruppeopdelt budget) vil forbedre mulighederne for at opnå en sådan ensartning.

Hertil kommer følgevirkningerne af det ovenfor omtalte forslag med fuld integration af alle former for neurorehabilitering, uafhængigt af alder.

8.3 Indledende screening af rehabiliteringspotentialer og motivation – og forløbsstandardisering

Implement anbefaler, at Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, jf. også afsnit 4.0 foran, etablerer en indledende screenings- og motivationsprocedure, hvor også rehabiliteringspotentialer vurderes grundigt, og hvor proceduren integreres med den indledende patientvurdering samt den indledende fastlæggelse af mål for neuro-

³¹ Se bl.a. her KL strategien for det nære sundhedsvæsen og det sidste afsnit om økonomisk styring og dokumentation.

rehabiliteringsindsatserne. Denne indledende procedure bør omfatte neurologiske og neuropsykologiske kompetencer.

Denne form for indledende screening vil i høj grad sætte fokus på inklusions- og eksklusionskriterier – hvad Implement vurderer som en særdeles konstruktiv ”bivirkning”.

Samtidig kan en sådan procedure være afsæt for øget omfang af fokus på læringsstrategier og transferstrategier – samt øget fokus på standardiserede typer af forløb.

Det er – sådan som Implement vurderer det – udenfor enhver tvivl, at adgang til neuropsykologiske kompetencer og neurologiske kompetencer vil være et kolossalt løft for Neurologi- og Rehabiliteringscenter København – og et naturligt løft, hvis man for alvor ønsker avanceret (og på grænsen til specialiseret) neurorehabilitering, og/eller hvis man vurderer udviklingen mod 2015 og 2020 således, at der under alle omstændigheder kommer mere pres på neurorehabiliteringsopgaverne, herunder også som følge af fortsat tidligere og tidligere udskrivninger fra sygehusregi, jf. også afsnit 2.0 foran omkring perspektiver mod 2015 og 2020.

Den helt optimale eller mest prioriterede anvendelse af neuropsykologiske og neurologiske kompetencer vil være netop i sammenhæng med indledende screening af rehabiliteringspotentialer og motivation, fordi tråde her knyttes an fra et forudgående sygehusforløb (og de præmisser for videre rehabilitering, der ligger i sammenhæng med udskrivning og genoptræningsplan/epikrise) og frem mod den indledende og særdeles vigtige planlægning af lærings- og transferstrategi, konkrete indsatsmæssige sammensætninger samt basis målinger af funktionsniveau mv.

Det bemærkes, jf. bl.a. afsnit 4.0 omkring MTV rapporten, at tilstedeværelsen af neurologiske og neuropsykologiske kompetencer erfaringsmæssigt kan have meget stor læringseffekt i forhold til øvrige faggrupper. Og at en eventuel investering i neurologisk og neuropsykologisk kompetence derfor må ses ikke blot i sammenhæng med kvaliteten af de konkrete neurorehabiliteringsforløb, hvor disse kompetencer er involveret, men også ind i sammenhæng med det bredere behov for kompetenceudvikling i Neurologi- og Rehabiliteringscenter København.

En prioriteringsmæssig opgradering af en indledende (hurtig og accelereret) fase med screening af rehabiliteringspotentialer og motivation, herunder involveringen af neurologiske og neuropsykologiske kompetencer, vil skabe pres i retning af stærkt intensiveret samspil (forbedret forløbskoordinering) mellem neurorehabiliteringsindsatserne i sygehusregi og i regi af Neurologi- og Rehabiliteringscenter København.

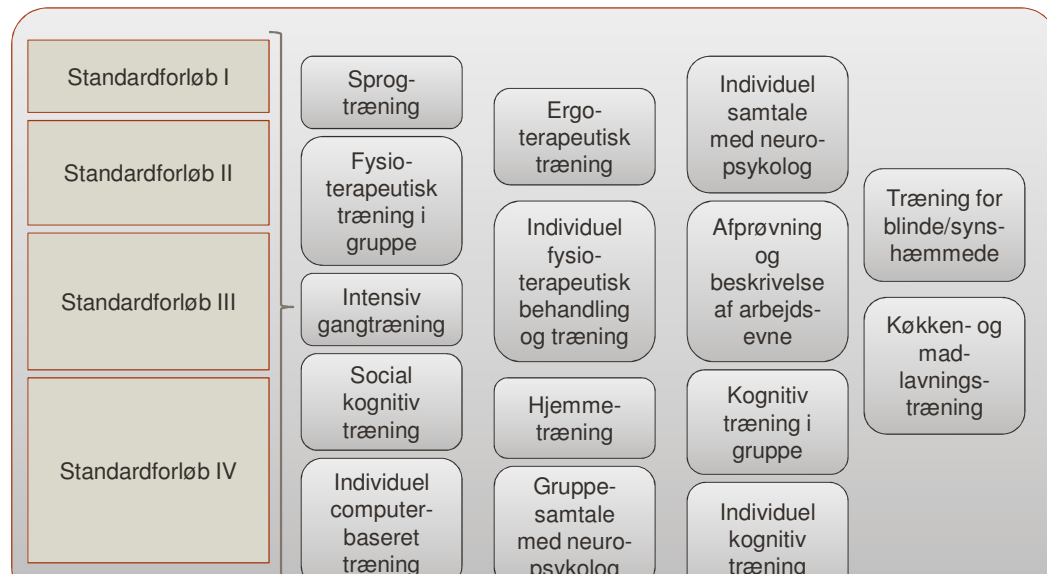
Et sådant pres anser Implement for at være gunstigt, fordi det tvinger såvel center som sygehusside til at tænke i mere standardiserede og systematiske samt vel koordinerede løsninger i overgangen omkring udskrivningsfasen og udskrivning fra sygehusregi til Neurologi- og Rehabiliteringscenter København.

Der er, sådan som Implement oplever det, behov for at arbejde med former for ”pakker” eller standardiserede forløb. Neurologi- og Rehabiliteringscenter København har i forvejen selv

arbejdet med flow charts i forbindelse med neurorehabiliteringsindsatserne – og tankegangen omkring standardiserede forløb bør derfor ikke være ukendt.

Også forløbsprogrammet vedrørende hjerneskaderehabilitering lægger op til en form for forløbsmæssig standardisering.

Standardforløb med forskellige standardsammensætninger af indsatstyper



Note: Jf. figur ovenfor kan forskellige indsatser være dele af et samlet neurorehabiliteringsforløb. Gennemgås de forskellige neurorehabiliteringsforløb, der rent faktisk er gennemført, vil det være muligt at identificere indsatstyper, der "går igen" uafhængigt af kategori af forløb, indsatstyper der går igen i bestemte kategorier af forløb, samt indsatstyper der optræder mere sjældent og kun i bestemte kategorier af forløb. Det er ud fra en sådan tankegang, at der kan laves standardforløb – eller forskellige kategorier af standardforløb.

Det er i stort omfang i tale sat, at patienterne indenfor feltet med neurorehabilitering hver for sig har individuelle vilkår, ligesom også MTV præmisserne peger på, at der er behov for rehabiliteringsforløb med stor grad af hensyntagen til de individuelle forudsætninger og vilkår.

Dette er imidlertid ikke det samme som at der ikke kan arbejdes mere systematisk med standardiserede forløb – en arbejdsform, der alt andet lige også sikrer mere fokus på hurtigt flow og hurtig fremdrift samt øget effektivitet i anvendelse af faglige ressourcer.

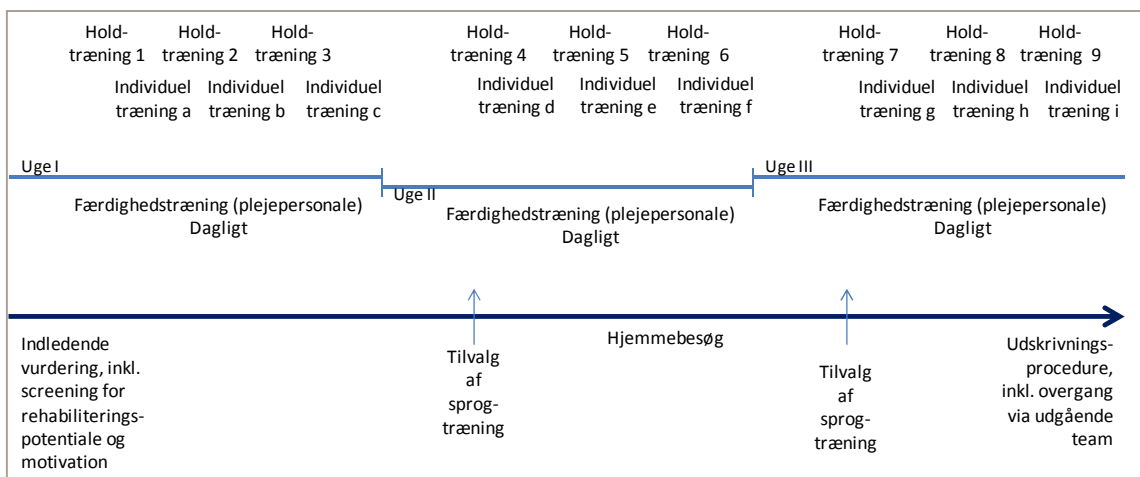
På cancerområdet er de såkaldte "pakkeforløb" efterhånden almindelig driftsmæssig praktik, selvom det også på cancerområdet gælder, at der er mange individuelt forankrede forskelle i situation og vilkår samt indsatsbehov.

Implement anbefaler én af to fremgangsmåder i relation til et styrket arbejde med standardiserede neurorehabiliteringsforløb.

I den ene metodik udformes der ét standardforløb – i forhold til hvilket, der så i de enkelte forløb tage stilling til om én eller flere af de forudsatte indsatser skal tages ud – eller om én eller flere supplerende indsatser skal tages ind.

I den anden metodik udformes to til tre standardforløb, der hver for sig afspejler forholdsvis typiske forløb for bestemte kategorier af borgere med bestemte former for sygdom, almen tilstand, sociale vilkår, aldersspænd etc. Også i denne variant kan der være tale om at operere med henholdsvis tilvalg og fravalg i forhold til standardforløbet, men her med en forventning om mindre omfang end i varianten med ét, grundlæggende standardforløb.

Et standardforløb kan, helt eksemplificerende, jf. også figur nedenfor, bygges op ud fra et grundlag med standardiserede former for holdtræning, standardiserede former for individuel træning samt standardiserede former for færdighedstræning via plejepersonale – og med muligheder for tilvalg i forhold til standardforløbet, når dette ud fra den konkrete situation gør dette hensigtsmæssigt.



Uanset metodik kan der ift. den fremadrettede definition af enhedsomkostninger for indsatserne bemærkes følgende:

Plejedelen

I dag differentieres taksterne for pleje og omsorg ikke mellem en almen rehabiliteringsplads og en neurorehabiliteringsplads. Neurorehabiliteringsindsatsen vurderes at stille større tids- og kompetencemæssige krav til plejepersonalet. I en fremadrettet, samlet enhedspris for neurorehabilitering bør der tages højde for dette.

Træningsdelen

Flere faktorer er omkostningsdrivende for neurorehabiliteringsforløb (ud over intensiteten i den terapeutiske træning) – og kan derfor tænkes ind i eventuelt nye budgetpakker. Det gælder eksempelvis:

- Forløb indeholdende afklaring og optræning af arbejdsevne (borgere under 65 år). Sammenlignelig pris afhængig af sammensætning hos Center for Hjerneskade: 50.000-200.000 kr.
- Neuropsykologisk forundersøgelse. Sammenlignelig pris hos Center for Hjerneskade (9.000 kr.)

Herudover kan udfaldet af den neuropsykologiske forundersøgelse være vejledende ift. omfanget af de kognitive problematikker og dermed behovet for individuel træning og guidning fra terapeuter og plejepersonale (omkostningsniveauet).

8.4 Typer af balancer i kapacitet til neurorehabilitering

Ses der på de måder, hvorpå neurorehabilitering udvikles som fagligt og indsatsmæssigt felt kan der konstateres ganske mange varianter, når det gælder balancen mellem døgnbaseret neurorehabilitering, ambulat neurorehabilitering samt hjemmebaseret neurorehabilitering og opfølgende indsatser i forlængelse af de mere intensive neurorehabiliteringsindsatser. Jf. også diagram nedenfor.

Sådan som Implement vurderer det, er der, også på grund af den teknologiske udvikling, en klar tendens mod mere hjemmeorienterede indsatser – en tendens, der kan iagttages ikke alene på neurorehabiliteringsområdet, men også på andre sundhedsfaglige områder.

Tendensen har dog også, jf. MTV analysen, basis i et øget hensyn til forløbskoordinering og effekt af indsatser, idet tendensen også har sammenhæng med et kontinuerligt øget fokus på transferstrategier (og læringsstrategier).

Implement finder det afgørende nødvendigt, ikke mindst ud fra resultat- og effekt-mæssige præmisser, at Neurologi- og Rehabiliteringscenter København udvikles i en retning, hvor balancen mellem døgnrehabilitering, ambulat rehabilitering og rehabiliteringsindsatser i eget hjem samt opfølgende, efterfølgende indsatser forskydes til fordel for de to sidstnævnte indsatsdele.

En sådan forskydning vil have den klare konsekvens, at døgnrehabiliteringsforløbene reduceres i længde. Men denne præmis vurderer Implement alligevel som nødvendig at forfølge, fordi den nuværende situation med meget ekstensive rehabiliteringsindsatser, der på træningssiden reelt ikke adskiller sig fra de billigere ambulante neurorehabiliteringsindsatser, ikke forekommer hensigtsmæssig at opretholde. Dette kan også, jf. igen MTV rapporten, formuleres skarpere: Den kontinuerlige intensitet og den accelererede karakter af neurorehabiliteringsforløb, der generelt anses for at være en vigtig forudsætning for effekt, matcher ikke det tilbud, der aktuelt gives via Neurologi- og Rehabiliteringscenter København og de gennemførte døgnbaserede forløb med (spredt) neurorehabilitering. Selv ikke en forudsat stærk opgradering af plejepersonalets kompetencer på neurorehabiliteringsfeltet (og mere kontinuerlige indsatser, dækkende også aften og weekends gennem plejepersonalets indsatser) forekommer at kunne rette tilstrækkeligt meget op i forhold til denne konklusion.

Implement anbefaler således klart, at de døgnbaserede neurorehabiliteringsforløb afkortes betragteligt – og at intensiteten i træningen øges betragteligt, fra dag ét og i umiddelbar sammenhæng med/forlængelse af den ovenfor foreslåede, intensiverede og indledende screening, hvor rehabiliteringspotentialer og motivation afdækkes, og hvor neuro-psykologiske og neurologiske kompetencer inddrages.

I dag er den gennemsnitlige liggetid, jf. tabel nedenfor, på 72 dage for neurorehabiliteringsforløb med borgere under 65 år og 80 dage for neurorehabiliteringsforløb med borgere i aldersgruppen 65 år+.

Antal pladser, forløb og gns. liggetid (dage), neurorehabilitering for borgere over/under 65 år, 2012

Aktuelt	Antal pladser	Total antal forløb	Gns. dage
Neurorehabilitering under 65 år	15	73	72
Neurorehabilitering 65 år+	7	32	80

I det scenarie, hvor den gennemsnitlige liggetid reduceres til gennemsnitligt 4 uger – altså mere end halveres ift. i dag – vil Neurologi- og Rehabiliteringscenter København således med den eksisterende kapacitet kunne gennemføre 196 forløb for borgere under 65 år og 91 forløb for borgere i aldersgruppen 65 år+ – eller i alt 287 forløb (uden adskillelse efter aldersgruppe).

En sådan kapacitet kan givetvis åbne op for den mulighed, at andre kommuner tilbydes køb af pladser på NRK. En mulighed, som i høj grad vil understøtte udviklingen af NRK som ”fagligt fyrtårn” for kommunalt baseret neurorehabilitering.

I henseende til borgerne og de pårørende vil et komprimeret forløb også kunne forstærke involvering fra start samt oplevelsen hos borgeren og de pårørende af et intensitetsniveau, der ligger på linje med – eller måske oven i købet overgår det intensitetsniveau, de har oplevet i en forudgående fase i sygehusregi eller i regi af de særlige neuro-rehabiliteringsenheder.

En prioriteringsmæssig forskydning til fordel for neurohjemmerehabilitering og opfølgende indsatser vil skabe pres i retning af stærkt intensiveret samspil (forbedret forløbskoordinering) mellem neurorehabiliteringsindsatser og støtteindsatser som hjemmehjælp og hjemmepleje mv. efter udskrivning. Et sådant pres anser Implement for at være gunstigt, fordi det tvinger såvel center som forvaltninger til at tænke i mere standardiserede og systematiske samt vel koordinerede løsninger i overgangen omkring udskrivningsfasen og udskrivning fra Neurologi- og Rehabiliteringscenter København.

Implement har noteret, at Neurologi- og Rehabiliteringscenter København skal holde en standard, hvor maksimalt 10% af de døgnbaseret neurorehabiliterede patienter overgår til efterfølgende ambulante regi.

Opretholdelsen af en sådan standard vil hverken være hensigtsmæssig eller økonomisk, kapacitetsmæssigt fornuftig, såfremt den linje, Implement anbefaler – med stærkt reduceret tidsmæssigt omfang af døgnbaserede neurorehabiliteringsforløb – forfølges. Her kan der netop, også i henseende til omkostningsniveauer, være grund til at tænke i former for forløb, hvor hurtige intensive neurorehabiliteringsforløb i døgnregi efterfølges af ambulante forløb i en overgangsfase mod hjemmebaseret neurorehabilitering.

I det hele taget giver den anførte linje anledning til – sådan som det også er søgt visualiseret under afsnit 8.3 ovenfor – at tænke i forskellige former for pakker eller standardforløb for neurorehabilitering. En sådan linje vil også harmonere med anbefalingerne vedrørende opgradering af arbejdet med læringsstrategier og transferstrategier.

8.5 Generelt om behov for videre kompetenceudvikling

Jf. også gennemgangen i afsnit 4 ovenfor vedrørende organisatorisk virkemåde forekommer det nødvendigt, såfremt der fremadrettet forfølges en linje med øgede ambitionsniveauer og/eller øgede former for pres på neurorehabiliteringsfeltet at sikre videre opgradering af personalets specifikke kompetencer.

Selvom der er sket fremskridt gennem både rekrutteringer og kompetenceudvikling – og selvom Implement anerkender de betydelige fremskridt, disse virkemidler har haft – så vurderes der alligevel at være "et gap" i forhold til de niveauer for erfaring og kompetence, man må forvente på en decideret neurorehabiliteringsenhed. Faggruppe- og kompetenceprofilen er fortsat i for høj grad – og ikke mindst på plejesiden – præget af udgangspunktet (almen rehabilitering og plejehjems regi) og af lederrollernes ansvar for andre dele end neurorehabilitering.

Som omtalt ovenfor, vurderes et øget omfang af inddragelse af neurologiske og neuropsykologiske kompetencer at kunne bidrage væsentligt også i henseende til kompetencemæssig opgradering – samt i forhold til det af Implement oplevede behov for styrkelse af de indledende vurderinger af rehabiliteringspotentialer og motivation.

Men dette virkemiddel bør ikke stå alene, såfremt der vælges en linje som den ovenfor anførte (og mere ambitiøse).

9. Bilagssamling

Bilag 1 Opgavedesign

MTV tilgangens analyseramme

TEKNOLOGI

- 1) Effektvurdering af interventioner i neurorehabiliteringen
 - karakter af interventioner
 - fokus i interventioner (fysisk, kognitivt, emotionelt, socialt m.v.)
- 2) Vurdering af, hvordan der opnås effekt med neurorehabilitering
 - borgerorienteret, målsætningsorienteret, strategiorienteret (læringsstrategier, strategier for transfer), tværfagligt orienteret

BORGERE/PATIENTER OG PÅRØRENDE

- 1) Borgeres/patienters oplevelse af neurologisk skade og sygdom – og betydningen heraf for tilrettelæggelse af neurorehabilitering
- 2) Pårørendes oplevelse af neurologisk skade og sygdom – og betydningen heraf for tilrettelæggelse af neurorehabilitering

ORGANISATION

- 1) Vurdering af organisatorisk virkemåde, herunder intern organisatorisk arbejdsdeling og koordination (inkl. forløbskoordinering)
- 2) Vurdering af ekstern koordination (inkl. forløbskoordinering)

ØKONOMI

- 1) Vurdering af omkostningerne i forbindelse med neurorehabilitering
- 2) Vurdering af økonomiske gevinster, forbundet med neurorehabilitering

Organisatorisk virkemåde



En organisations virkemåde har sammenhæng med den etablerede organisatoriske struktur og ledelsesstruktur. Den faktiske virkemåde afhænger imidlertid også af en række andre parametre – f.eks. hvordan faglig samt ressourcemæssig planlægning, styring og opfølgning er tilrettelagt og påvirker aktiviteter og indsatser samt opnåelse af resultater; hvordan koordination og samarbejde mellem faggrupper og mellem funktioner/enheder fungerer – og hvilken betydning dette har for bl.a. opfyldelse af mål; hvilke kompetenceprofiler og faktiske ledelsesformer, der skal til, for at gennemføre forudsatte og nødvendige indsatser og sikre målsatte effekter; i hvilket omfang organisationen er præget af homogene eller heterogene former for kultur og adfærd – og hvordan kultur og adfærd påvirker aktivitetsformer og indsatser samt opnåede resultater. Samtidig er det væsentligt, når det gælder evaluering af en organisations virkemåde at se på de forskellige parametre og på sammenhængen mellem disse parametre under ét.

Samlet evalueringsanalytisk ramme

- Både resultater (effekter) af samt ressourcetræk i forbindelse med neurorehabiliterings indsatserne vil blive belyst ud fra den MTV baserede analyseramme (henholdsvis Teknologi og Økonomi).
- Resultater for medarbejdere, herunder i sammenhæng med tværfagligt samarbejde, vil også blive belyst via MTV analyserammen (henholdsvis Teknologi og Organisation) – idet integrationen af evalueringskonceptet "Organisatorisk virkemåde" vil give basis for supplerende indspil, i forhold til bl.a. HR og kompetencer samt Logistik, koordination og samspil, men også Kultur og adfærd.
- Resultater vedrørende faglighed og kvalitet opnås ligeledes med MTV analyserammen og integrationen af "Organisatorisk virkemåde" konceptet (henholdsvis Teknologi samt Borgere/patienter og pårørende, men også Planlægning, styring og opfølgning).

- Endelig vil den udvidede MTV analyseramme bidrage til at sikre en dyb forståelse af alle former for relevante organisatoriske problemstillinger samt nuværende styrker og mangler i den samlede organisatoriske virkemåde for Neurologi- og Rehabiliteringscenter København.
- Implement opfatter evalueringsopgaven således, at eventuelle styrker og svagheder i forhold til Neurologi- og Rehabiliteringscenter København og indsatserne på neurorehabiliteringsfeltet, der ligger ud over fokusfelterne i Sundhedsstyrelsens MTV, gerne må inddrages i evalueringsforløbet. Dermed er de evalueringbaserede anbefalinger principielt ikke begrænset til eventuelle identificerede "gaps" mellem på den ene side de af MTVen afledte anbefalinger vedrørende tilrettelæggelse og udførelse af neurorehabiliteringsindsatser og Neurologi- og Rehabiliteringscentrets aktiviteter, indsatser, virkemåde osv. på neurorehabiliterings området på den anden.

Bilag 2 Aktiviteter i evalueringsforløbet

Evalueringen baserer sig på følgende datakilder:

1. Strukturerede journalgennemgange

Implement har ifm. evalueringen udført journalgennemgang af 7 journaler for borgere over 65 år, der har afsluttet et neurorehabiliteringsforløb på Neurologi- og Rehabiliteringscenter København i 2012, 15 journaler for borgere under 65 år, der har afsluttet et neurorehabiliteringsforløb på Neurologi- og Rehabiliteringscenter København i 2012, og 10 journaler (herunder er 8 gennemgået af student fra Sundheds og Omsorgsforvaltningen) for borgere over 65 år, der har afsluttet et alment rehabiliteringsforløb på Neurologi- og Rehabiliteringscenter København i 2012.

Gennemgangen er foretaget på baggrund af en ensartet skabelon, der specificerer fokuspunkter i gennemgangen.

2. Interviews med borgere/pårørende ud fra semi-strukturerede interviewguides

Implement har udført semistrukturerede interviews med 18 borgere og, hvor dette har været muligt, pårørende. Interviewene fordeler sig således mellem igangværende/afsluttede forløb, og borgere over/under 65 år:

- Afsluttede forløb, +65 år: 1 stk.
- Afsluttede forløb, -65 år: 5 stk.
- Igangværende forløb, +65 år: 5 stk.
- Igangværende forløb, -65 år: 7 stk.

3. Organisationsanalyse

Der er i evalueringsprocessen udført:

- 2 workshops ad organisatorisk virkemåde med 10 medarbejdere fra NRK/Hasselbo.
- 1 workshop med ledelsesrepræsentanter og udvalgte medarbejderrepræsentanter
- Semi-strukturerede interviews med ledelsesrepræsentanter:
 - Forstander for Hasselbo (Sophie Gammeltoft)
 - Ledende terapeut, NRK (Karin Martens)
 - Lokalområdechef (Margrethe Kusk)
 - Teamledere i NRK
- Fokusgruppeinterview med udskrivningskoordinatorer og visitationen (SOF og SUF)

4. Tilstedeværelse/observation

Implement har udført observationsstudier på NRK med tilstedeværelsen af én konsulent.

Dagene har været fordelt således:

- Dag 1: kl. 13-21 (neurorehabilitering over 65 år + almen rehabilitering)
- Dag 2: kl. 8-15 (neurorehabilitering under 65 år)

5. Økonomianalyse

Implement har udført i forbindelse med evalueringen udført en økonomianalyse af de samlede direkte og indirekte omkostninger forbundet med indsatsen på NRK/Hasselbo fordelt på neurorehabilitering, almen rehabilitering, ambulant træning og plejehjem. Analysen baserer sig på regnskabsdata for 2012, årsværksfordeling for 2012, såvel som beregninger af indirekte omkostninger fra økonomistaben, Københavns Kommune. Datagrundlag og metode for økonomianalysen udredes i Bilag 3 og Bilag 4.

Der har i evalueringsperioden været afholdt møder og valideringsseancer med økonomikonsulenter fra Sundhed og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune, såvel som økonomimedarbejdere og ledelsesrepræsentanter fra NRK/Hasselbo.

Bilag 3 Udredning af datagrundlag og fordelingsnøgler, omkostningsfordelingen

Input data

Grunddata

	Antal pladser	Belægningsprocent	Antal anvendte pladser	Total antal forløb	Min dage	Max dage	Gns. dage
Neurorehab under 65	15	96%	14,4	73	3	251	72
Almen rehab	31	98%	30,4	280	1	210	40
Neurorehab over 65	7	99%	6,9	32	5	162	80
Plejhjem	50						
Ambulant				440			
I alt	103						
Rehab i alt	53						
Almen rehab + over 65	38						

Øvrige omkostninger, træningsdelen, regnskab 2012 (for fordeling af årsværk og akkumuleret lønværdi, se Bilag 4)

Træningsdelen (NRK)	
Øvrige omkostninger	Samlet værdi
1000 Administration træning (uden løn)	249.181
1050 Ejendom	13.652
1140 Træning Sundhedslov (uden løn)	1.127.551
1170 Rehabilitering (uden løn)	200
Øvrige omkostninger i alt	1.390.584

Øvrige omkostninger, plejedelen, regnskab 2012 og beregning af indirekte omkostninger 2012 (for fordeling af årsværk og akkumuleret lønværdi, se Bilag 4).

Plejedelen (Hasselbo)		
Øvrige omkostninger	Samlet værdi	Noter
1000 Administration (uden løn og mad)	1.148.098	alle pladser
1050 Ejendom	6.002.368	alle pladser
Internt køb og salg (rengøring, vask mv.)	-1.067.264	alle pladser
1101 Rehabilitering (uden løn og vikarer)	599.723	rehabpladser (53)
1200 Plejehjemslign beskyt (uden løn, vikar og mad)	722.079	plejhjem
1910 Serviceafdeling (uden løn)	376.167	alle pladser
9000 Ekstraordinære bevill	149.542	alle pladser
Mad	2.819.767	alle pladser

Medtagne indirekte omkostninger for plejedelen (beregnet af Københavns Kommune):

Indirekte omkostninger	Værdi
Husleje	5.101.275
Løn ifm. madlavning i fælleskøkken /bystævneparken)	427.500

Fordelingsnøgler

Træningsdelen

Træningsdelen (NRK)	Neuro under 65		Neuro over 65		Almenrehab		Ambulant træning		Plejhjem	
	Andel	Forklaring	Andel	Forklaring	Andel	Forklaring	Andel	Forklaring	Andel	Forklaring
1000 Løn (adm.)	18%	Omkostningerne er fordelt pba årsværk (træningen)	9%	Omkostningerne er fordelt pba årsværk (træningen)	27%	Omkostningerne er fordelt pba årsværk (træningen)	45%	Omkostningerne er fordelt pba årsværk (træningen)	0%	Omkostningerne er fordelt pba årsværk (træningen)
1170 Løn (Rehabilitering)	33%	Omkostningerne er fordelt mellem døgnrehabpladserne pba. antallet af årsværk	17%	Omkostningerne er fordelt mellem døgnrehabpladserne pba. antallet af årsværk	50%	Omkostningerne er fordelt mellem døgnrehabpladserne pba. antallet af årsværk	0%		0%	
1140 Løn (sundhedslov træning)	0%		0%		0%		100%		0%	
1000 Administration træning (øvrige omkostninger)	18%	Omkostningerne er fordelt pba årsværk (træningen)	9%	Omkostningerne er fordelt pba årsværk (træningen)	27%	Omkostningerne er fordelt pba årsværk (træningen)	45%	Omkostningerne er fordelt pba årsværk (træningen)	0%	Omkostningerne er fordelt pba årsværk (træningen)
1050 Ejendom	18%	Omkostningerne er fordelt pba årsværk (træningen)	9%	Omkostningerne er fordelt pba årsværk (træningen)	27%	Omkostningerne er fordelt pba årsværk (træningen)	45%	Omkostningerne er fordelt pba årsværk (træningen)	0%	Omkostningerne er fordelt pba årsværk (træningen)
1140 Træning Sundhedslov (øvrige omkostninger)	0%		0%		0%		100%		0%	
1170 Rehabilitering (øvrige omkostninger)	33%	Omkostningerne er fordelt mellem døgnrehabpladserne pba. antallet af årsværk	17%	Omkostningerne er fordelt mellem døgnrehabpladserne pba. antallet af årsværk	50%	Omkostningerne er fordelt mellem døgnrehabpladserne pba. antallet af årsværk	0%		0%	

Plejedelen

Pleje- og omsorgsdelen (Hasselbo)	Neuro under 65		Neuro over 65		Almenrehab		Ambulant træning		Plejehjem	
	Andel	Forklaring	Andel	Forklaring	Andel	Forklaring	Andel	Forklaring	Andel	Forklaring
1000 Løn adm	10,5%	Omkostningerne er fordelt pba. fordelingen af årsværk (pleje)	7,0%	Omkostningerne er fordelt pba. fordelingen af årsværk (pleje)	30,9%	Omkostningerne er fordelt pba. fordelingen af årsværk (pleje)	0%	Omkostningerne er fordelt pba. fordelingen af årsværk (pleje)	51,7%	Omkostningerne er fordelt pba. fordelingen af årsværk (pleje)
Løn (personale)	100%	100% af lønudgifterne konteret under team 1	18%	Omkostningerne til pleje for neuropladser over 65 og almen rehab pladser fordeles pba. antallet af pladser	82%	Omkostningerne til pleje for neuropladser over 65 og almen rehab pladser fordeles pba. antallet af pladser	0%	Modtager ingen pleje	100%	100% af lønudgifterne konteret under plejehjem og plejehjemslignende beskyttelsesboliger
Vikarudgifter	68%	Omkostningerne er fordelt mellem neuropladserne pba. antallet af årsværk (kompetenceudvikling). Øvrige vikarudgifter indgår i den normale årsværksfordeling.	32%	Omkostningerne er fordelt mellem neuropladserne pba. antallet af årsværk (kompetenceudvikling). Øvrige vikarudgifter indgår i den normale årsværksfordeling.	0%	Omkostningerne er fordelt mellem neuropladserne pba. antallet af årsværk (kompetenceudvikling). Øvrige vikarudgifter indgår i den normale årsværksfordeling.	0%	Omkostningerne er fordelt mellem neuropladserne pba. antallet af årsværk (kompetenceudvikling). Øvrige vikarudgifter indgår i den normale årsværksfordeling.	0,0%	Omkostningerne er fordelt mellem neuropladserne pba. antallet af årsværk (kompetenceudvikling). Øvrige vikarudgifter indgår i den normale årsværksfordeling.
Løn (serviceafd.)	14,6%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	6,8%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	30,1%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	0%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	48,5%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.
1000 Administration (uden løn og mad)	14,6%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	6,8%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	30,1%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	0%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	48,5%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.
1050 Ejendom	14,6%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	6,8%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	30,1%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	0%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	48,5%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.
Internt køb og salg (rengøring, vask mv.)	14,6%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	6,8%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	30,1%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	0%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	48,5%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.
1101 Rehabilitering (uden løn og vikarer)	14,6%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	6,8%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	30,1%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	0%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	48,5%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.
1200 Plejehjemslign beskyt (uden løn, vikar og mad)	14,6%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	6,8%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	30,1%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	0%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	48,5%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.
1910 Serviceafdeling (uden løn)	14,6%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	6,8%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	30,1%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	0%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	48,5%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.
9000 Ekstraordinære bevill	14,6%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	6,8%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	30,1%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	0%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	48,5%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.
Mad	14,6%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	6,8%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	30,1%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	0%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.	48,5%	Omkostningerne er fordelt pba. antallet af pladser.

Omkostningsfordeling (s.1)

Omkostningsbilledet (2012)	Under 65				Over 65			
	Samlet	Pr. plads	Pr. anvendt plads (belægningspct.)	Pr. forløb	Samlet	Pr. plads	Pr. anvendt plads (belægningspct.)	Pr. forløb
Træningsdelen (NRK)(i alt)	1.884.828	125.655	130.891	25.820	942.414	134.631	135.990	29.450
1000 Løn (adm.)	223.963	14.931	15.553	3.068	111.982	15.997	16.159	3.499
1170 Løn (Rehabilitering)	1.612.976	107.532	112.012	22.096	806.488	115.213	116.376	25.203
1140 Løn (sundhedslov træning)	0	0	0	0	0	0	0	0
1000 Administration træning (øvrige omkostninger)	45.338	3.023	3.148	621	22.669	3.238	3.271	708
1050 Ejendom	2.484	166	172	34	1.242	177	179	39
1140 Træning Sundhedslov (øvrige omkostninger)	0	0	0	0	0	0	0	0
1170 Rehabilitering (øvrige omkostninger)	67	4	5	1	33	5	5	1
Plejedelen (Hasselbo)(i alt)	7.031.372	468.758	488.290	96.320	3.952.331	564.619	570.322	123.510
1000 Løn adm	337.216	22.481	23.418	4.619	224.119	32.017	32.340	7.004
Løn (personale)	3.265.959	217.731	226.803	44.739	2.128.386	304.055	307.126	66.512
Vikarudgifter	1.083.495	72.233	75.243	14.842	505.631	72.233	72.963	15.801
Løn (serviceafd.)	779.098	51.940	54.104	10.673	363.579	51.940	52.465	11.362
1000 Administration (uden løn og mad)	167.199	11.147	11.611	2.290	78.026	11.147	11.259	2.438
1050 Ejendom	874.131	58.275	60.704	11.974	407.928	58.275	58.864	12.748
Internt køb og salg (rengøring, vask mv.)	-155.427	-10.362	-10.794	-2.129	-72.532	-10.362	-10.466	-2.267
1101 Rehabilitering (uden løn og vikarer)	87.338	5.823	6.065	1.196	40.758	5.823	5.881	1.274
1200 Plejehjemslign beskyt (uden løn, vikar og mad)	105.157	7.010	7.303	1.441	49.073	7.010	7.081	1.534
1910 Serviceafdeling (uden løn)	54.782	3.652	3.804	750	25.565	3.652	3.689	799
9000 Ekstraordinære bevill	21.778	1.452	1.512	298	10.163	1.452	1.467	318
Mad	410.646	27.376	28.517	5.625	191.635	27.376	27.653	5.989
I alt (plejedel + træningsdel)	8.916.200	594.413	619.181	122.140	4.894.745	699.249	706.312	152.961

Omkostningsfordeling (s.2)

Almen rehab				Ambulant		Plejhjem	
Samlet	Pr. plads	Pr. anvendt plads (belægningspct.)	Pr. forløb	Samlet	Pr. forløb	Samlet	Pr. plads
2.827.242	91.201	93.063	10.097	6.074.546	13.806	0	0
335.945	10.837	11.058	1.200	559.028	1.271	0	0
2.419.464	78.047	79.640	8.641	0	0	0	0
0	0	0	0	4.268.599	9.701	0	0
68.007	2.194	2.239	243	113.167	257	0	0
3.726	120	123	13	6.200	14	0	0
0	0	0	0	1.127.551	2.563	0	0
100	3	3	0	0	0	0	0
15.263.956	492.386	502.434	54.514	0	0	22.993.774	459.875
992.526	32.017	32.670	3.545	0	0	1.662.029	33.241
9.425.712	304.055	310.260	33.663	0	0	13.516.071	270.321
0	0	0	0	0	0	0	0
1.610.137	51.940	53.000	5.750	0	0	2.596.995	51.940
345.544	11.147	11.374	1.234	0	0	557.329	11.147
1.806.538	58.275	59.465	6.452	0	0	2.913.771	58.275
-321.215	-10.362	-10.573	-1.147	0	0	-518.089	-10.362
180.499	5.823	5.941	645	0	0	291.128	5.823
217.325	7.010	7.154	776	0	0	350.524	7.010
113.215	3.652	3.727	404	0	0	182.605	3.652
45.008	1.452	1.481	161	0	0	72.593	1.452
848.668	27.376	27.935	3.031	0	0	1.368.819	27.376
18.091.198	583.587	595.497	64.611	6.074.546	13.806	22.993.774	459.875

Bilag 4 Uddybende information om typen af stillinger i trænings- og plejedelen, årsværksfordelingen

Årsværksfordeling på baggrund af registrerede lønudgifter og årsværksnormering, 2012.

Træningsdelen

Administration (træning)			
Stilling	Værdi (akk.)	Årsværk (akk.)	Gns. årsløn
Kontorfunktionær	287.999	0,86	334.883
Klinisk underviser	358.511	0,78	457.674
Ledende fysioterapeut	584.407	0,96	609.816
Ergoterapeut	239.327	1	478.653
I alt	1.230.917	3,1	

Ambulant (træning sundhedslov)			
Stilling	Værdi (akk.)	Årsværk (akk.)	Gns. årsløn
Ergoterapeut	1.640.959	4	434.691
Fysioterapeut	2.627.640	7,08	371.092
I alt	4.268.599	10,86	

Rehabilitering (træning)					
Stilling	Værdi (akk.)	Årsværk (akk.)	Gns. årsløn	Årsværk/plads	Lønværdi/plads
Ergoterapeut	2.365.189	6,38	370.622	0,12	44.626
Fysioterapeut	2.473.740	6,67	371.107	0,13	46.674
I alt	4.838.928	13,05		0,25	91.301

Plejedelen

Almen rehabilitering + neurorehabilitering +65 (pleje)					
Stilling	Værdi (akk.)	Årsværk (akk.)	Gns. årsløn	Årsværk/plads	Lønværdi/plads
SOCIAL/SUNDHEDSASS.	3.581.629	9,1	394.779	0,24	94.253
SYGEPLEJERSKE	2.969.710	7,3	405.975	0,19	78.150
AFD.LEDER PLHJ.ASS.	496.759	1,0	496.346	0,03	13.073
SYGEHJÆLPER	1.105.456	2,5	446.950	0,07	29.091
SOCIALPÆDAGOG, DØGN.	388.117	0,8	470.445	0,02	10.214
PLEJEHJEMSASSISTENT	2.445.306	5,4	450.748	0,14	64.350
UDDANNET PERSONALE	511.245	1,6	314.935	0,04	13.454
SOCIAL/SUNDH.HJÆLPER	850.820	1,8	478.437	0,05	22.390
RENGØRINGSASSISTENT	454.626	2,0	229.513	0,05	11.964
UFAGLÆRT LØNARBEJDER	9.821	0,0	261.888	0,00	258
ERGOTERAPEUT	203.239	0,3	582.070	0,01	5.348
ASS. LED. SYGEPL.	185.866	0,4	509.223	0,01	4.891
I alt	13.202.594,7	32,2		0,85	347.437
I alt uden afdelingsleder + ass. Ledende sygeplejerske + uuddannet årsværk + rengøringsassistent	11.554.098,0	27,3		0,72	304.055

Linjer med rødt er rykket til administration og serviceafdeling, og indgår ikke i årsværksopgørelsen for plejepersonale tilknyttet almen rehabiliteringspladserne og neurorehabiliteringspladserne for borger under 65 år.

Neurorehabilitering -65 (pleje)					
Stilling	Værdi (akk.)	Årsværk (akk.)	Gns. årsløn	Årsværk/plads	Lønværdi/plads
UDDANNET PERSONALE	186.305	0,5	342.368	0,04	12.420
PLEJEHJEMSASSISTENT	683.265	1,3	530.691	0,09	45.551
SOCIAL/SUNDH.HJÆLPER	6.298	0,0	397.791	0,00	420
SOCIAL/SUNDHEDSASS.	826.401	2,1	397.149	0,14	55.093
SYGEHJÆLPER	277.440	0,5	511.411	0,04	18.496
SYGEPLEJERSKE	1.286.249	3,1	416.374	0,21	85.750
I alt	3.265.959	7,6		0,50	217.731

Administration (pleje)					
Stilling	Værdi (akk.)	Årsværk (akk.)	Gns. årsløn	Årsværk/plads	Lønværdi/plads
AFD.LEDER PLHJ.ASS.	396.523	0,8	508.362	0,01	4.088
KONTORFUNKTIONÆR	392.641	1,0	392.641	0,01	4.048
LED. ØKONOMIA	687.335	1,0	687.335	0,01	7.086
LED. SYGEPLEJERSKE	484.896	1,0	484.896	0,01	4.999
AKADEMIKER DIV.	84.244	0,2	455.372	0,00	868
AFD.LEDER PLHJ.ASS.	487.624	1,0	486.408	0,02	11.082
AFD.LEDER PLHJ.ASS.	496.759	1,0	496.346	0,03	13.073
ASS. LED. SYGEPL.	185.866	0,4	509.223	0,01	4.891
I alt	3.215.890	6		0,01	33.154

Røde linjer er årsværk konteret under andre områder, men for overblikkets skyld samlet i én administrationskolonne.

Vikarkorps (pleje)					
Stilling	Værdi (akk.)	Årsværk (akk.)	Gns. årsløn	Årsværk/plads	Lønværdi/plads
PLEJEHJEMSASSISTENT	9.674				
SOCIAL/SUNDH.HJÆLPER	15.009				
SYGEHJÆLPER	29				
SOCIAL/SUNDHEDSASS.	4.521				
Vikarbureau	184.802				
Vikarbureau	1.375.090				
I alt	1.589.126				16.383

Plejhjemspladser (pleje)						
Stilling	Værdi (akk.)	Årsværk (akk.)	Gns. årsløn	Årsværk/plads	Lønværdi/plads	
UDDANNET PERSONALE	189.440		0,6	323.829	0,01	4.305
SOCIAL/SUNDH.HJÆLPER	6.153.071		17,8	345.064	0,41	139.843
SOCIAL/SUNDHEDSASS.	3.528.041		9,2	383.379	0,21	80.183
PSYKOMOTORISK TERAPE	977.264		2,4	410.471	0,05	22.211
PLEJEHJEMSASSISTENT	300		0,0		0,00	7
SYGEPLEJERSKE	1.706.980		4,6	372.568	0,10	38.795
SYGEHJÆLPER	919.993		2,4	376.789	0,06	20.909
AFD.LEDER PLHJ.ASS.	487.624		1,0	486.408	0,02	11.082
SUNDHEDSMEDHJÆLPER	40.982		0,2	172.555	0,01	931
I alt	14.003.695		38,3		0,87	318.266
I alt uden afd.leder	13.516.071		37			307.183

Serviceafdeling						
Stilling	Værdi (akk.)	Årsværk (akk.)	Gns. årsløn	Årsværk/plads	Lønværdi/plads	
ERNÆRINGSASSISTENT	626.891		1,98	316.745	0,02	6.463
RENGØRINGSASSISTENT	2.552.693		8,54	298.823	0,09	26.316
DIVERSE	369.332		1,00	369.332	0,01	3.808
UFAGLÆRT LØNARBEJDER	241.788		0,70	347.480	0,01	2.493
SOCIAL/SUNDH.HJÆLPER	179.751		0,52	347.905	0,01	1.853
KOSTFAGLIG LEDER	64.383		0,16	406.630	0,00	664
LED. ØKONOMA	313.917		0,70	448.452	0,01	3.236
RENGØRINGSLED./CHEF	35.184		0,08	444.426	0,00	363
RENGØRINGSASSISTENT	454.626		2,0	229.513	0,05	11.964
UDDANNET PERSONALE	511.245		1,6	314.935	0,04	13.454
I alt	5.349.809		17		0,45	55.153