

# ANALYSE AF SUNDHEDSHUSE OG TRÆNINGSCENTRE

Samlet afrapportering

Februar 2019

## Indledning og opdrag

Implement har på vegne af Sundheds- og Omsorgsforvaltningen udarbejdet denne analyse af Københavns Kommunes sundhedshuse og træningscentre.

Analysen er igangsat blandt andet som følge af, at Folketinget den 24. maj 2018 vedtog en ny lov om frit valg til genoptræning efter sundhedsloven § 140. Den nye lovgivning trådte i kraft 1. juli 2018 og betyder, at kommunen skal tilbyde opstart af genoptræningsforløb inden for syv kalenderdage efter udskrivning fra sygehus med en genoptræningsplan.

Hvis kommunen ikke tilbyder træning inden for syv dage, har den enkelte borger mulighed for at vælge en privat leverandør af genoptræningen i stedet for det kommunale tilbud. Private takster for de forskellige typer af forløb forventes at falde på plads i løbet af 2019.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har med udgangspunkt i den nye lovgivning ønsket gennemført en analyse af sundhedshusene og træningscentrene og deres robusthed i forhold til overholdelse af ventetidsgarantien og den samlede kapacitets- og ressourcenyttelse.

Som supplement til analysens fokus på robustheden i overholdelsen af ventetidsgarantien har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen ønsket med analysen også at gøre status for sundhedshusenes tilbud om forebyggende indsatser (KRAM) og for den patientrettede forebyggelse til borgere med henholdsvis KOL og hjertesygdom.

## Baggrund

Den nuværende organisering af sundhedshuse og træningscentre i Københavns Kommune blev etableret i sommeren 2016. Her blev de tidligere træningsenheder og forebyggelsescentre lagt sammen til fælles sundhedshuse under én samlende ledelse i hvert hus. Sundhedshusenes opgaver er at tilbyde genoptræning til borgere med en genoptræningsplan, forebyggende indsatser som fx rygestop og patientrettet forebyggelse til henviste borgere med KOL eller hjertesygdom.

Formålet med sammenlægningen var blandt andet at imødekomme en vækst i antallet af borgere med flere sygdomme, at ældre medicinske borgere lever længere med kroniske sygdomme end tidligere, og at flere opgaver på sundhedsområdet skal varetages af kommunerne. Samlingen af opgaverne skulle give mulighed for øget specialisering og øge kapaciteten samt understøtte en

mere helhedsorienteret tilgang til borgerne.

Der er i dag fem sundhedshuse i Københavns kommune fordelt på de fem lokalområder; Amager, Bispebjerg-Nørrebro, Indre by-Østerbro, Vanløse/Brønshøj-Husum, Vesterbro/Kgs. Enghave/Valby. Herudover varetages genoptræning af borgere også i Træningscenter Bispebjerg/Nørrebro og hos Center for Hjernesgade og Rehabilitering.

Samtidig med etableringen af de nuværende sundhedshuse blev også Center for Diabetes etableret med det formål at skabe et specialiseret center, hvor de patientrettede forebyggelsesindsatser inden for rammerne af forløbsprogrammerne til borgere med diabetes blev samlet. Som nævnt blev de tilsvarende indsatser til henviste patienter med henholdsvis hjertesygdom og KOL placeret på de decentrale enheder.

Etableringen af de nuværende sundhedshuse er siden 2016 understøttet af forskellige tiltag, der har haft til hensigt at realisere potentialerne ved en sammenlægning af faglighederne i husene. Disse omfatter blandt andet:

- Dialog om og fælles udarbejdelse af mission, vision og pejlemærker på tværs af sundhedshusene, der lokalt er arbejdet videre med.
- Dialog med og screening af alle borgere i forbindelse med den første træning om relevansen af forebyggende indsatser for at sikre en helhedsorienteret tilgang til borgeren. Der er i samarbejde med ledere og medarbejdere i sundhedshusene truffet beslutning om, at der skal være dialog med borger om behov og ønsker til forebyggende indsatser ved opstart af genoptræningsforløb efter Sundhedsloven. Formålet har været at sikre en tæt sammenhæng for borger mellem genoptræning og deltagelse i forebyggende indsatser som fx rygestopkurser, kostvejledning og alkoholsamtaler.
- Understøttende elementer til de lokale ledelser som ledelsesinformation, herunder implementering af et dagligt overblik via Qlikview på genoptræningsområdet, udarbejdet måltal for de forebyggende indsatser og effektmål på genoptræningsområdet.

- Understøttelse af den faglige udvikling lokalt gennem registrerings- og arbejdsgangsbeskrivelser, faglige vejledninger, one-pager med inspiration til medarbejdere og ledere, implementering af en fælles metode til forbedringer (forbedringsmetoden) og etablering af lokale forbedringsteams.
- Implementering af digitalt understøttet genoptræning (DUG).
- Gennemført kompetenceudvikling af alle medarbejdere i den motiverende samtale som led i styrkelse af dialogen med borgerne om de forebyggende indsatser og som understøttelse af en helhedsorienteret tilgang til borgerne.
- Fælles møder mellem ledere og medarbejdere med fokus på udvikling af den patientrettede forebyggelsesindsats og en lang række øvrige mødeaktiviteter.

Forud for etableringen af sundhedshusene i 2016 blev der udarbejdet to rapporter\*. I rapporterne blev der udpeget en række forbedringspotentialer i forhold til indsatsen for borgerne, som endnu ikke er realiseret fuldt ud i de enkelte sundhedshuse og træningscentre.

## ”Projekt Ventetid”

På baggrund af vedvarende udfordringer med overholdelse af den politisk fastsatte ventetid på genoptræning efter sundhedsloven, blev Projekt Ventetid 2017-2019 sat i gang i maj 2017.

Projektets formål var at skabe bæredygtige arbejds gange for overholdelse af ventetiden og sikre, at ventetiden blev overholdt i mindst 90 pct. af forløbene. Ved opstarten af projektet i maj 2017 blev ventetiden overholdt i 82 pct. af forløbene. Undervejs i projektet trådte den nye lovgivning om ventetidsgaranti i kraft, og projektet fik til formål at sikre overholdelse af den nye ventetidsgaranti.

Projektet er et tværgående projekt og består af fem spor:

- Analysespor – udarbejdelse af et understøttende datagrundlag til brug for den daglige datadrevne ledelse i regi af ventetider
- Fagligt spor – udarbejdelse af anvendelige, praksisnære og evidensbaserede genoptræningsforløbsbeskrivelser som retningsgivende dokumenter
- Processpor – etablering af forbedringsteams, som skal sikre effektive og smidige arbejds gange og processer
- Borgerspor – inddragelse af borgernes erfaringer ift. at optimere forløb til gavn

for borgernes effekt af genoptræningsforløbet

- Ledelses og styringsspor – implementering af forbedringsledelse

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, sundhedshuse og træningscentre har i regi af Projekt Ventetid arbejdet intensivt og målrettet igennem en længere periode med at nedbringe ventetiden til kommunal genoptræning for borgerne.

I forbindelse med projektet er der igangsat en lang række initiativer i sundhedshusene og træningscentrene, som skal sikre overholdelse af ventetidsgarantien. Der er fx udviklet nye procedurer og arbejds gange, optimeret kapaciteten og øget antallet af tider til førstegangundersøgelser. Som led i projektet er der afholdt syv tværgående læringstræf, hvor husene deler viden og ideer om nye tiltag til nedbringelse af ventetiden.

Dette arbejde har resulteret i, at kommunens sundhedshuse og træningscentre siden 1. juli 2018 generelt har overholdt den skærpede ventetid på syv kalenderdage, og at borgeren kommer hurtigere i gang med sin genoptræning efter hospitalsindlæggelse (sundhedsloven § 140).

## Genoptræning København

Et andet centralt element i organiseringen og etableringen af sundhedshusene er Genoptræning København. Genoptræning København fungerer som central enhed. De modtager alle genoptræningsplaner (GOP) efter sundhedsloven (SUL) for Københavns Kommunes borgere og fordeler og visiterer borger til henholdsvis basal eller avanceret genoptræning på det relevante sundhedshus. Der foretages ikke en konkret visitering af en tidsmæssig ramme for genoptræningen, da dette er henlagt til det enkelte sundhedshus inden for den gældende rammestyring.

Også inden for rammerne af Projekt Ventetid er der arbejdet intensivt på at nedbringe sagsbehandlingstiden hos Genoptræning København både i form af tilførte ressourcer og optimering af arbejds gangene. Det har resulteret i markant kortere sagsbehandlingstid hos Genoptræning København, således at sundhedshusene typisk modtager GOP'er samme dag, som de modtages i Genoptræning København.

Genoptræning København modtager og behandler ikke henvisninger til patientrettet forebyggelse, der i dag sendes direkte til de enkelte sundhedshuse (hjertesygdom og KOL) og Center for Diabetes.

\*"Sundhedshusene i dag og i fremtiden" (januar 2015) og "Fordeler og ulemper ved diagnosespecifikke sundhedshuse" (november 2015)

## Indhold

Analysen indeholder indledningsvis en beskrivelse af formålene med analysen og analysens rammer og metode. Herunder beskrives analysens kvantitative og kvalitative datagrundlag samt analysens afgrænsninger.

Derefter gives en kort introduktion til sundhedshuse og træningscentre.

Efter en præsentation af analysens væsentligste fund formidles de mere dybdegående kvalitative og kvantitative analyser på tværs af sundhedshusene og træningscentre. Grundlaget er primært de detaljerede og validerede profilbeskrivelser, der er udarbejdet for hvert sundhedshus og træningscenter. Disse er vedlagt som bilag.

På baggrund af analysen foretages de opsamlende konklusioner. Med udgangspunkt i konklusionerne redegøres for de udviklingspotentialer, som analysen har vist. Der redegøres først for de generelle udviklingspotentialer og dernæst specifikt for de potentialer, der har vist sig i relation til de tre områder; genoptræning, forebyggende indsatser og patientrettet forebyggelse.

På den baggrund skitseres mulige forbedringer og løsningsveje, som kan overvejes alt efter, hvilket strategisk sigte, der ønskes fremadrettet, og fordele og ulemper diskuteres.

I bilag findes en detaljeret gennemgang af data for hvert sundhedshus og træningscenter. For hver af dem er der udarbejdet en detaljeret profil, som beskriver opgavevaretagelsen, kapacitetsudnyttelsen og data på borgere og leverede forløb for hvert hus. I bilag findes også en beskrivelse af de anvendte data og beregningsmetoder i profilerne. Endelig beskrives en række af de ideer, der er fremkommet under projektets workshops med hensyn til design af attraktive tilbud til borgerne.

Analysens formål	5
Datagrundlag og rammer for analysen	7
Introduktion til sundhedshuse og træningscentre	10
Væsentligste fund	14
Centrale analyseresultater	20
Konklusioner	31
Udviklingspotentialer	38
Forbedringer og løsningsveje	44
Bilag	54

Analysen af sundhedshuse og træningscentre blev igangsæt, fordi:

1. Sundhedshuse og træningscentre skal have **mere robusthed** til overholdelse af ventetidsgarantien til genoptræning efter sundhedslovens § 140
2. Herunder skal den samlede **kapacitets- og ressourceanvendelse på tværs af byen optimeres**
3. Organiseringen skal understøtte, at **borgerne modtager en helhedsorienteret indsats**, eller at der findes alternative veje til at **øge effekten af forebyggelsesindsatsen**
4. Der skal sikres et **ensartet serviceniveau** på tværs af sundhedshuse og træningscentre i genoptræningsindsatserne og forebyggelsesindsatserne
5. Der skal sikres volumen til at understøtte og opretholde en **høj faglighed** i den patientrettet forebyggelse til borgere med hjertesygdom og KOL

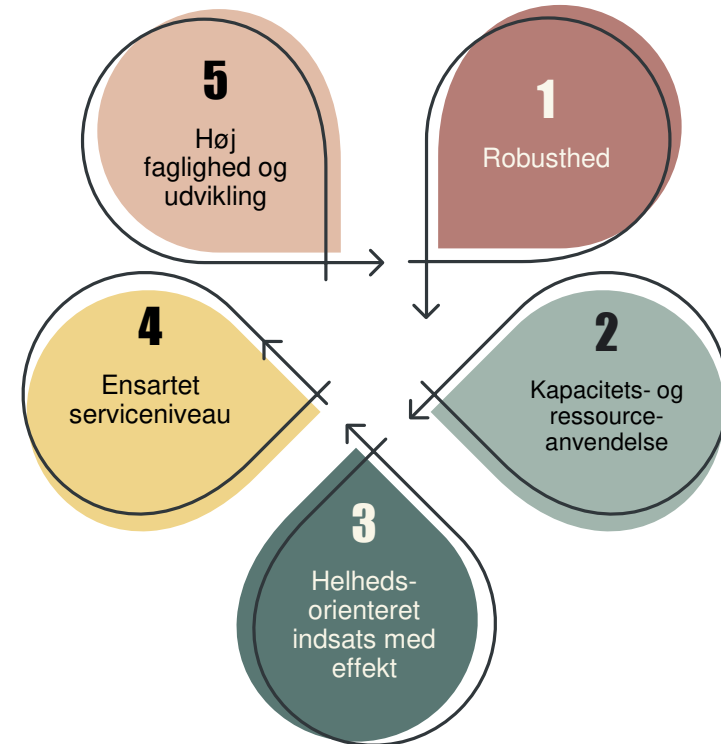
'Robusthed' skal understøttes af sikker og effektiv drifts- og produktionsstyring samt udnyttelse af den samlede eksisterende kapacitet.

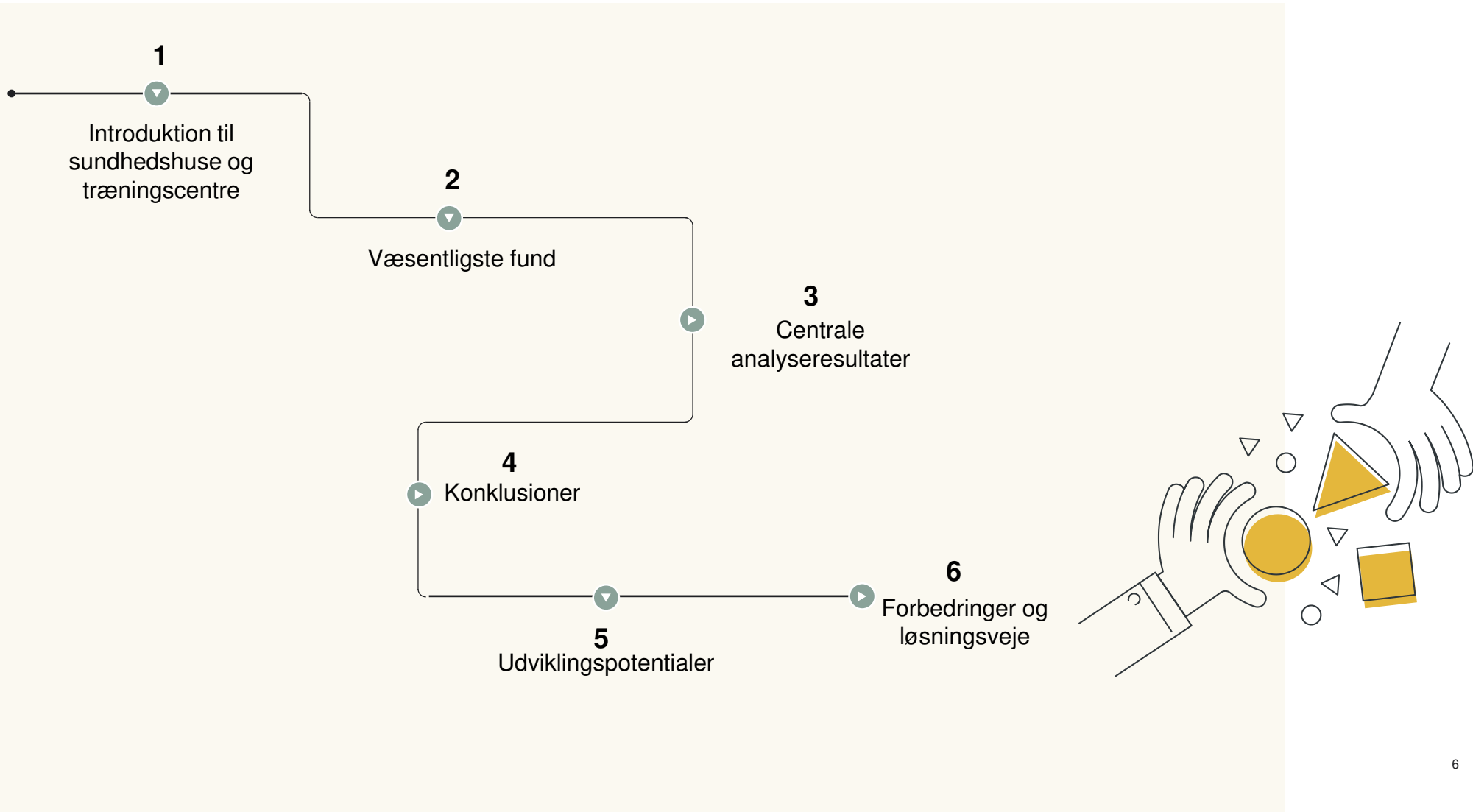
Samtidig skal der tilbydes attraktive forløb og indsatser, således at flest mulige borgere tager imod tilbuddene, hvilket skal understøttes af en løbende udvikling af både effektivitet, kvalitet og fleksibilitet med afsæt i borgernes forskellige og individuelle præmisser og behov.

Analysen omhandler hver af indsatstyperne:

- Genoptræning efter sundhedsloven
- Forebyggende indsatser
- Patientrettet forebyggelse (hjerter og KOL)

Analysen er bygget op om de fem undersøgelsesformål:





# DATAGRUNDLAG OG RAMMER FOR ANALYSEN

## Kvantitative data



- Analysen er baseret på aktivitetsdata fra CURA fra perioden 1. juli – 15. november 2018
- Data om rygestophold er fra Årshjulet
- Personaleomsætning og sygefravær fra HR systemet
- Budgetter er leveret af økonomiafdelingen
- Personalesammensætning er baseret på data indberettet fra husene
- "Paretoanalysen" (2018) omfatter en rundspørge blandt borgere om årsager til fravalg af forebyggende indsatser

## Kvalitative data



- Kvalitative fokusgruppinterviews med ledere og medarbejdere i alle huse
- Der er gennemført 3-4 fokusgruppinterviews per sundhedshus/træningscenter samt henholdsvis én workshop med borgere og én med medarbejdere om udvikling af ideer til design af de forebyggende indsatser
- Workshop med medarbejdere og ledere om patientrettet forebyggelse
- Workshop med ledere og teamledere fra sundhedshuse og træningscentre om validering af data og generering af ideer til udvikling af såvel genoptræningsområdet, forebyggende indsatser og patientrettet forebyggelse
- Brugeranalyse: *Borgerperspektiver på genoptræning i Københavns Kommunes sundhedshuse og træningscentre*, (VIBIS, 2018)
- Analyse: *Sundhedshusene i København i dag og fremover* (Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, 2015)
- Driverdiagrammer med forbedringsinitiativer udarbejdet af sundhedshusene i forbindelse med Projekt Ventetid
- Brugerundersøgelser på Sundhedshusene, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, 2018
- Indsamling af henvisningsudfordringer, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, 2017
- Opgørelser over henvisningsudfordringer, Sundhedshus Vesterbro, 2018



# RAMMER FOR ANALYSEN

## Rammer

### Tidsperiode for aktivitetsdata



## Afgrænsning

- CURA blev implementeret i sundhedshusene i april 2018. Den første del af implementeringsperioden er vurderet til at have omfattet for mange usikkerheder om registreringspraksis og it-mæssige justeringer og tilpasninger til, at data er troværdige og relevante. Derfor er perioden i dataanalysen afgrænset til 1. juli-15. november 2018.

## Betydning for analysen

- Perioden på 4½ måned betyder, at de (få) lange eller langstrukne forløb vil være underrepræsenteret i aktivitetsdata, hvilket særligt påvirker fremstillingen af det gennemsnitlige træningsforløb.

### Organisatoriske enheder



- Indsatsen på vegne af Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen, der i dag leveres af Sundhedshus Vanløse, er udeladt af analysen og indgår derfor ikke i datagrundlaget.
- Stressklinikken i Sundhedshus Nørrebro er ekskluderet fra analysen i det omfang, det har været muligt, og der er ikke foretaget en analyse af opgavefeltets sammenhæng eller synergier med de øvrige områder.
- Fra samme sted leveres en socialmedicinsk indsats til borgere med rygproblemer. Aktiviteten indgår i grundlaget for analysen, da området er integreret i det samlede genoptræningsområde og opgaveløsningen på sundhedshuset. Dog forholder analysen sig ikke særskilt og eksplicit til dette områdes kvalitet og effektivitet.
- Træningscenteret (afsnit N3) på Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret (HRC) er ekskluderet fra analysen, da det er blevet tydeligt, at der er så særlige vilkår for centeret, at det ikke er sammenligneligt med de øvrige enheder, samt at der jf. Strategien for MTO vil blive ændret på strukturen.

- Der er ingen geografiske bindinger på, hvorfra beskæftigelsesindsatsen (for BIF) eller hvor aktiviteten i stressklinikken skal leveres fremadrettet. Et opmærksomhedspunkt vil dog være, om volumen i opgaven kræver eller med fordel kan ses i sammenhæng med andre opgaver.
- Fremadrettet vil en eventuel organisatorisk justering af sundhedshusene betyde, at det være relevant at se på forudsætningerne for stressklinikken, herunder det faglige miljø.
- Rygforløb uden for sundhedsloven udgør en betydelig volumen i leverede timer, og det betyder, at der i de efterfølgende overvejelser om fremtidige løsninger bør være opmærksomhed om de særlige krav til indsatsen, der følger heraf.
- Træningscenteret på HRC vil fremadrettet blive håndteret som konsekvens af strategien for midlertidige pladser og eventuel hjemtagning af specialiseret neurorehabilitering.

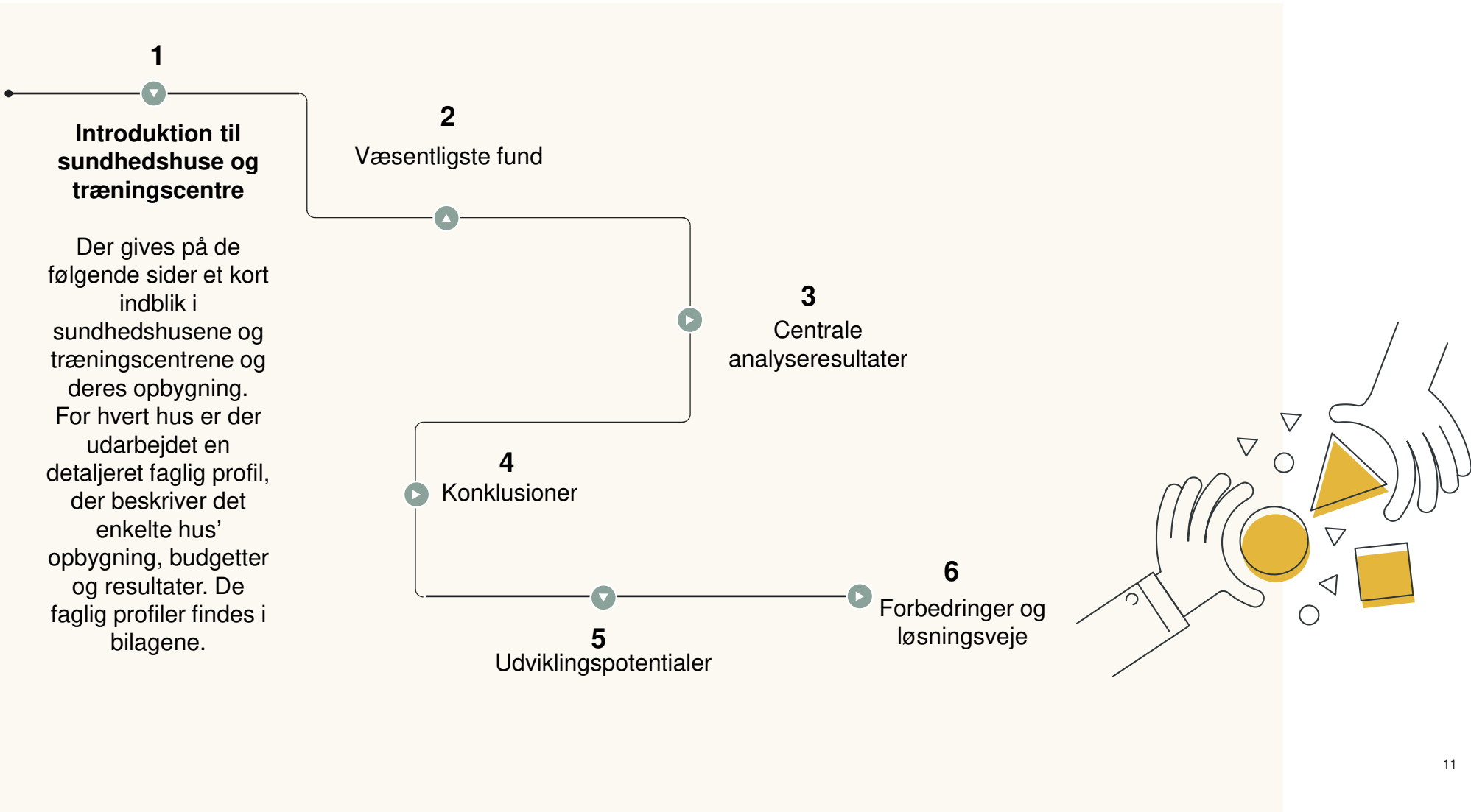
### Snitflader til andre indsatser i lokalområderne



- Analysen har udelukkende omfattet sundhedshuse og træningscentre. Alle analyser af aktivitet, tilbud mv. har været isoleret hertil og ikke systematisk inkluderet overlap og snitflader til andre indsatser leveret af Sundheds- og Omsorgsforvaltningen/de enkelte lokalområder.

- Analysen indeholder ikke et kvantitativt grundlag for at vurdere omfanget af koordinering og eventuelle integrerede/sammenhængende indsatser inden for hvert lokalområde fx med hjemmeplejen.
- Snitfladerne til andre indsatser i lokalområdet vil givetvis blive påvirket af eventuelle omorganiseringer af sundhedshusene, der i så fald skal afklares nærmere efterfølgende.

# INTRODUKTION TIL SUNDHEDSHUSE OG TRÆNINGSCENTRE





## Volumen

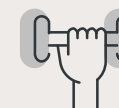
I dataindsamlingsperioden fra 1. juli - 15. november 2018 modtog Københavns Kommune 5.117 genoptræningsplaner (GOP'er).

De fordeler sig i husene med det laveste antal nye GOP'er per uge til Træningscenter Bispebjerg (20) og det højeste antal nye GOP'er per uge til Sundhedshus Nørrebro (88).



## Ventetid

For alle huse gælder, at ventetiden på igangsættelse af træning inden for syv dage aktuelt overholdes for langt de fleste. Sundhedshusene har iværksat en række tiltag lokalt, fx smidigere arbejdsgange og processer, der har medvirket til, at ventetiden på syv dage fra genoptræningsplanens modtagelse til start på træning overholdes.



## Effekt for borgeren

Effekten af genoptræningen måles løbende via PSFS (patient specifik funktionel skala). Skalaen monitorerer målopfyldelesgraden på de aktiviteter, som generelt er mest relevante for borgerne.

Der er gennemført PSFS på halvdelen af borgerne i perioden januar 2016 til april 2018. 75 pct. af disse borgere oplever en positiv effekt af genoptræningen, 1 pct. oplever tilbagegang, og 24 pct. har samme score ved start og slut.



## Engagement og faglig stolthed

Der er et stort fagligt engagement og stolthed blandt medarbejdere og ledere og et stærkt fokus på at ville give den bedst mulige indsats til borgerne.



## Budgetter

En gennemgang af sundhedshusenes budgetter og regnskaber fra 2017 viser, at sundhedshusene overholder deres budgetter og at flere af husene har mindreforbrug på op imod 3.4 mio. kr.

Den gennemsnitlige pris for en leveret træningstime på tværs af sundhedshuse er 1.458 kr. I dette tal er udgifter til husleje mv. ikke inkluderet.



## Tilfredshed hos borgerne

De borgere, der gennemfører genoptræningsforløb, er generelt tilfredse med tilbuddet.

En tendens er dog, at flere borgere oplever, at de tilbydes et standardgenoptræningsforløb, og at mange efterspørger, at forløbene tilpasses individuelt til netop deres behov og præferencer.

# INTRODUKTION TIL SUNDHEDSHUSE OG TRÆNINGSCENTRE: FORSKELLE I SAMMENSÆTNING AF DE LEVEREDE INDSATSER

I Københavns Kommune findes der fem sundhedshuse og to træningscentre. De fem sundhedshuse er Amager (AMA), Nørrebro (NRB), Indre by/Østerbro (IBØ), Vanløse/Brønshøj/Husum (VBH) og Vesterbro (VKV). Herudover findes der to træningscentre; Bispebjerg/Nørrebro (BIN) og Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret (HRC). HRC er udeladt af analysen pga. de særlige forhold, der karakteriserer HRC.

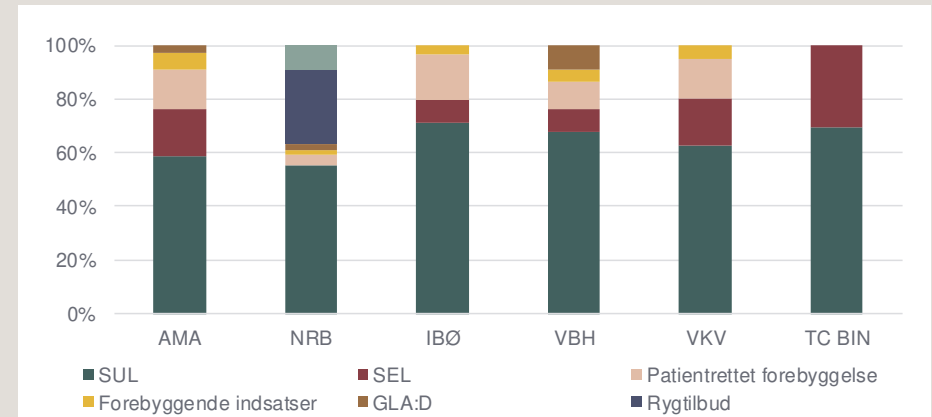
Sundhedshusene og træningscentrene leverer i varierende grad:

1. Genoptræning efter § 140 i sundhedsloven (SUL)
2. Genoptræning efter serviceloven (SEL)
3. Patientrettet forebyggelse (hjertesygdom og KOL)
4. Forebyggende indsatser (kost, rygning, alkohol og motion)
5. GLA:D (Godt Liv med Artrose i Danmark (særlig forløb for slidgigt))
6. Rygtilbud
7. Stressklinik (Ressourcer og aktivitet er ekskluderet fra analysen)

Forskellene i de leverede indsatser fremgår af figur 1. Sundhedshus Nørrebro har en bydækkende stressklinik og derudover som eneste hus en særlig socialmedicinsk indsats for lægehenviste borgere med rygproblemer. Her kan borgere modtage vederlagsfri behandling og indsats af læger, socialrådgivere mv. Borgere henvises fra praktiserende læger, speciallæge eller jobcenter.

Jf. analysens fokus ses der i den videre rapport ikke på aktiviteten i stressklinikken, mens rygtilbud indgår med aktivitetsdata, da området er integreret i det samlede genoptræningsområde. Dog forholder analysen sig ikke særskilt og eksplicit til dette områdes kvalitet og effektivitet.

Procentvis fordeling af de leverede tilbud i sundhedshusene og træningscentre



# VÆSENTLIGSTE FUND





## Produktionsstyring udfordrer robustheden

Sundhedshusene overholder aktuelt ventetidsgarantien, men niveauet af produktionsstyring er utilstrækkeligt til håndtering under stigende pres.

Flere sundhedshuse har fx vanskeligt ved at tilpasse sig og planlægge for langtidssygemeldinger og vakante stillinger.



## Betydelige ledelsesmæssige og kulturelle forskelle

Der er betydelige kulturelle og ledelsesmæssige forskelle husene i mellem. Det gælder i forhold til synet på, hvilke fagligheder der bør varetage hvilke opgaver, graden af ledesspænd og synet på det tværgående samarbejde mellem sundhedshusene.

Der er generelt stærkest tiltro lokalt til, at egne processer og praksis er bedst, og der bruges derfor lokalt tid på at finde egne løsninger frem for at lade sig inspirere af andres ideer. En styring med henblik på udnyttelse af den samlede kapacitet er derfor også vanskelig og reelt fraværende.



## Uensartet implementeringskraft

I nogle huse opleves det, at sammenlægningen af genoptræningen med de forebyggende indsatser giver mulighed for en langt mere helhedsorienteret indsats for borgeren. Her er der skabt et tæt samarbejde om borgerne mellem genoptræning og de forebyggende indsatser.

I andre huse er potentialerne ved etableringen af sundhedshusene ikke realiseret, og genoptræning og de forebyggende indsatser leveres som fragmenterede indsatser.



## Volumen begrænser genoptræningsudbuddet

Volumen i nogle af sundhedshusene/træningscentrene er for begrænset til, at der kan tilbydes tilstrækkeligt individualiserede og fleksible genoptræningsforløb til borgeren. Det hænger givetvis sammen med, at holdtræning fortsat anses som den væsentligste træningsform, og at ressourcerne er bundet til hold, hvilket udfordrer robustheden.



## Tendens til overspecialisering

Særligt for visse dele af genoptræningen er der en tendens til unødigt specialisering, som udfordrer robustheden og muligheden for at anvende ressourcerne fleksibelt.



## Lav volumen udfordrer robustheden

For patientrettet forebyggelse gælder, at robustheden udfordres af, at volumen af henvisninger og borgere i målgruppen er begrænset, mens det for de forebyggende indsatser gælder, at der er få borgere, der i dag takker ja til tilbuddene.

Derfor er der for begge områder få medarbejdere, når opgaven er spredt på fem sundhedshuse.





## Produktivitet og ressourceeffektivitet

Tilrettelæggelse, kapacitets- og produktionsstyring samt arbejdsgange i sundhedshusene sker på en måde, så der er en relativt lav mængde effektiv træning per terapeutårsværk. Særligt holdantal og holdudnyttelsen medvirker til at reducere den effektive træningsmængde.



## Kapacitets- og produktionsstyring

Der ses betydelige potentialer i at optimere driften og dermed anvendelsen af medarbejdernes tid både internt og på tværs af husene. Der er store forskelle mellem husene i redskaber og tilgange til planlægning og styring.

Der er varierende forståelse af, hvad der er gældende proceskrav til indsatserne, hvilket gør, at der nogle steder er udfordringer med at styre på produktion og kapacitet samtidig med tilbud om fleksible forløb til borgerne.



## Forskelle i andelen af administrative medarbejdere

Andelen af administrative årsværk svinger mellem tre og 19 pct. I nogle huse ses det som en fordel, at det er terapeuter, der varetager de administrative opgaver pga. fleksibilitet, mens det i andre huse opfattes som en fordel, at administrativt personale løser de administrative opgaver. De huse, der har den højeste andel af administrative årsværk, har den højeste pris per leveret træningstime og det er også de huse, der oftest er under pres i forhold til ventetiden.



## En betydelig andel af borgerne tager ikke imod genoptræningstilbuddene

En betydelig andel af borgerne ønsker ikke at tage i mod tilbuddene fra sundhedshuset, møder aldrig op eller melder afbud eller udebliver. I gennemsnit melder borgerne afbud eller udebliver til mellem 18 og 25 pct. af alle ambulante aktiviteter i sundhedshusene. 25 pct. af de ambulante SUL-forløb påbegyndes ikke.



## Få borgere motiveres til forebyggende indsatser

Generelt er der få, der takker "ja" til de forebyggende indsatser som kost, rygning og alkoholsamtaler, og der ses betydelige forskelle mellem husene. Ingen steder er andelen tæt på det ønskede niveau.

Det betyder, at de forebyggende indsatser reelt kommer ganske få borgere til gode.



## Få borgere henvises og takker "ja" til patientrettet forebyggelse

For den patientrettede forebyggelse gælder, at der generelt er få henvisninger fra praktiserende læger og hospitaler.

Dog er antallet af borgere, der modtager patientrettet forebyggelse tæt på det opstillede måltal.

# VÆSENTLIGSTE FUND: HELHEDSORIENTERET INDSATS MED EFFEKT OG ENSARTET SERVICENIVEAU



## Forskelle i service

Der er betydelige forskelle mellem sundhedshusene i omfanget af fleksibilitet i tilbuddenes tilrettelæggelse.

Herunder er der forskelle i anvendelsen af hjemmetræning, prioriteringen af den motiverende tilgang til forebyggelse mv.

Der ses samtidig et uensartet niveau af implementering af nye og afimplementering af forældede retningslinjer, hvilket bidrager til yderligere forskelle mellem husene.



## Manglende anvendelse af viden om effekt

På genoptræningsområdet måles effekten for den enkelte borger løbende. Der er dog en lav grad af systematisk og struktureret tilgang til anvendelsen af effektdata til styring og udvikling af indsatsen. For patientrettet forebyggelsen gælder, at volumen i borgergruppen er så lille, at det ikke er muligt at generere effektdata. Der er derfor ikke kvalitetsudvikling og styring på baggrund af data om effekten af indsatserne.



## Behov for øget fleksibilitet i tilbud og forløb

Borgerne oplever ikke tilstrækkelig fleksibilitet i tilbuddenes tilrettelæggelse, fx når det handler om henvisninger via egen læge til yderligere indsatser, fremmødetidspunkter eller sammenhæng mellem genoptræning og forebyggende indsatser. Herunder ses der ikke udnyttet fordele af samarbejdsmulighederne generelt i lokalområderne.



## Monofagligt selvbillede

Nogle steder ser terapeuterne sig selv som "sundhedspersoner", der ser på hele borgerens situation og som ser det som en fordel at integrere genoptræningen med de forebyggende indsatser, mens det generelle billede er, at terapeuterne i vid udstrækning opfatter sig selv som behandlere af specifikke genoptræningsbehov.

Derfor er der vidt forskelligt grundlag for tværfagligt samarbejde og helhedsorienterede forløb.



## Manglende udnyttelse af styringsramme

På genoptræningsområdet kan der generelt konstateres en manglende udnyttelse af den økonomiske ramme, der styringsmæssigt er fastlagt for sundhedshusene i dag. Der tilbydes derfor primært faste forløb til borgerne som ofte er baseret på forældede beslutninger og proceskrav. Det begrænser tilslutningen, øger frafaldet og reducerer dermed effekten af indsatserne.



## Uensartet ledelsesmæssigt fokus på integrationen

Der er forskelle i det ledelsesmæssige fokus på at skabe sammenhæng og integration mellem de forebyggende indsatser og genoptræningsområdet.

Nogle huse har stor opmærksomhed på at skabe integrationen og understøtter det organisatorisk, mens andre huse har mindre ledelsesmæssigt fokus på integrationen.



## Begrænset rum til og samarbejde om udvikling

Sundhedshusene og træningscentrene arbejder i nogen grad udviklingsorienteret, og der er vilje især blandt faglige medarbejdere til at udvikle tilbuddene, men der opleves generelt begrænset tid og rammer til at gøre det – og også udfordringer i samarbejdet mellem husene om udvikling.



## Manglende brug af data til udvikling

Anvendelsen af data og ledelsesinformation til sundhedshusene mhp. understøttelse af udvikling kan systematiseres og styrkes. Det er ikke muligt for de enkelte sundhedshuse at drive større udviklingstiltag.

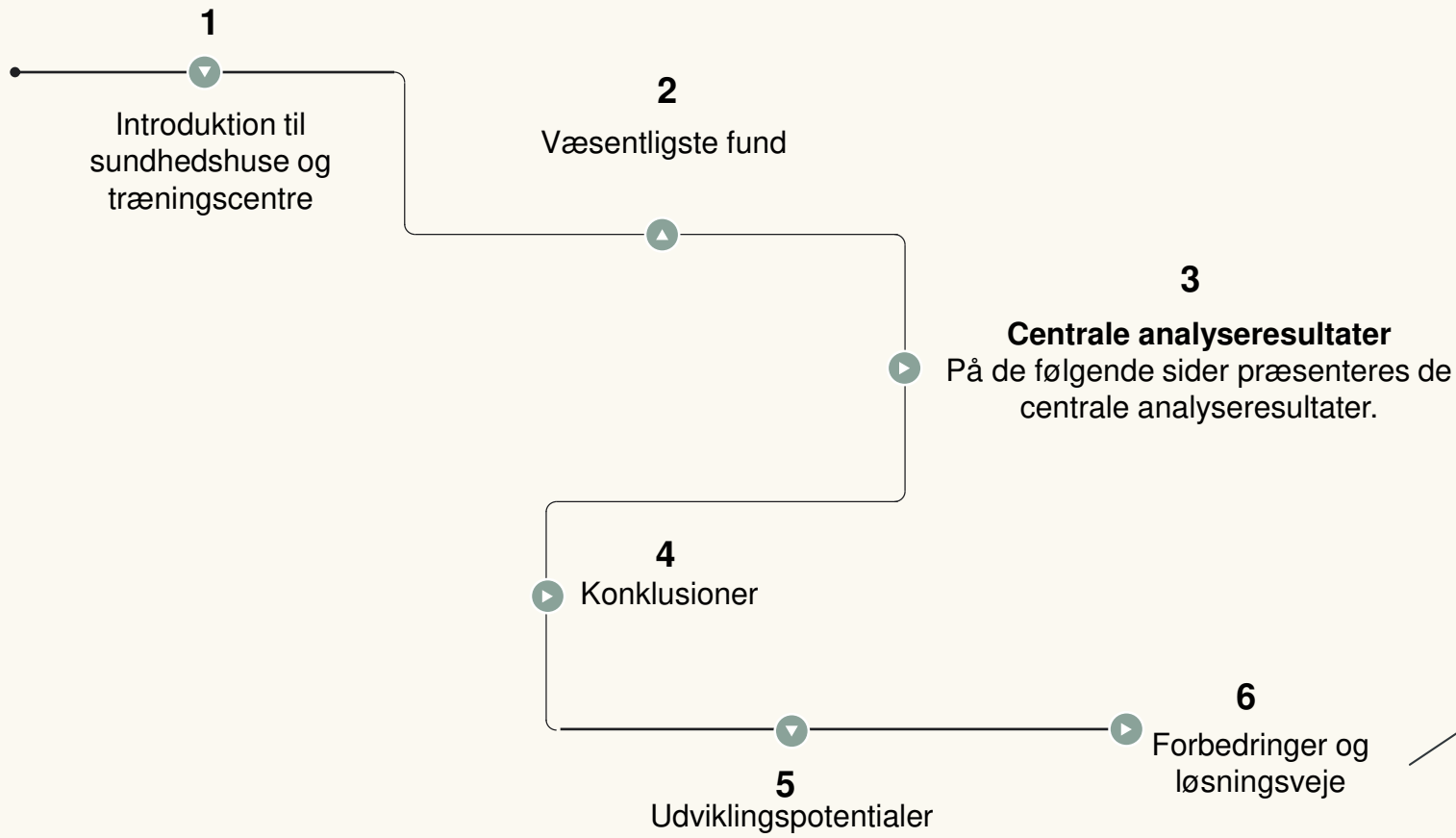


## Lav volumen udfordrer drift og udvikling

Volumen af forebyggende indsatser og patientrettet forebyggelse er lav i de enkelte sundhedshuse.

Det gør de små personalegrupper sårbare mht. driften og begrænser ressourcer og kompetencer til udvikling.

# CENTRALE ANALYSERESULTATER



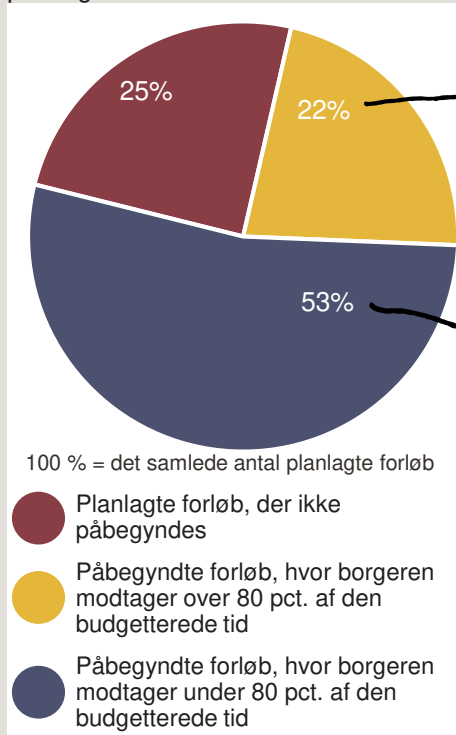
# 22 PROCENT AF BORGERNE MODTAGER DEN MÆNGDE TRÆNING, DER ER BUDGETTERET TIL – I 25 PROCENT AF GOP-FORLØBENE PÅBEGYNDES IKKE TRÆNING

**Samlet set fører 22 pct. af de modtagne GOP'er til påbegyndte forløb, hvor borgerne samlet set modtager mindst 80 pct. af den træningstid, der er budgetteret til**

- Af figur 1 ses det, at andelen af planlagte ambulante SUL-forløb, hvor borgerne modtager over 80 pct. af den budgetterede tid, er på 22 pct. Omvendt modtager borgerne i cirka halvdelen af alle påbegyndte træningsforløb mindre end 80 pct. af den budgetterede tid. Hver fjerde planlagte forløb påbegyndes ikke.
- Figur 2 viser fordelingen over årsagerne til afslutning på de forløb, hvor borgerne modtager mere end 80 pct. af den budgetterede tid. Heraf ses det, at langt størstedelen af forløbene, 89 pct., afsluttes på grund af faglige årsager, eller at målet er opnået. Med andre ord på grund af et succesfuldt forløb. Det tyder på, at der er en høj succesrate, når borgerne modtager mere end 80 pct. af den budgetterede tid.
- Figur 3 viser, at fordelingen ser lidt anderledes ud, når man anskuer årsagerne til afslutning på et forløb i de tilfælde, hvor borgeren har modtaget under 80 pct. af den budgetterede tid. Her er det kun lidt over halvdelen, 56 pct., af forløbene der afsluttes succesfuldt på grund af faglige årsager eller målopnåelse. Det kan være tegn på, at borgerens træningspotentiale er indfriet tidligere i forløbet og med en mindre kommunal indsats, end den budgetterede tid lægger op til, hvorfor den i visse tilfælde muligvis er sat for højt fra start.
- Af figur 3 ses også, at lidt over en tredjedel, 36 pct., af forløbene afsluttes på baggrund af borgerens eget initiativ, og otte pct. afsluttes på grund af genindlæggelse eller borgerens dødsfald. Der er således en markant lavere andel af borgere, der afslutter et påbegyndt forløb succesfuldt, når borgeren har modtaget under 80 pct. af den budgetterede tid. Den store andel af borgere, der afslutter på eget initiativ, tyder på, at de tilbudte træningsforløb ikke matcher borgernes forventninger eller muligheder for at tage imod det.
- Figur 4 visere fordelingen over de planlagte forløb fordelt på sundhedshusene. Heraf ses det, at der på tværs af husene er store andele af de påbegyndte forløb, hvor borgerne modtager under 80 pct. af den budgetterede tid. Sundhedshus Østerbro har den største andel med 60 pct., mens Sundhedshus Bispebjerg har den laveste andel med 46 pct. Dog har Sundhedshus Bispebjerg den største andel, 36 pct., af planlagte forløb, der ikke påbegyndes. Her har Sundhedshus Amager den laveste andel med 20 pct. Sundhedshus Amager er med 27 pct. også det hus, der har den største andel af borgere, der modtager over 80 pct. af den budgetterede tid. Sundhedshus Bispebjerg ligger lavest med en andel på 19 pct.

Se note på næste side om beregningsgrundlaget for analyserne denne og næste side.

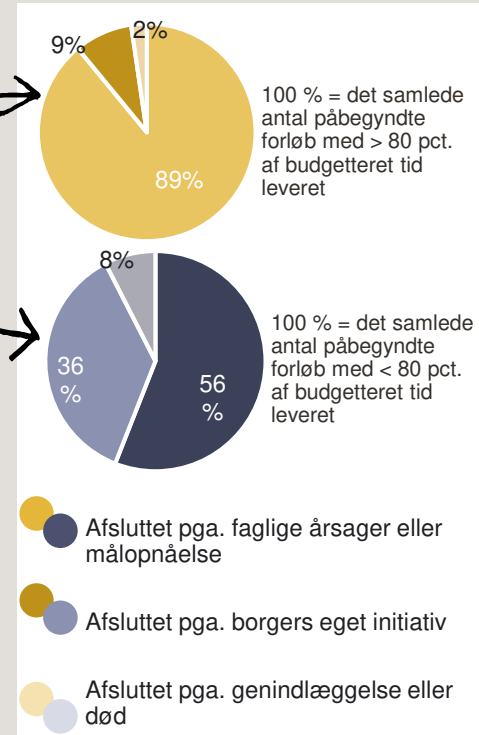
Figur 1: Fordeling over alle planlagte forløb



100 % = det samlede antal planlagte forløb

- Planlagte forløb, der ikke påbegyndes
- Påbegyndte forløb, hvor borgeren modtager over 80 pct. af den budgetterede tid
- Påbegyndte forløb, hvor borgeren modtager under 80 pct. af den budgetterede tid

Figur 2 og 3: Fordeling over årsager til afslutning af påbegyndte forløb

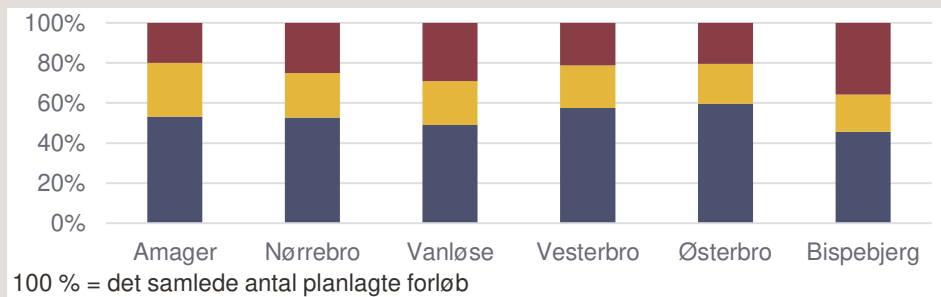


100 % = det samlede antal påbegyndte forløb med > 80 pct. af budgetteret tid leveret

100 % = det samlede antal påbegyndte forløb med < 80 pct. af budgetteret tid leveret

- Afsluttet pga. faglige årsager eller målopnåelse
- Afsluttet pga. borgers eget initiativ
- Afsluttet pga. genindlæggelse eller død

Figur 4: Fordeling over planlagte forløb fordelt på sundhedshusene



Note: Der er usikkerhed om, hvorvidt afslutningsårsager anvendes ensartet på tværs af husene, og der er særligt konstateret udfordringer hermed på HRC, hvorfor HRC er udeladt i analysen. Desuden er det ved tolkning af disse tal vigtigt at bemærke, at perioden er på 4,5 måned, hvorfor langvarige og succesfulde forløb kan være underrepræsenteret.

# 43 PROCENT AF DEN BUDGETTEREDE TRÆNINGSTID LEVERES TIL BORGEREN

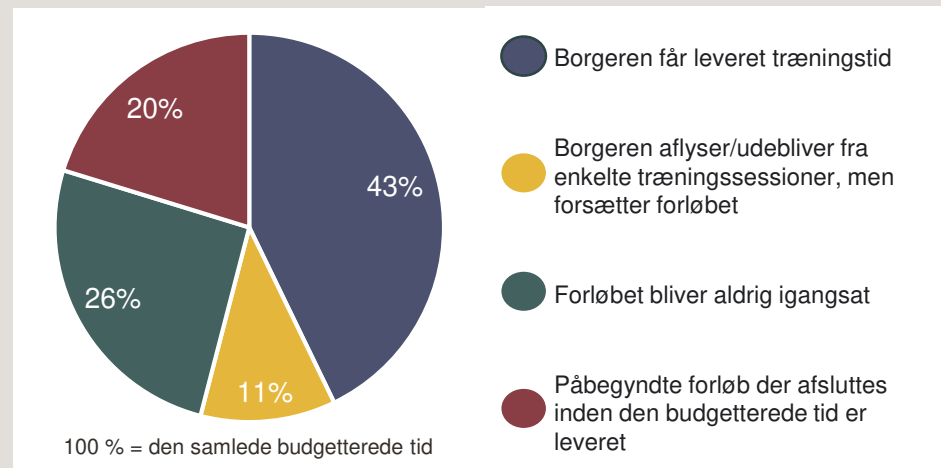
Samlet set modtager borgerne 43 pct. af den træningstid på ambulante SUL-forløb, som den samlede budgetramme lægger op til. Det betyder, at størstedelen af den budgetterede træningstid ikke bliver udmøntet i praksis

- Figur 5 viser, at det er lidt under halvdelen af den samlede budgetterede tid, der i praksis ender som leveret træningstid til borgerne, og dermed er det hele 57 pct. af den budgetterede tid, som aldrig bliver leveret. Som figur 5 viser, er der flere forklaringer på det.
- Ca. 26 pct., af den budgetterede tid, der ikke leveres, kan henføres til forløb, der aldrig bliver igangsat.
- Det betyder, at de resterende 31 pct. af den ikke udmøntede tid fordeler sig inden for forløb, der er påbegyndt. Først og fremmest bliver 11 pct. ikke leveret på grund af enkelte udeblivelser og aflysninger fra borgerens side i løbet af træningsforløb.
- De sidste 20 pct. udmøntes ikke, fordi forløbet afbrydes, før den budgetterede tid er leveret. Disse 20 pct. er altså et udtryk for den tid af et planlagt forløb, der ikke bliver realiseret grundet forløbets afbrydelse. For at få et mere nuanceret billede af årsagerne til dette, viser figur 6 en fordeling over forskellige grunde til, at forløb afsluttes inden den budgetterede tid er leveret.
- Som det fremgår af figur 6, er den største årsag til afbrudte forløb med 44 pct., at borgerne selv afbryder forløbet. Det sker enten ved, at borgerne selv tager kontakt for at anmode om afslutning eller ved, at de blot udebliver eller ikke henvender sig.
- I 18 pct. af tilfældene afsluttes et påbegyndt forløb, fordi borgeren enten er afgået ved døden, er blevet indlagt, eller fordi vedkommendes tilstand er ændret.
- 38 pct. af forløbene stopper, fordi målet enten er nået før tid, eller fordi en faglig vurdering viser, at der ikke er grundlag for at fortsætte forløbet.

*Det bemærkes, at der ikke er implementeret en systematisk registrering af afslutningsårsager, men at forskelle i registreringspraksis til dels udlignes, når de forskellige kategorier summeres til de præsenterede kategorier.*

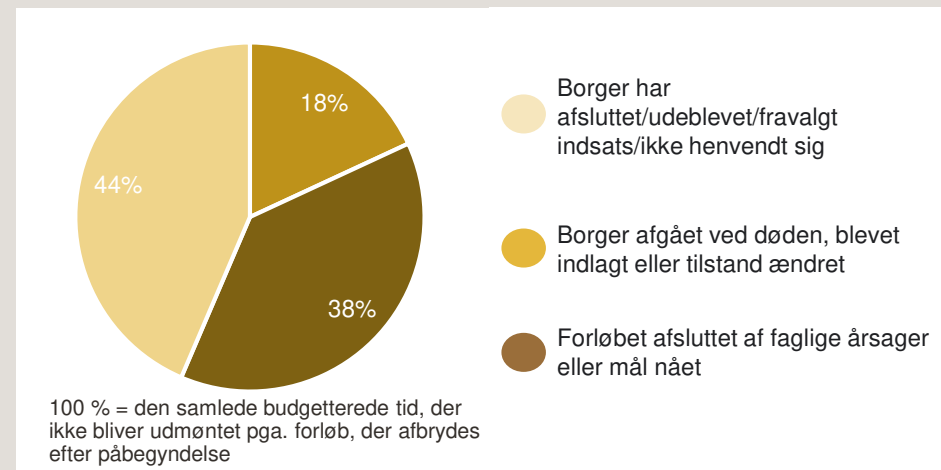
*For at kunne foretage analyserne og beregningerne og producere troværdige resultater på denne og modsatte side, har det været nødvendigt at se bort fra de forløb, der ikke er både påbegyndt og afsluttet i den valgte periode.*

Figur 5: Fordeling over, hvordan den budgetterede træningstid faktisk udmønter sig på ambulante SUL-forløb.



*Note: De forløb, der stopper før budgetteret tid er leveret, er en restkategori, der dækker over flere forskellige årsager til, at forløbene afbrydes. Disse fremgår af figur 6 herunder.*

Figur 6: Fordeling over registrerede årsager til, at nogle påbegyndte forløb afsluttes, inden den budgetterede tid er leveret.

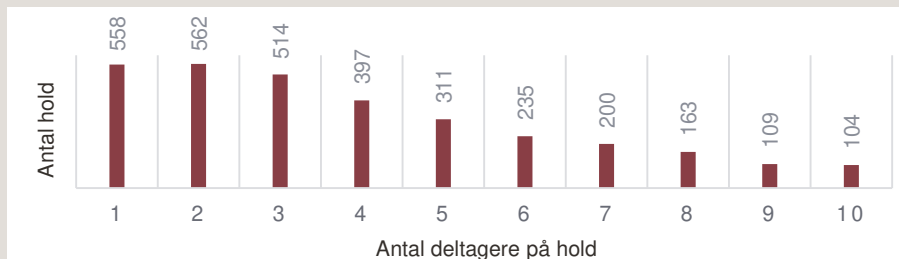


# OVER HALVDELEN AF HOLDTRÆNINGERNE HAR 1-3 FREMMØDTE DELTAGERE - MANGE TIMERS HOLDTRÆNING SPILDES

Der er relativt få fremmødte deltagere på de gennemførte hold, og der er flest hold med færre end fire deltagere. Samlet set er der derfor en stor andel af holdtræningstimerne, der ikke kommer i anvendelse

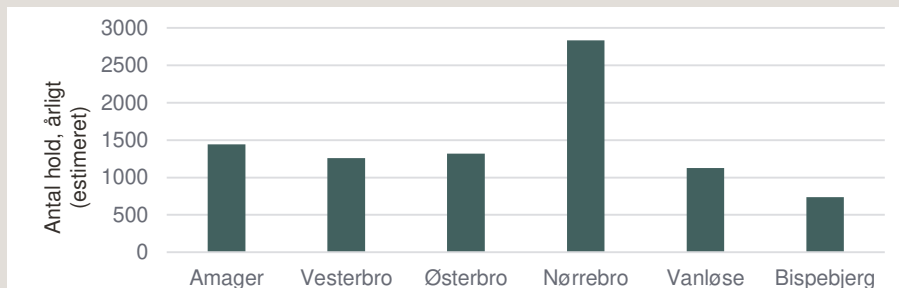
- Figur 7 viser, at de fleste gennemførte hold har færre end fire deltagere. Det betyder, at forudsætningen om, at holdtræning skulle være en mere effektiv udnyttelse af medarbejderressourcerne, ikke nødvendigvis holder.
- Den normerede holdstørrelse er typisk og gennemsnitligt sat til fire deltagere per terapeut. Det vil sige, at alle hold med under fire deltagere har tomme pladser. Ligeledes vil et hold med eksempelvis seks deltagere kræve to terapeuter og have to tomme pladser. I perioden var der 558 hold med kun én fremmødt deltager og 562 hold med to fremmødte deltagere. Samlet set havde over halvdelen (52 pct.) af holdene mellem én og tre deltagere.
- Holdkapaciteten udnyttes således generelt ikke på de enkelte sundhedshuse og træningscentre. På figur 9 ses det, at der på tværs af alle huse er mellem 20 pct. og 47 pct. af den samlede holdkapacitet, der ikke udnyttes på grund af manglende deltagelse.
- I gennemsnit er der 26 pct. tomme pladser på et hold, hvilket samlet set for alle husene svarer til 5.456 tomme pladser i perioden. Den lave udnyttelse af kapaciteten på holdene øger timeprisen per leveret træningstime.

Figur 7: Antal borgere fremmødt til hold på ambulans SUL-hold



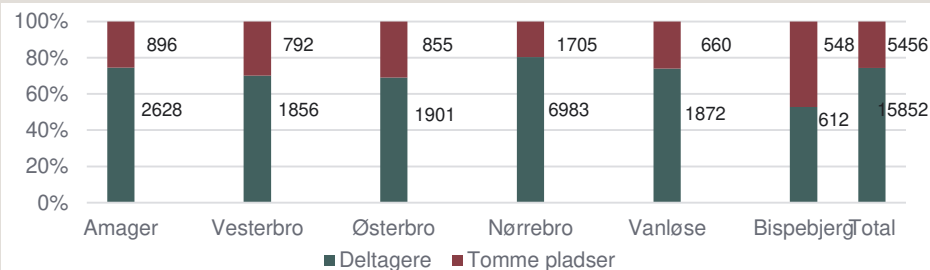
Note: Der er i alt 310 hold med flere end 10 deltagere (hovedsageligt Sundhedshus Nørrebro), som dog også kan dække over flere samtidige hold.

Figur 8: Antal ambulante SUL-hold (årligt)



Note: Antallet af hold i datasættet dækker kun en 4,5 måneders periode. Det årlige antal hold er derfor estimeret som antallet af registeret hold i perioden \* 2,6 (årets 12 måneder divideret med perioden).

Figur 9: Andel deltagere og tomme pladser på holdene



Note: De tomme pladser er et udtryk for differensen mellem den samlede kapacitet på alle gennemførte hold og det faktiske antal deltagere på holdene.



# MED DEN AKTUELLE UDNYTTELSE AF KAPACITETEN PÅ HOLDENE, ER DER AKTUELT EN INEFFEKTIV UDNYTTELSE AF DE BORGERRETTEDE TERAPEUTÅRSVÆRK

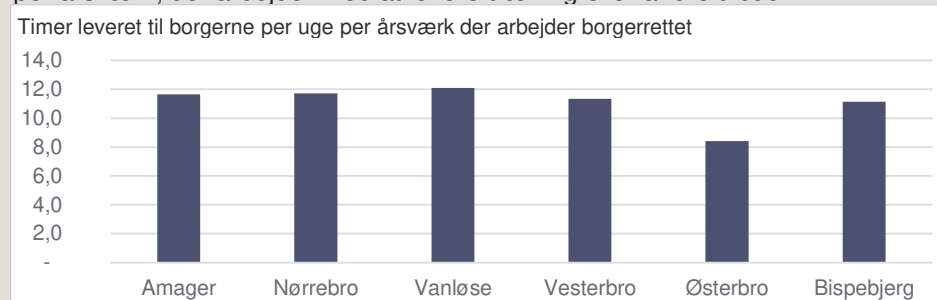
I gennemsnit leverer sundhedshusene 11,1 træningstimer per borgerrettet årsværk per uge. SUL-træningsforløb optager langt den største del af de leverede timer.

- I disse tal er borgernes deltagelse på holdtræning regnet som én leveret time per deltager per times holdtræning. Det vil sige, at en holdtime, der er normeret til fire deltagere men kun har én fremmødt deltager, vil tælle for én times leveret træning. En holdtime, hvor alle fire deltagere fremmøder vil således tælle som fire leverede træningstimer. Individuelle træningstimer tæller ligeledes som én time leveret per times træning. Hvis man udregner tallene med den tiltænkte normering af holdene, vil en deltager bidrage med 0,25 time per leveret time per times holdtræning, vil tallene i disse figurer være noget lavere, hvilket synliggør produktivitetstab ved de mange tomme pladser – se næste side.
- Af figur 10 ses det, at der generelt er et nogenlunde ligeligt niveau af leveret trænings- eller tilbudstimer per uge per årsværk på tværs af sundhedshusene. Sundhedshus Østerbro har det laveste niveau med 8,4 leverede træningstimer per årsværk per uge, mens Sundhedshus Vanløse har det højeste niveau med 12,1, og derefter kommer Sundhedshus Nørrebro med 11,7.
- De leverede timer er målt på baggrund af en lang række indsatser og forløb, hvilket også fremgår af figur 11. Her ses det, at langt størstedelen af de leverede træningstimer udgøres af SUL- og SEL-forløb. Dette dækker både over individuelle træninger og holdtræning. I Sundhedshus Nørrebro udgør rygtilbud den næststørste andel. Hos de fleste øvrige huse er enten patientrettet forebyggelse eller GLA:D de områder, hvorfra det næststørste andel timer bliver leveret fra.

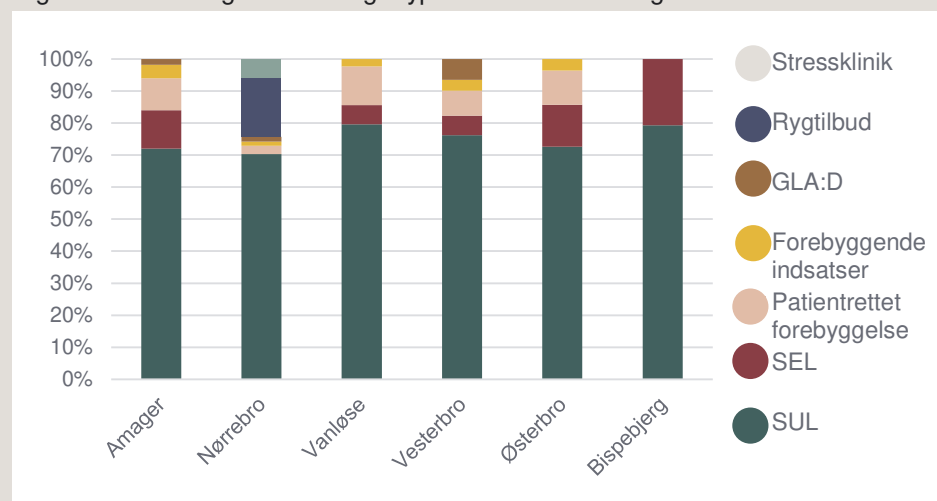
## Metodiske forklaringer på de præsenterede beregninger

- I denne opgørelse indgår udelukkende personalets tid sammen med borgerne. Al dokumentationstid, bookingstid, telefonsamtaler med borgeren, koordinering med pårørende, andre myndigheder mv. indgår ikke i denne opgørelse.
- 11,1 timer er beregnet ved, at leveret individuel træning og leveret holdtræning kommer deltagerne lige meget til gode. Dvs. at der også ved én times holdtræning opnås én times træningstid for den enkelte deltager uanset, hvor mange deltagere, der er på holdet. Der tages således ikke højde for, at den enkelte deltager alt andet lige får mere terapeutkontakt ved en individuel træning sammenlignet med en holdtræning.
- Hvis en terapeut havde én holdtræning hver dag med fire deltagere, ville det give et leveret antal træningstimer per uge på 20 træningstimer, hvilket kun bruger fem timer af terapeutens ugentlige tid. Tilsvarende vil en individuel træning per dag også svare til fem timer af terapeutens tid. Der er gennemsnitligt angivet en forventning fra sundhedshusene om, at en terapeut har cirka 50 pct. af sin tid med direkte borgerkontakt. Dvs. at der principielt kunne være cirka 18 timers individuelle træningstimer per terapeut eller helt op til 72 timers holdtræning per uge. Dette naturligvis fraset de eventuelle aktiviteter, terapeuterne ikke registrerer, men som alligevel kan ses som aktiviteter med borgerne.

Figur 10: Gennemsnitligt antal leverede trænings- eller tilbudstimer per uge per årsværk, der arbejder med at levere træning eller andre tilbud



Figur 11: Fordeling af forskellige typer leverede trænings- eller indsatsstimer



- Beregningen af antal leverede timer til borgeren per uge per borgerrettet årsværk er "renset" for timer anvendt på U&R og vedligeholdende træning på plejehjem, da disse ydelser ikke registreres i CURA. Årsværk allokeret til denne opgave er derfor også udtaget af beregningen.
- Antal årsværk, der udfører træning/tilbud (borgerrettede årsværk), er meldt ind af husene selv.  
 Note: I opgørelsen indgår det lægehenviste rygtilbud på Nørrebro, da denne indsats er en integreret del af huset. Det betyder, at de årsværk der er allokeret til denne indsats indgår i beregningen.

# I GENNEMSNIT KOSTER ÉN TIMES TRÆNING/TILBUD LEVERET I ET SUNDHEDSHUS 1.458 KR., OG DET SVINGER PÅ TVÆRS AF HUSE MELLEM 1.129 KR. OG 2.115 KR.

Der er markante forskelle på, hvor meget træning og andre tilbud sundhedshusene leverer for det budget, de har til rådighed

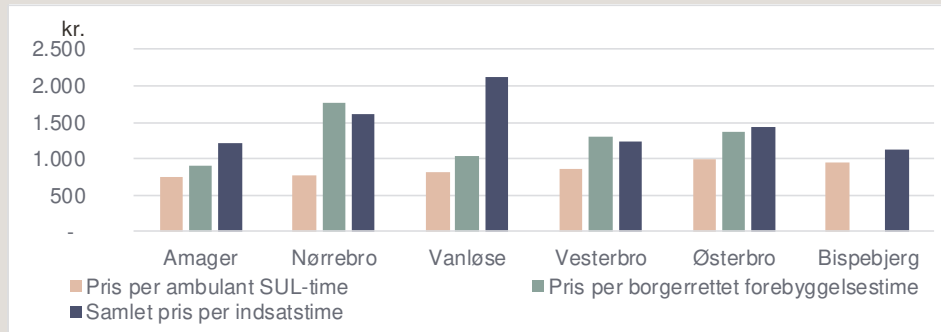
- Det fremgår af figur 12, at prisen per leveret ambulante SUL-time svinger mellem 759 kr. og 984 kr. Prisen for en leveret patientrettet forebyggelsestime til hjerte- og KOL-patienter svinger mellem 904 kr. og 1.774 kr. Til udregningen af begge priser er den specifikke budgetpost til indsatsen anvendt. Dermed er prisen et udtryk for, hvor meget sundhedshuset leverer sammenlignet med, hvad der var forventet ved budgetlægning. En relativ lav pris indikerer, at huset leverer forholdsmæssigt mange timer inden for budgettet sammenlignet med de andre huse.
- Den samlede pris per leveret time for alle tilbud svinger mellem 1.129 kr. og 2.115 kr. I udregningen er det udelukkende de specifikke budgetposter til hver type indsats, der er inkluderet. De faste omkostninger til drift af huset (husleje mv.) er ikke inkluderet.
- Af figur 13 fremgår prisen per ambulante SUL-time på holdtræning fordelt efter antallet af deltagere på holdet. Her ses det, at prisen for en leveret ambulante SUL-genoptræningstime kan komme ned på 214 kr., hvis alle hold udnytter hele kapaciteten med fire deltagere per terapeut. Det skal bemærkes, at disse tal er regnet ud fra, at hver deltager på en holdtræning får én times træning hver.
- Husene er rammestyrer, og den lokale styring sker således i praksis ikke med afsæt i de strategiske udmeldinger om budgettildelinger og tilhørende aktivitetsforventninger. Den samlede pris per leveret time er derfor en relevant indikator, da man kan forvente, at denne bør være forholdsvis stabil, hvis argumentet om "gynger og karusseller" skal være rigtigt.

## Metodiske forklaringer på de præsenterede tal

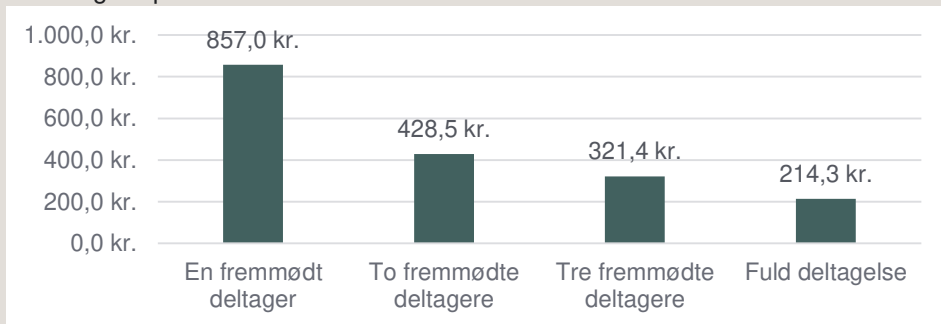
- De specifikke budgetposter til hvert tilbud i sundhedshuset er summeret. Tværgående budgetposter til driften af huset, som fx klinisk vejledning, ejendom, transport og kortere ventetid er ikke inkluderet.
- Den tid, terapeuterne anvender til dokumentation, koordinering med pårørende, andre indsatser mv., er ikke inkluderet.

Note: HRC fremgår ikke af disse analyser, da afsnit N3 ikke er mulig at adskille meningsfuldt fra resten af HRC. Tallene er korrigeret for, at U&R og vedligeholdende træning på plejecentre ikke er opgjort i CURA.

Figur 12: Pris per leveret ambulante SUL-time, per leveret patientrettet forebyggelsestime og samlet pris per leveret indsatstime.



Figur 13: Pris per leveret ambulante SUL-time på holdtræning fordelt efter antallet af deltagere på holdet.



Note: Tallene er udregnet på baggrund af den gennemsnitlige pris per ambulante SUL-time på tværs af alle husene, som ligger på 857 kr. I disse beregninger tælles én leveret time per deltager per hold (og ikke 0,25 time).

# ANDELEN AF ADMINISTRATIVE MEDARBEJDERE VARIERER FRA 3 TIL 19 PROCENT

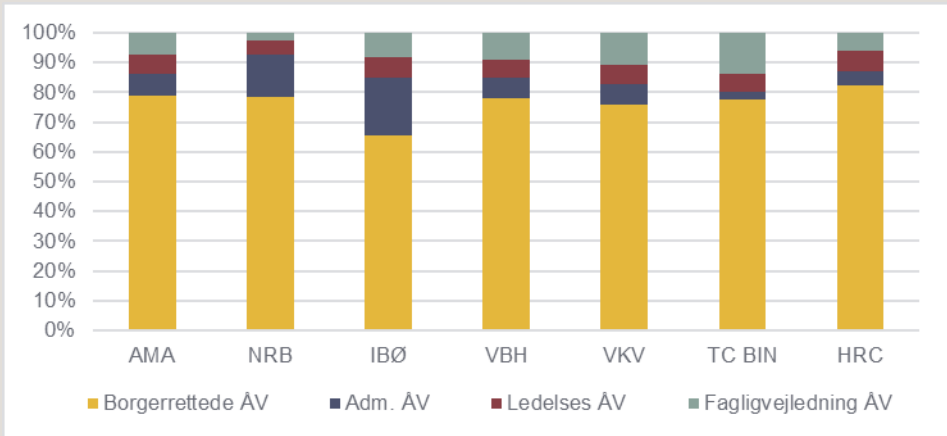
## Der er store forskelle på medarbejdersammensætningen på de forskellige sundhedshuse og træningscentre

- Andelen af administrative årsværk svinger mellem 3 og 19 pct. I nogle huse ses det som en fordel, at det er terapeuter, der varetager de administrative opgaver, fordi det giver fleksibilitet i forhold til den daglige planlægning, og fordi fagligheden i løsningen af de administrative opgaver betyder færre personer indover bl.a. GOP'erne. I andre huse opfattes det som en fordel, at administrative medarbejdere løser så mange opgaver som muligt i stedet for de sundhedsfaglige medarbejdere.
- Andelen af årsværk, der udfører borgerrettede opgaver svinger mellem 65 og 82 pct. De sundhedshuse, der har den laveste andel borgerrettede årsværk, har den højeste andel af administrative årsværk.
- Sundhedshus IBØ har den højeste andel administrative medarbejdere og også den dyreste pris på leveret time. Det tyder på, at antagelsen om, at administrative medarbejdere kan frigøre therapeuttid, ikke holder. Omkostningen til de flere administrative medarbejdere opvejes således ikke af den marginalt højere mængde effektiv træning.
- Sundhedshusene med flest administrative medarbejdere har haft flest nedlukninger. Det kunne tyde på, at andelen af terapeuter har en betydning for fleksibiliteten og mulighederne for at løse driftspres i forbindelse med langtids sygdommeldinger og vakancer.
- Andelen af ledere er forholdsvis ens i husene, fra fem til syv pct., hvilket dækker over, at de fleste huse har 2-3 fuldtidsansatte ledere. På TC BIN er lederen også ansvarlig for MTO Bin og Aktivitetscenter Bispebjerg.

## Metodiske forklaringer på de præsenterede tal

- I forbindelse med udarbejdelse af profilerne, har hvert sundhedshus meldt ind hvor mange medarbejdere, der er ansat i huset, hvor mange timer medarbejderen arbejder om ugen, og hvilke typer opgaver medarbejderen varetager. Det er således sundhedshusenes egne indmeldinger, der danner grundlaget for denne oversigt. En samlet oversigt over medarbejdersammensætningen kan ses på profilernes første side.

Figur 14: Fordeling af årsværk på opgavetyper (100%=alle ansatte årsværk)



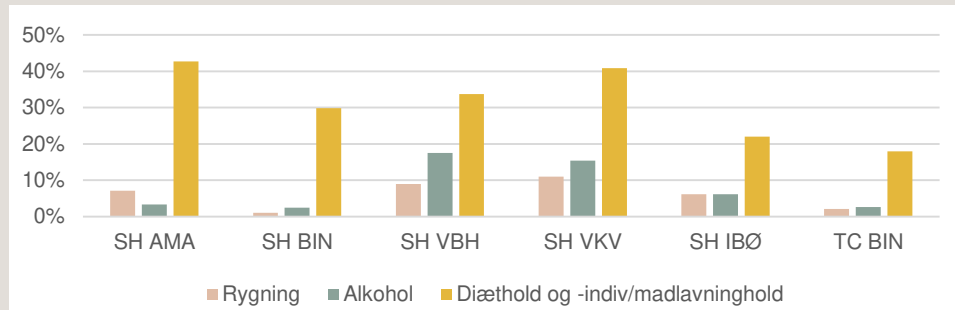
Note: For SH NRB er der ekskluderet årsværk knyttet til stressklinikken og særlige administrative funktioner knyttet til lægehenviste rygforløb svarende til 4 administrative årsværk og 16.8 psykolog årsværk samt 1 leder.

# REKRUTTERINGEN TIL FOREBYGGENDE INDSATSER VARIERER MEGET

Der er store forskelle på, hvordan sundhedshusene arbejder med de forebyggende indsatser – både med hensyn til opfattelsen af opgaven og organiseringen af medarbejderne

- Der er i den kvalitative analysen identificeret store forskelle på, hvordan terapeuterne oplever arbejdet med at rekruttere borgere til de forebyggende indsatser. Nogle steder opleves det som en naturlig del af arbejdet med at forbedre borgernes generelle sundhedstilstand, mens det andre steder opfattes som en forstyrrende opgave, der kræver en faglighed, som ikke nødvendigvis matcher terapeuterne.
- I de huse der lykkes bedst med rekrutteringen, opfatter medarbejderne sig selv som "sundhedspersoner" med en generel opgave i forhold til borgerens samlede sundhedssituation. Her varetager medarbejderne i højere grad selv de motiverende samtaler og revurderer tilbuddene i løbet af genoptræningsforløbet.
- Organiseringen af de terapeuter og medarbejdere, der leverer de forebyggende indsatser, tyder også på at have betydning for rekrutteringen. Nogle steder er medarbejderne organiseret forholdsvis separat, mens det andre steder er de samme terapeuter, der varetager både genoptræning og forebyggende indsatser. Interviewudsagnene tyder på, at samarbejdet og løbende dialog mellem de forskellige medarbejdere er centralt for rekrutteringen af borgere til forebyggende indsatser.
- Generelt er diætbehandling og madlavningskurser langt lettere at rekruttere borgere til sammenlignet med rygning og alkohol. Her peges af både borgere og terapeuter på udfordringer med tabubelagte udfordringer. Af figur 15 fremgår, at der er store forskelle i husenes evner til at motivere de relevante borgere til de forebyggende indsatser. For rygning gælder at andelen af de relevante borgere, der takker "ja" til indsats svinger mellem husene med 1-11 pct., mens det for alkohol svinger mellem husene med 2-18 pct.
- Borgerworkshoppen pegede på timing i tilbud, fleksibilitet og ventetid, som de største barrierer for at takke "ja" til tilbuddene om forebyggende indsatser.
- Det opleves som en udfordring for borgerne, hvis de i forbindelse med modtagelse af forebyggende indsatser skal skifte sundhedshus, hvorfor TC BIN er særligt udfordret. For de andre sundhedshuse er denne udfordring særlig relevant i forbindelse med genoptræning inden for de bydækkende specialer.
- N3 på HRC arbejder ikke med forebyggende indsatser og indgår derfor ikke i figuren. Dette skyldes primært, at der ikke er fundet en løsning på, hvem der skal "overtage" borgerne fra HRC.

Figur 15: Rekruttering til forebyggende indsatser, andel af relevante borgere, der har takket "ja" til indsats



# AFBUD PÅVIRKER DEN SAMLEDE MÆNGDE LEVERET TRÆNING, MENS UDEBLIVELSER UDFORDRER BEHOVET FOR DAGLIG DRIFTSSTYRING

## I gennemsnit melder borgerne afbud eller udebliver til mellem 18 og 25 pct. af alle ambulante aktiviteter i sundhedshusene

- I nogle sundhedshuse meldes der i højere grad afbud til holdtræninger end til individuelle træninger, mens andelen af afbud og udeblivelser i andre sundhedshuse er ens for hold- og individuelle træninger.
- Alle sundhedshuse har afbudsrate på over 20 pct. til holdtræninger.
- Der er markante forskelle på husenes afbudsrate til individuelle træninger, som varierer mellem 12 og 25 pct.

## Andelen af udeblivelser er for alle huse under fem pct., mens afbud varierer mellem 16 og 23 pct.

- Med hensyn til udeblivelser bliver udfordringer med kørsel nævnt som en del af forklaringen. Alle huse oplever utilsigtede udeblivelser, hvor borgeren og chaufføren ikke har fundet hinanden.
- Afbud muliggør anden udnyttelse af terapeuternes tid under antagelse af, at sundhedshusene er gode til at udnytte ledige tider. Derfor udgør afbud ikke en lige så stor udfordring for den daglige driftsstyring som udeblivelser.

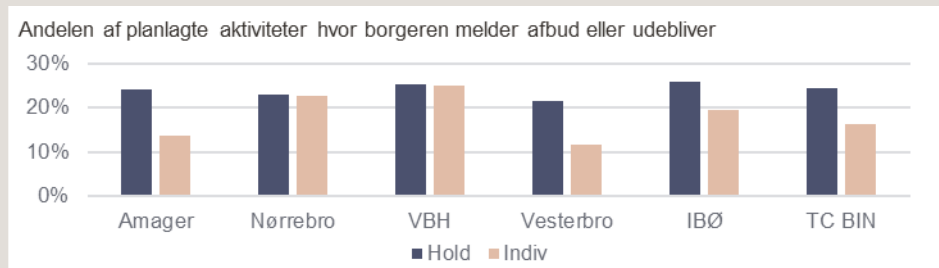
## Afbud og udeblivelser tyder på lav motivation til at tage i mod og følge tilbud om patientrettet forebyggelse

- For aktiviteter inden for patientrettet forebyggelse varierer afbud og udeblivelser mellem 23 og 31 pct. Det tyder på, at det for alle huse er denne gruppe borgere, der er sværest at få til at fremmøde i sundhedshusene.

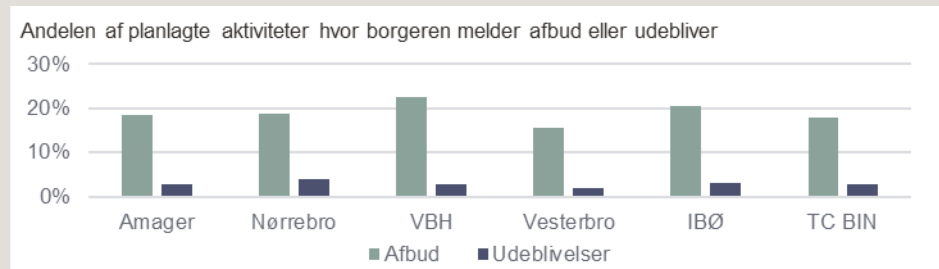
## Mange afbud til 1. træning under SUL skyldes formentlig proceskrav

- En del af forklaringen på høje afbudsrate inden for den ambulante SUL-træning er, at 1. samtale/træning tilbydes inden for syv dage og registreres som afbud, hvis borgeren ikke er opmærksom på indkaldelsen, ikke kan eller vil komme så hurtigt.

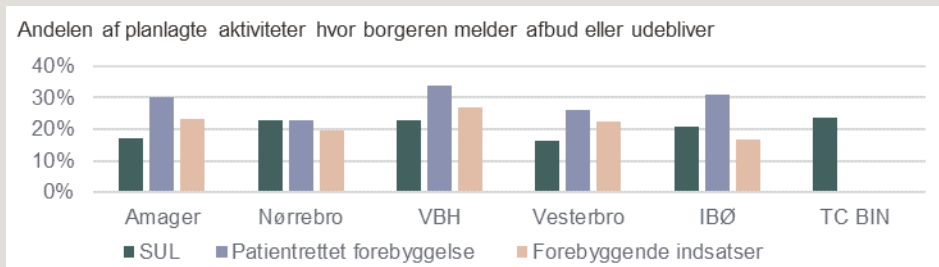
Figur 16: Afbud og udeblivelser til ambulante holdtræning og individuel træning i sundhedshusene. Alle typer ambulante indsatser er inkluderet i denne visning.



Figur 17: Afbud og udeblivelser til ambulante tilbud og træning i sundhedshusene. Alle typer ambulante indsatser er inkluderet i denne visning.



Figur 18: Afbud og udeblivelser til planlagte ambulante aktiviteter på SUL-forløb, patientrettet forebyggelse og forebyggende indsatser



# BORGERNE EFTERLYSER HØJERE GRAD AF FLEKSIBILITET OG INDIVIDUEL TILPASNING

## Det tyder på, at der er potentiale i mere individuel tilpasning af forløb og tilbud til borgerne for at kunne tilbyde en indsats, der er attraktiv for flere

- VIBIS (Videnscenter for Brugerinddragelse, 2018) konkluderer i en analyse af borgernes tilfredshed med genoptræningen i Københavns Kommune, at borgerne generelt er tilfredse med deres genoptræningsforløb. De borgere, der afslutter deres forløb før genoptræningsforløbets afslutning, afbryder deres forløb, fordi de har komplekse problemstillinger, som de ikke oplever kan varetages inden for de eksisterende rammer for genoptræningen.
- VIBIS konkluderer videre, at en gennemgående tendens er, at borgerne oplever, at de er blevet tilbudt standardgenoptræningsforløb, og at borgerne efterspørger, at forløbene tilpasses individuelt til netop deres behov og præferencer.
- Sundheds- og Omsorgsforvaltningen gennemførte i 2014 en brugerundersøgelse, der viste samme tendens blandt borgerne til øget efterspørgsel efter differentiering og individuel tilpasning af træningsforløbene. Brugere tilkendegav et ønske om mere individuelt fokus bl.a. gennem bedre forståelse blandt personalet for den enkelte brugers konkrete problemstilling og fornemmelse af, at træningen tilrettelægges specifikt herefter. Herudover gav brugerne også udtryk for ønske om mindre hold – både som en måde til at få mindre niveauspredning på holdene og bedre mulighed for individuel kontakt med fysioterapeuterne under træningen.
- I de gennemførte workshops i dette projekt er en gennemgående tendens ligeledes, at borgerne efterspørger forløb, der er mere individuelt tilrettet. Det gælder såvel genoptræningsforløb som de forebyggende indsatser.
- Der peges ofte på, at transport ikke i sig selv er en udfordring men derimod, at der går meget spildtid med transporten, fordi der ventes længe på transporten, køretiden er lang pga. flere opsamlinger, og der er ventetid før og efter aktiviteten.
- Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har gennemført en rundspørge blandt borgerne på udvalgte sundhedshuse om baggrunden for ikke at ville deltage i forebyggende indsatser. Den viser, at for alkohol- og rygestoptilbuddenes vedkommende er den gennemgående tendens, at de borgere, der takker ”nej” til en indsats, ikke ser deres vaner som et problem (Paretoanalysen, 2018).

## Hvorfor takker borgerne ”nej” til tilbud?

I de gennemførte workshops med borgere, ledere og medarbejdere i dette projekt er følgende centrale bud på, hvorfor borgerne ikke finder tilbuddene attraktive identificeret:

### Genoptræning

- Timing: Det kan være vanskeligt for nogle borgere at opstarte genoptræning få dage efter udskrivning pga. smerter, træthed, usikkerhed mv.
- Individuel tilpasning: Der efterspørges en højere grad af individuel tilpasning fx i valget af holdtræning vs. hjemmetræning
- Flexibilitet: Der efterspørges en højere grad af fleksibilitet i form af holdtider og åbningstiderne der tilpasses fx borgernes arbejdstider

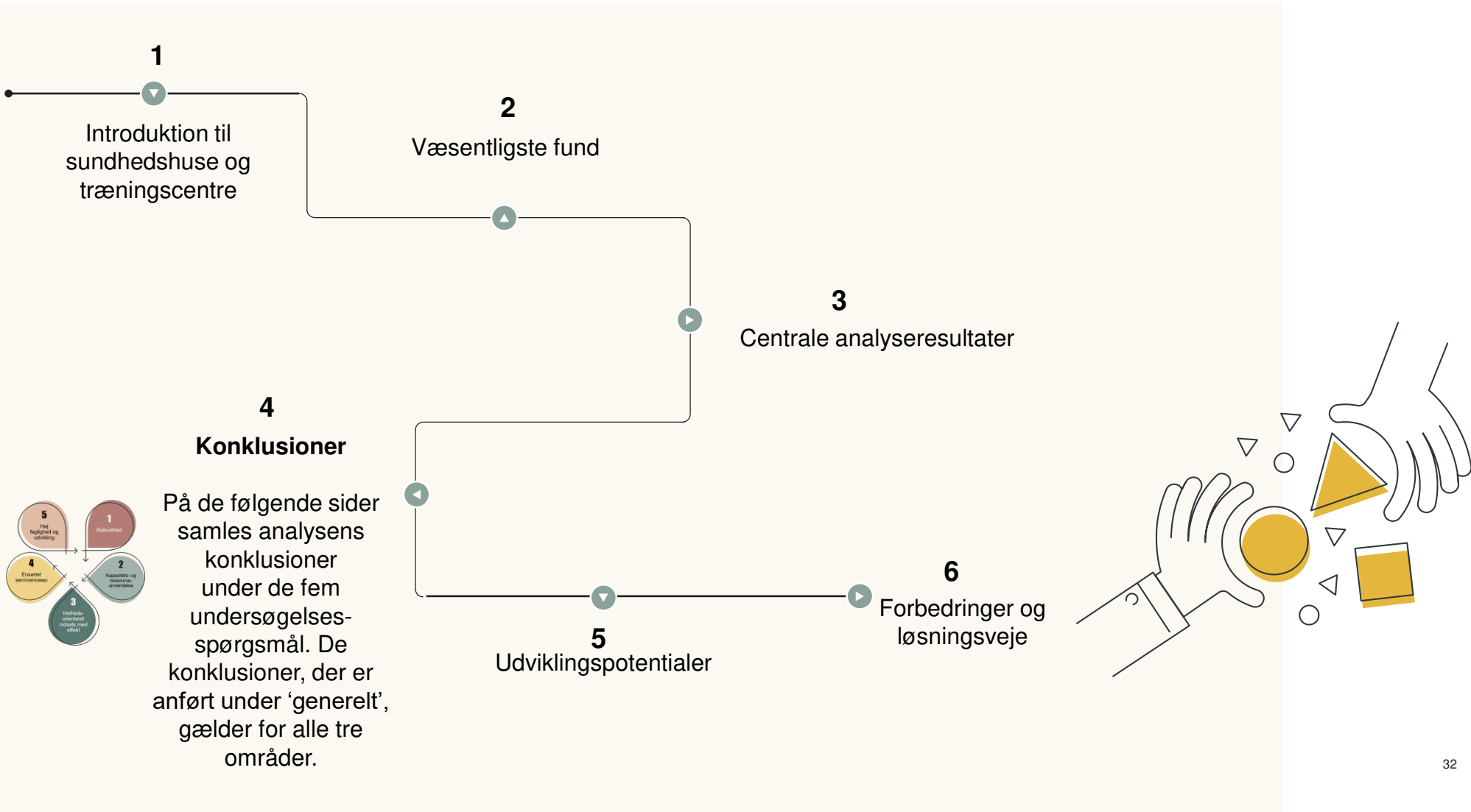
### Forebyggende indsatser

- Timing: Det kan være vanskeligt for nogle borgere at deltage i et forebyggelsesforløb samtidig med et genoptræningsforløb. Der efterspørges af mange en mere individuel tilgang, hvor de forebyggende indsatser drøftes løbende gennem genoptræningsforløbet.
- Motivation og barrierer: Det er udfordrende for nogle terapeuter at tale med borgere om vanskelige og tabubelagte emner som alkohol og rygning, og terapeuterne giver udtryk for, at det er vanskeligt at motivere borgere til indsatserne.

### Patientrettet forebyggelse

- Sammenhængende forløb: Nogle borgere oplever, at der er manglende sammenhæng mellem det forudgående forløb på sygehus/i almen praksis og fortsættelsen i kommunalt regi.
- Derudover er der få henvisninger fra læger og hospitaler, og mange borgere har slet ikke kendskab til tilbuddene.

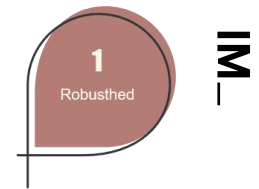
# KONKLUSIONER





# OPSAMLENDE KONKLUSIONER: ROBUSTHED

Medmindre andet er angivet, er der tale om Implements konklusioner pba. af den samlede empiri og analyse



## GENERELT

- Forskellene i processer, bredden i opgaverne, og prioriteringer og anvendelsen af specialiserede medarbejdere udfordrer den samlede robusthed til overholdelse af ventetidsgarantien og leveringen af borgerrelevante, effektive forløb.
- Generelt ses muligheder for at øge volumen via samling af "produktionen" og udvidelse af tilbudsviften inden for genoptræning. På samme vis vil robustheden ift. ventetidsgaranti kunne forbedres ved at fokusere på denne opgave i sundhedshusene, og dermed ved at flytte forebyggelsesindsatserne væk fra – i første omgang – første samtale.
- Der er beskedent ledelsesfokus på den fælles opgaveløsning og indfrielse af kommunens samlede målsætninger lokalt på det enkelte sundhedshus. Det primære ledelsesfokus ligger "i egen søjle og enhed".
- Volumen i det enkelte sundhedshus/træningscenter er generelt for begrænset til, at der kan tilbydes tilstrækkeligt individualiserede og fleksible forløb.
- Det hænger givetvis sammen med, at holdtræninger fortsat anses som den væsentligste bestanddel – og dermed er holdudbuddet naturligt begrænset – og samtidig måske for generelt et tilbud til de individuelle behov.

## SPECIFIKT

### Genoptræning

- Det tyder *ikke* på, at det er fx fordeling af specialer, der presser robustheden, da der er rigeligt årsværk/ressourcer i alle huse, hvis ressourcer måles ved at sammenligne budget og leverede tilbud. Derimod kunne det tyde på, at det nærmere er husenes redskaber og kompetencer ift. daglig produktions- og driftsstyring og kapacitetsudnyttelse, der vil kunne løse udfordringerne med ventetidsgarantien.
- Det er Implements indtryk, at der generelt er en tendens til "overspecialisering" og en tendens til at italesætte behovet for specialiserede kompetencer langt ud over, hvad der med rimelighed kan siges at være evidens for.

### Forebyggende indsatser

- Robustheden i sundhedshusenes håndtering af de forebyggende indsatser udfordres af, at omfanget af borgere, der tager i mod tilbuddene, er begrænset. Derfor er der lokalt kun mulighed for at beskæftige få medarbejdere med dette fokus, hvilket gør det sårbare.
- Der opleves problemer med rekruttering til forebyggende indsatser. Succesraten med rekrutteringen til forebyggende indsatser varierer betydeligt mellem sundhedshusene og tyder på at afhænge af både kulturen i huset og organiseringen af medarbejderne.
- På samme vis er konstellationen med de to træningscentre (træning) og sundhedshuse (forebyggelse) en særlig udfordring. Input peger på, at det styrker rekrutteringen til de forebyggende indsatser, når de leveres på samme matrikel som genoptræningen.
- Derudover ses højere rekruttering til forebyggende indsatser, når de terapeuter, der leverer de forebyggende indsatser er en integreret del af den resterende terapeutgruppe.

### Patientrettet forebyggelse

- Robustheden i sundhedshusene på området begrænses af, at volumen af borgere med behov for patientrettet forebyggelse bliver meget lavt, når det spredes på de nuværende sundhedshuse. De tilhørende personalegrupper er derfor små og sårbare.

# OPSAMLENDE KONKLUSIONER: KAPACITETS- OG RESSOURCEANVENDELSE

Medmindre andet er angivet, er der tale om Implements konklusioner pba. af den samlede empiri og analyse



## GENERELT

- Store forskelle på personalesammensætningen på tværs af huse. Det bunder blandt andet i forskellige prioriteringer af faglighed. Noget tyder endvidere på, at de huse, der har den største andel administrative medarbejdere, også er de huse, der oftest oplever kapacitetspres. Derudover er det husene med den største andel administrative medarbejdere, der har den dyreste samlede pris per leverede borgerrettet time.
- Store forskelle på, hvordan den daglige (produktions- og) driftsstyring varetages. Der anvendes forskellige redskaber og tilgange til planlægning, styring, optimering af terapeuternes/medarbejdernes tid.
- Varierende udfordringer med at udnytte ledig kapacitet i forbindelse med borgers afbud og udeblivelser. Husene anvender forskellige redskaber (tavlemøder, fysisk navneliste som opdateres dagligt af sekretærer, stram kalenderstyring af teamledere mv.) og ansvaret for den daglige driftsstyring varetages som udgangspunkt også på forskellige niveauer fra hus til hus.
- Hold med få deltagere starter lokalt, fordi tilbuddet skal være der – og der tænkes i hold, selv om et individuelt tilbud også kunne være svaret og medvirke til at reducere en ofte lang ventetid til tilbuddet (gælder særligt hjertehold).
- Der er begrænset læring og brug af "best practise"/virksomme løsninger på tværs af husene i forhold til processer, systemer, optimering. Den videndeling, der finder sted, er ikke systematisk og struktureret. Og der kan ikke konstateres nogen udpræget grad af nysgerrighed eller interesse for at lære af hinanden. Dette afspejles i forskellig medarbejder- og kompetencesammensætning samt store variationer i forskellige processer til daglig driftsstyring.
- Der kan konstateres begrænset fællesskab på tværs af lokalområderne og sundhedshusene i at skabe optimale rammer for borgerne og for realiseringen af genoptrænings- og forebyggelsespotentialer. Det er særdeles vanskeligt for borgerne at "bevæge" sig mellem husene.
- Det følger heraf, at sundhedshusene ikke systematisk og løbende arbejder sammen om ressourceoptimering, kapacitetsudnyttelse og produktionsstyring.

- Den værdi, sundhedshusene og træningscentrene forventes at skabe, er naturligvis flertydig, og flere huse giver udtryk for et ønske om en større tydelighed (fx prioriteringer i forhold til lav ventetidsgaranti, antal borgere i forebyggende indsatser og patientrettet forebyggelse, øget sundhed, mindre ulighed i sundhed, ensartet serviceniveau, udvikling af nye løsninger mv.). Hertil hører, at flere aktører som Sjællandsgade, lokalområderne, civilsamfundet mv., spiller ind på prioriteringerne. Der er ikke indbygget incitamentsstrukturer for husene, der knytter sig til den værdi, husene skal skabe, fx i forhold til antallet af borgere i de forebyggende indsatser.

## SPECIFIKT

### Genoptræning

- 22 pct. af borgerne modtager over 80 pct. af den budgetterede træningstid. De resterende borgere modtager mindre end 80 pct. træning eller deres træningsforløb påbegyndes ikke. Hver fjerde planlagte træningsforløb påbegyndes aldrig.
- 43 pct. af den budgetterede træningstid leveres til borgerne. Der er således store forskelle mellem den træningstid budgetterne lægger op til at borgerne skal modtage, og den mængde træning der reelt leveres.
- 36 pct. af de påbegyndte forløb stopper på borgers initiativ inden borgeren har modtaget den mængde træning den pågældende diagnose som udgangspunkt er tiltænkt at udløse. Der er pba. den kvalitative dataindsamling udpeget to mulige forklaringer:
  - Borgerne har ikke brug for den mængde træning, diagnosen lægger op til
  - Borgerne mener ikke, at den tilbudte træning passer til dem og deres hverdag og stopper derfor forløbet utidigt.
- Der er relativt få fremmødte deltagere på de gennemførte hold. 52 pct. af de gennemførte hold i perioden havde mellem en og tre deltagere. I gennemsnit er der 26 pct. tomme pladser på et hold. En fuld udnyttelse af kapaciteten på holdene vil betyde en mærkbar stigning i det leverede antal træninger.

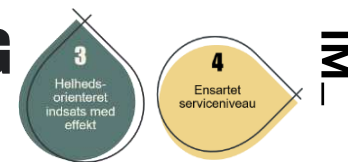
# OPSAMLENDE KONKLUSIONER: KAPACITETS- OG RESSOURCEANVENDELSE

Medmindre andet er angivet, er der tale om Implements konklusioner pba. af den samlede empiri og analyse



- Den aktuelle udnyttelse af kapaciteten på holdene betyder, at der er en ineffektiv udnyttelse af de borgerrettede terapeutårsværk. I gennemsnit leveres der 11,1 træningstime per borgerrettet årsværk per uge. Hvis holdkapaciteten blev udnyttet bedre, så ville dette tal være højere.
- Dette betyder, at den realiserede timepris per leveret træningstime er højere end det, der er lagt til grund i budgetmodellen (541 kr. pr. time). Den realiserede timepris grundet manglende udnyttelse af kapaciteten er op til 984 kr. per time på Sundhedshus Vesterbro, og lavest på Sundhedshus Amager med 759 kr. per time. (Se profilerne i bilag.)
- Den løbende optimering af kapacitets- og ressourceanvendelsen begrænses af central processtyring og samtidig manglende viden om effekten af de aktuelle indsatser lokalt, ligesom fokuseringen på at overholde ventetidsgarantien reducerer incitamentet til udvikling, men også af tydeligt uklar og uensartet ledelsesopgave og fokus.
- Data kan tyde på, at de rammer, der er sat for træningsforløbene fra Genoptræning København overstiger behovet, idet et stort antal forløb afsluttes, før borger har gennemført det forventede antal træningstimer. Alternativt tyder data på, at borgerne afsluttes, før deres fulde potentiale er indfriet.

# OPSAMLLENDE KONKLUSIONER: HELHEDSORIENTERET INDSATS MED EFFEKT OG ENSARTET SERVICENIVEAU



Medmindre andet er angivet, er der tale om Implements konklusioner pba. af den samlede empiri og analyse

## GENERELT

- Tilbuddene er ikke tilstrækkelig individualiserede til, at (alle) borgere finder dem attraktive og nemme at takke ”ja” til.
- Der er mange afbud. Borgerworkshoppen peger bl.a. på, at indsatserne ikke er tilstrækkelige individualiserede og fleksible nok. Der opleves begrænset fleksibilitet med hensyn til planlægningen/tilrettelæggelsen af træninger, tilbud og samlet forløb.
- Der er en del udeblivelser, hvilket tyder på, at relevansen af fremmøde er uklar, irrelevant eller umulig for borgerne.
- Tilbuddene (på tværs af genoptræning og forebyggelse) hænger ikke fagligt eller tidsmæssigt sammen, så borger skal fremmøde på forskellige tidspunkter og har begrænset mulighed for at skifte mellem hold.
- Tilbud baseres på, ”hvad der er på hylderne” – ikke, hvad der er mest relevant og realistisk for borgerne at tage i mod og følge.
- Noget tyder på manglende kobling mellem henvisningsårsag, indsats og hverdagsliv (fx støtte op om borgernes selvtræning/opstart i foreninger).
- Meget begrænset opfølgning (og konsekvens heraf) på effekt/værdiskabelsen på både borger- og på organisatorisk niveau. Ingen sundhedshuse følger op på værdien/effekten, de har skabt for borgerne efter borgers forløb – dvs. at eventuelle gennemførte målinger ikke anvendes som grundlag for beslutning om afslutning, forlængelse eller justering af forløb – eller tilbudsvifte.
- Der følges således ikke op på den effekt, der skabes gennem træning og øvrige indsatser. Det er ikke tydeligt, hvad husene selv måler på eller bliver målt på – hvis noget – og der er ikke tydeligt understøttende incitament til lokalt at styre på eller at efterstræbe optimal potentialerealiserings hos borgerne.
- Når der ikke styres efter og følges op på effekten, og når borgerne i begrænset omfang motiveres til at tage imod træning, må det antages, at der ikke aktuelt leveres effekt i den størrelsesorden, der er forventet.

- Helhedsorienteringen begrænses især ved, at nogle fagprofessionelle er for specialiserede og derfor for smalle i deres virkeområde på trods af opgavernes mere generelle og ensartede karakter. Det skyldes både den fagprofessionelle kultur, de rekrutterede kompetencer og den strukturelle, lokale organisering og arbejdsdeling.
- For at opnå ensartede resultater, skal indsatserne tilpasses den enkelte borger, hvilket aktuelt begrænses af få muligheder for at tilpasse forløb med afsæt i brugerens forudsætninger.
- Der kan generelt konstateres en manglende udnyttelse af den styringsmæssigt brede ramme, som sundhedshusene i dag er underlagt, og der tilbydes derfor primært faste forløb – ofte baseret på historiske beslutninger og proceskrav. Det begrænser tilslutningen, øger frafaldet og dermed effekten af indsatserne.

## SPECIFIKT

### Forebyggende indsatser

- Terapeuterne påtager sig flere steder ikke et tilstrækkeligt helhedsorienteret blik på borgeren, hvilket vanskeliggør rekrutteringen til de forebyggende indsatser, og det er derfor vanskeligt at tilrettelægge et sammenhængende forløb til borgeren.
- Organiseringen på tværs af sundhedshusene – nogle med bydækkende specialer – og modtagelse af forebyggelsesindsatser i lokalområdet vanskeliggør nogle steder en sammenhængende indsats for borger.

# OPSAMLENDE KONKLUSIONER: HØJ FAGLIGHED OG UDVIKLING

Medmindre andet er angivet, er der tale om Implements konklusioner pba. af den samlede empiri og analyse



## GENERELT

- Sundhedshusene og træningscentrene arbejder i nogen grad udviklingsorienteret, og der er vilje især blandt faglige medarbejdere til at udvikle tilbuddene, men der opleves generelt begrænset rum til at gøre det – og også udfordringer i samarbejdet mellem husene om udvikling.
- Der fokuseres på udvikling relateret til den enkelte medarbejders praksis og tilrettelæggelsen af forløbene inden for "den forståede ramme af ofte ikke aktuelle retningsgivende dokumenter".
- Der er huse, der deltager i udviklingsprojekter med regionen, men det er vanskeligt at se, om resultaterne af disse projekter kommer kommunen til gode generelt set.
- Der efterspørges enkelte steder flere muligheder for at eksperimentere med indsatserne og tilrettelæggelsen.
- Der ses ret store forskelle i antal årsværk, der arbejder med faglig vejledning og i prioriteringen af de faglige vejlederes tid på tværs af husene.
- Anvendelsen af data og ledelsesinformation for sundhedshusene, til understøttelse af udvikling, kan styrkes og systematiseres.
- Udviklingsinitiativer er forskellige i husene og prioriteres forskelligt som følge af den lokale ledelse og volumen blandt borgere og medarbejdere på de pågældende områder
- Større udviklingstiltag er ikke mulige for de enkelte sundhedshuse at drive hver især. De er primært driftsorienterede, og der mangles data til at understøtte forbedringsarbejde og udvikling.
- Der er uklare og vidt forskellige rammer for udvikling i de forskellige nuværende enheder, og der er på trods af koordinerede tiltag endnu ikke kapitaliseret på den samlede udviklingskraft og kompetencepulje, som Københavns Kommune i dag har. Det skyldes formentlig, at enhederne hver især har et internt fokus, og der er ikke ledelsesopbakning til fælles udviklingsinitiativer

## SPECIFIKT

### Genoptræning

- De udviklingsressourcer, og den implementeringskraft, der er til stede i lokalområderne, synes ikke at komme i spil på de enkelte sundhedshuse, og der er et potentiale i at sikre, at udviklingen drives af medarbejdere, som leverer den borgerrettede indsats – ikke mindst for at sikre implementering efterfølgende.
- Der ses derfor et potentiale i at fokusere udviklingen af sundhedshusene i en tværgående, fælles ressourcepulje og langt mere fælles fagligt samarbejde uanset organisationsstruktur. Dvs. dedikerede medarbejdere med et entydigt ledelsesophæng, der kan understøtte og drive fælles udvikling og implementering med samtidigt medansvar for den samlede kapacitets- og produktionsstyring for øje. Det følger naturligt herefter også at have fælles/overordnet kapacitets- og produktionsstyring på tværs af de leverende enheder uanset fremtidigt antal.

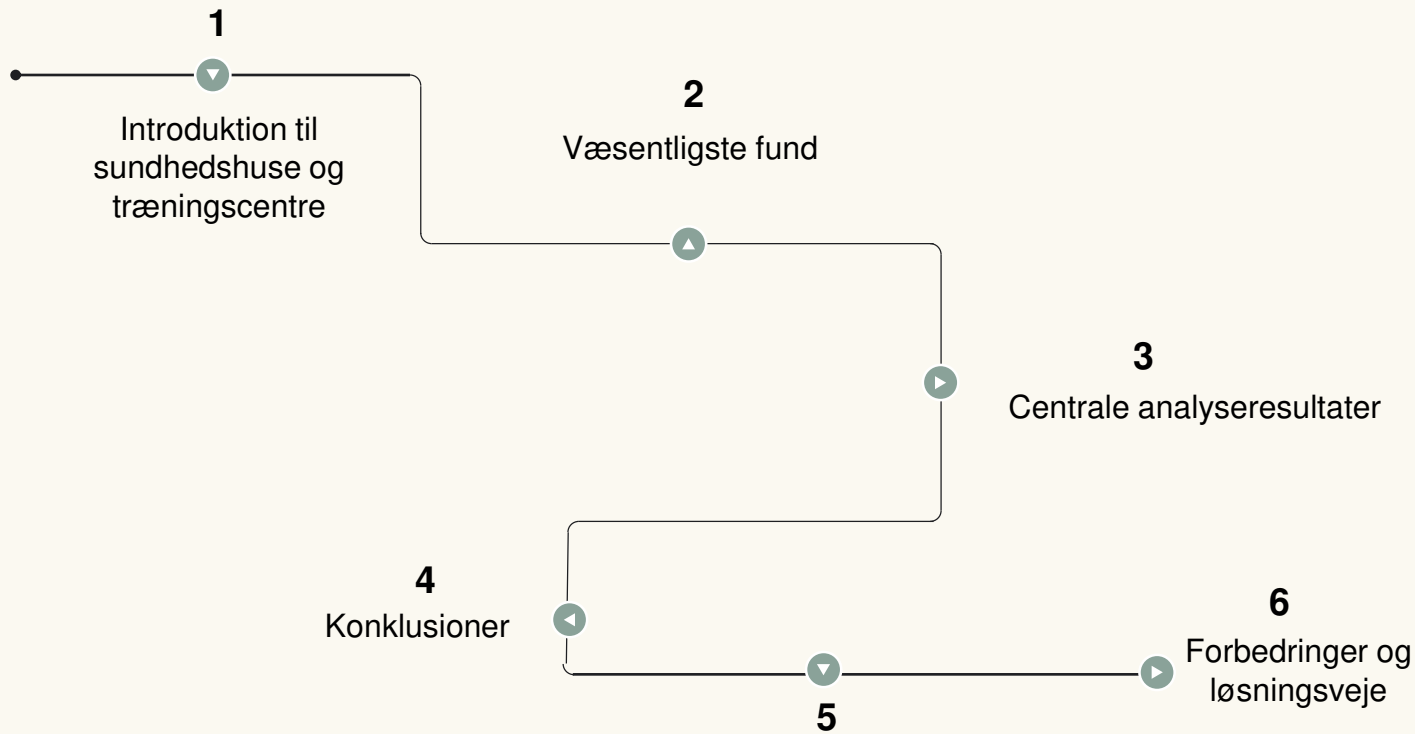
### Forebyggende indsatser

- Der er så relativt begrænset medarbejdervolumen, som leverer de forebyggende indsatser på de enkelte sundhedshuse, at den kritiske masse til opdatering og udvikling af indsatserne, og herunder opbygning og vedligehold af erfaring, er vanskelig.

### Patientrettet forebyggelse og forebyggende indsatser

- Der er blandt ledere og medarbejdere på sundhedshusene anført positive forventninger til potentialerne ved udnyttelse af KOL-vejlederne. Det er dog tvivlsomt, om de aktuelle udfordringer kan løses alene med bedre fagligt samarbejde, fordi det i dag forudsætter enighed mellem de aktuelle ledelser.
- Der er så relativt begrænset medarbejdervolumen, som leverer patientrettet forebyggelse på de enkelte sundhedshuse, at den kritiske masse til opdatering og udvikling af indsatserne, og herunder opbygning og vedligehold af erfaring, er vanskelig.

# UDVIKLINGS- POTENTIALER



## Udviklingspotentialer

På de følgende sider er der redegjort for de tydeligste udviklingspotentialer. Der redegøres først for de generelle udviklingspotentialer og dernæst for de potentialer, der knytter sig specifikt til de tre områder; genoptræning, forebyggende indsatser og patientrettet forebyggelse.



## ROBUSTHED

For at sikre robustheden er der helt overordnet et potentiale i udviklingen af en tydelig profil for sundhedshusene og for en tydeligere ledelsesmæssig retning både internt i husene og fra centralt hold. De politiske ambitioner og mål med sundhedshusene skal være tydeligere lokalt i husene og der skal være ledelsesmæssige kompetencer til stede, som har fokus på at oversætte fælles mål til lokale handlinger; hvad skal sundhedshusene levere, hvordan og hvorfor.

Bedre balance i behovet for "specialisering" inden for det enkelte fagområde – blandt andet ved at reducere "overspecialisering" i indsatser, hvor der ikke er entydig gevinst. Herunder kan der med fordel sondres mellem "ekspertbidrag" og "forløbsleverandør". Der ses i sammenhæng hermed potentiale i at anvende eksperter med særlig viden på smalle områder i en mere rådgivende og konsulterende samt eventuelt superviserende rolle i de få forløb, der kræver specialiseret viden ud over det, der fremgår af de retningsgivende dokumenter.

## KAPACITETS- OG RESSOURCEANVENDELSE

Et tydeligt forbedringspotentiale på tværs af husene ses i dag på produktionsstyringen. Det er i dag reelt ikke i fokus. Ledelsesinformation om produktionsniveauer er ikke tilgængelig, og der fornemmes en vis tilbageholdenhed ved at sætte produktionskrav og -mål for medarbejderne. Der er derfor behov for én fælles tilgang til opstilling af mål, styring, opfølgning og ledelse af produktion og drift.

Det bemærkes hertil, at der ikke er en modsætning mellem at have borger i centrum og levere individuelle forløb – og at have tydelige produktionsmål for den enkelte medarbejder.

Realistisk produktions- og kapacitetsstyring på det enkelte hus er første skridt, mens fælles kapacitetsudnyttelse og fælles styring heraf er det naturlige (og nødvendige) andet skridt. Det kan med fordel understøttes af incitamenter, der mere tydeligt understreger vigtigheden af samarbejde på tværs (af både enheder og fagligheder) og på effekt opnåelse hos borgerne (herunder således også motivering og rekruttering).

Der bør etableres fælles ansvar og ensrettet praksis for kapacitetsudnyttelse og produktionsstyring og herunder implementering af minimumskriterier for anvendelse af data som afsæt for ensartet styring og som incitament til at sikre korrekt registrering og anvendelse af CURA (og reduktion af dobbeltsystemer). Derved skabes der desuden troværdighed om det fælles datagrundlag.

Det er umiddelbart vanskeligt fra et styringsmæssigt perspektiv at forstå, hvorfor der er separate processer for de forskellige typer af indsatser (genoptræning, forebyggende indsatser og patientrettet forebyggelse m.fl.) Der ses derfor et potentiale i – med fokus på borgeren – at ensrette planlægning, styring, opfølgning og levering af indsatser – uanset "paragraf" inden for rammerne af

den aktuelle organisering.

Væsentligt er et kontinuerligt ledelsesmæssigt fokus på, at ledelsesopgaven vedrørende forebyggelse og genoptræning også omfatter at tage ansvar for den samlede opgaveløsning, kapacitetsudnyttelse og optimering af ressourcenyttelsen på tværs af enheder og indsatstyper.

Af hensyn til entydigheden for samarbejdspartnerne og for at reducere mængden af fejlhenvisninger kan det overvejes, om Genoptræning København kunne være den entydige indgang for samtlige henvisninger og kontakter. Hvorvidt Genoptræning København skal varetage egentlige visitations- eller myndighedsfunktioner relateret til de enkelte område, bør bero på en nærmere vurdering af Genoptræning Københavns mulighed for at tilføre værdi til sagsbehandlingen uden borgerkontakt.

## HELHEDSORIENTERET INDSATS MED EFFEKT OG ENSARTET SERVICENIVEAU

Der ses store potentialer i at øge tilslutningen af borgere gennem mere fleksible standarder og krav til indholdet i den 1. træning og tilrettelæggelse af mere fleksible og differentierede forløb til gavn for borgerne. Der bør opdyrkes en reel (ligeværdig) og flerfaglig kultur, hvor opgavevaretagelsen tager afsæt i borgerens samlede situation og potentialer som definerende kriterie.

Tydelighed om, at ledelsesopgaven (aktuelt) favner både forebyggelse og genoptræning og et ledelsesmæssigt fokus på faglig ledelse, der afspejler den ønskede effekt hos borgerne.

Der bør etableres en systematik i brug af data til udvikling og en ny/suppleret systematik til, hvordan der arbejdes med effektskabelse og på opfølgning heraf. Det synes oplagt at udvikle et evt. flerfagligt relevant simpelt "Patientrapporterede oplysninger/Borgerrapporterede oplysninger (PRO/BRO"-værktøj til formålet. Det forestående arbejde med brugerinvolvering kan være en relevant ramme for udviklingen heraf med afsæt i resultaterne fra fx nærværende analyse samt øvrige resultater indhentet i de såkaldte "paretoanalyser".

## HØJ FAGLIGHED OG UDVIKLING

Der fremføres ofte modstand mod udvikling og afprøvning af justerede indsatser med en argumentation om, at det ikke er det optimale eller "rigtige" – dette på trods af, at der ikke foreligger viden om virkningen af andre indsatstyper. På samme vis er der en tendens til afvisning af alternative indsatstyper, selv om den kendte løsning ikke er attraktiv for en stor andel af borgerne. Samlet ses der derfor et ledelsesmæssigt og kulturelt udviklingsperspektiv i at sikre, at "det bedste ikke må blive det godes værste fjende" i sammensætningen af forløb og i udviklingsarbejdet generelt set.



## KAPACITETS- OG RESSOURCEANVENDELSE

Der ses betydelige muligheder i at bringe de nødvendige specialister i spil som eksperter undervejs i forløb, mens de fleste forløb bør leveres af medarbejdere med en kompetenceprofil som "sundhedsmedarbejdere" og som gennemgående, engagerende, motiverende og fastholdende samt fleksible nøglepersoner i borgernes forløb.

## HØJ FAGLIGHED OG UDVIKLING

Implementerings- og udviklingsressourcerne på sundhedshusenes faglige områder er spredte og ukoordinerede, så alle husene bruger tid herpå, ligesom kompetenceniveauet (fagligheden) fsva. implementering og udvikling alt andet lige lider under at være spredt i dag.

Selv om der i en periode, hvor der mangler viden om, hvad der virker bedre end andet, kan være god gevinst af at have parallelle udviklinger i gang, er det omkostningstungt og ineffektivt i en så driftsorienteret organisation som Københavns Kommunes sundhedshuse er i dag, at hver enhed selv omsætter/opfinder/designer styringspraksis, tilgange til borgerinvolvering, faglige indsatser – samt har en individuel tilgang til implementering, opfølgning og ledelse. Ikke mindst af hensyn til at sikre mere ensartede tilbud til borgerne i hele kommunen.

Uanset antallet af sundhedshuse/træningscentre fremadrettet kan det konstateres, at der er et potentiale i at sikre tættere og mere forpligtende samarbejde mellem enhederne – både med hensyn til at løfte opgaven i fællesskab og at udnytte den samlede kapacitet – og i relation til videndeling og etablering af grundlag for fælles, ensartet implementering og udvikling.

## HELHEDSORIENTERET INDSATS MED EFFEKT

Den aktuelle organisering i lokalområder synes umiddelbart at kunne understøtte helhedsorienterede tilbud til borgerne på tværs af genoptræning, forebyggelse, pleje- og omsorg. Der synes dog at være et betydeligt uudnyttet potentiale for sømløse indsatser og tilbud mellem sundhedshuse og hjemmepleje, således at rekruttering, motivation, hjemmetræning, opfølgning og fastholdelse understøttes langt bedre og omkostningseffektivt i forhold til i dag.

Der kan konstateres et generelt – men også specifikt for sundhedslovstræning – potentiale i at skabe langt mere fleksibilitet og mulighed for individuel differentiering i forløbene med henblik på at gøre genoptræningen attraktiv og relevant for den enkelte borger. Det kræver ændrede planlægningsrutiner, justeret form for kapacitetsstyring og opbygning af en bredere tilbudsvifte, hvor der er fokus på, at borgerne deltager mest muligt – på det niveau, der er muligt (som relevante alternativer til "ingen træning").

Der er et væsentligt udviklingspotentiale i at accelerere og systematisere (samt implementere) effektopfølgning på individuelt borgerniveau. Det er en forudsætning for at skabe fælles retning og endnu bedre grundlag for løbende forbedringer – og fælles faglig retning på tværs af husene.

## HELHEDSORIENTERET INDSATS MED EFFEKT

Der er tydeligt behov for at styrke integrationen af de forebyggende indsatser og genoptræningsindsatserne, hvis den aktuelle organisering skal understøtte, at en højere andel af borgerne takker "ja" til forebyggelsesindsatserne. Der er i dag store forskelle på, hvordan husene er lykkedes med at integrere de forebyggende indsatser og genoptræningen. Herunder er det ledelsesmæssige fokus forskelligt og det er ikke alle steder lykkedes at skabe "ligeværdighed" i målsætningerne bag de to fokusområder.

For at opnå en mere helhedsorienteret indsats skal der skabes et tydeligere fokus på medarbejdernes rolle og ansvar som sundhedsmedarbejdere og ikke udelukkende som træningsterapeuter, hvis forebyggelsesindsatserne skal mere i spil i den nuværende organisering.

Ligesom på genoptræningsområdet er der behov for en øget fleksibilitet og individuel differentiering i forløbenes sammensætning. Der er herunder meget begrænset sammenhæng mellem genoptræningsindsatserne og de forebyggende indsatser, hvilket medfører fragmenterede og usammenhængende forløb for borgeren. En mere borgervenlig pakkettering af indsatserne vil givetvis kunne afhjælpe en del af de udfordringer, der peges på vedrørende betalt/ubetalt transport. Det samtidig med, at borgernes tid respekteres langt mere end i dag.

Fokuseringen og behovet for overholdelse af ventetidsgarantien kan kompromittere mulighederne for at prioritere motivationen af borgerne til at tage i mod de forebyggende indsatser, når der lokalt er en forståelse af, at der alene skal motiveres til forebyggelsestilbud i forbindelse med 1. samtale – og ikke løbende undervejs i genoptræningsforløbet.

Der er behov for fortsat at styrke sundhedshusenes identitet og faglighed fsva. de forebyggende indsatser, hvis det også fremadrettet ønskes, at sundhedshusene skal have en bred sundhedsprofil og spille en generel sundhedsfremmende rolle. Der kan givetvis arbejdes hen i mod en form for teamdannelse på tværs af genoptræning og forebyggelse, som i højere grad end i dag kan bære det fælles faglige perspektiv ind i den borgerrettede kontakt.

Det flerfaglige ansvar synes i dag at være relativt vanskeligt at håndtere, og hvis der ændres på sundhedshusenes brede sundhedsprofil, da kan der være grund til at overveje alternative organiseringer og ledelsesstrukturer, der understøtter en højere grad af enten monofagligt eller fælles ledelsesfokus – både på tværs af enheder og på tværs af faglige fokusområder.

## ROBUSTHED, HØJ FAGLIGHED OG UDVIKLING

De forebyggende indsatser er i dag forankret i relativt små enheder/på få personer i hvert sundhedshus og der er begrænset rekruttering af borgere til de forebyggende indsatser. Det udfordrer robusthed, faglig fællesskab og udviklingskraft. Der er behov for at sikre tilstrækkelig med volumen i antallet af borgere og forløb for at kunne opretholde og fortsat udvikle høj kvalitet i indsatserne.

## HØJ FAGLIGHED OG UDVIKLING

Den lave volumen udfordrer driften og den faglige udvikling af indsatserne. Der er behov for at sikre tilstrækkelig med volumen i antallet af borgere og forløb for at kunne opretholde og fortsat udvikle høj kvalitet i indsatserne.

Der ses et stort potentiale i at styrke kommunens koordinerede, relationelle arbejde med afdelingsledelser på hospitaler, almen praksis, lokalområder og civilsamfund/foreninger. Det bør kunne øge volumen af henviste borgere, leverede indsatser og tilslutning til borgernes hverdagsliv samt samarbejdsprojekter mellem aktørerne. Der synes særligt i forhold til almen praksis og hospitalerne at være et rationale i at varetage opgaven i fællesskab eller som minimum mere koordineret.

Det bør også overvejes, om henvisning fra sygehus eller egen læge fortsat skal være en forudsætning for at tilbyde (motiverede) borgere forløb om patientrettet forebyggelse. Dvs. at der formentlig med fordel kunne gives lettere adgang til borgere med hjertesygdom og KOL til kommunens tilbud.

Fragmenteringen af tilbuddene på de enkelte sundhedshuse bevirker, at der er begrænset borgergrundlag for udvikling af indsatserne og for udvikling af praksis på baggrund af data (samt formentlig også for vedligeholdelse af kompetencer).

Der er desuden en betydelig sårbarhed knyttet til en lille kritisk masse af medarbejdere, der har fokus på og er kompetente til at varetage patientrettet forebyggelse relateret til hjertesygdomme og KOL, som bør være i fokus fremadrettet.

Der ses således også et behov for opbygning af større faglig kapacitet, som forbindes med en stabsfunktion, der kan bistå med it- og metodekompetencer på det faglige område. Aktuelt kan eksisterende støtteressourcer/kompetencer i lokalområderne ikke rigtig udnyttes, både fordi antallet af sundhedsfaglige medarbejdere er for få på området i det enkelte hus til at drive udvikling og efterspørge bistand og fordi områderne fagligt vanskeligt kan understøttes i det enkelte lokalområde.

Det er et vanskeligt kommunikerbart budskab, at diabetespatienter har en særlig prioritering via samling i et særligt Center for Diabetes, mens det samme rationale ikke gælder for de øvrige store grupper af borgere med kroniske sygdomme. Der kan endog ses en række faglige grunde til at konsolidere disse indsatser.

Der ses et udviklingspotentiale i at etablere et robust datagrundlag som grundlag for udvikling af (fælles) effektiv drift og faglig udvikling.

Der kan med fordel arbejdes differentieret med de mest svækkede borgere, således at der fx i samarbejde med hjemmeplejen kan leveres mere borgerrelevante og overkommelige tilbud til denne gruppe (dette gælder i høj grad for de fleste borgere med KOL).

Et særligt og nært samarbejde med hjemmesygeplejen og hjemmeplejen kan være et væsentligt element i at levere en integreret indsats, der kompenserer for aktuelle sociale ulighed i borgernes adgang til/mulighed for at tage i mod tilbuddene. Der kan ses både fordele og ulemper i den forbindelse i en lokalområde forankret organisering.

## KAPACITETS- OG RESSOURCEANVENDELSE

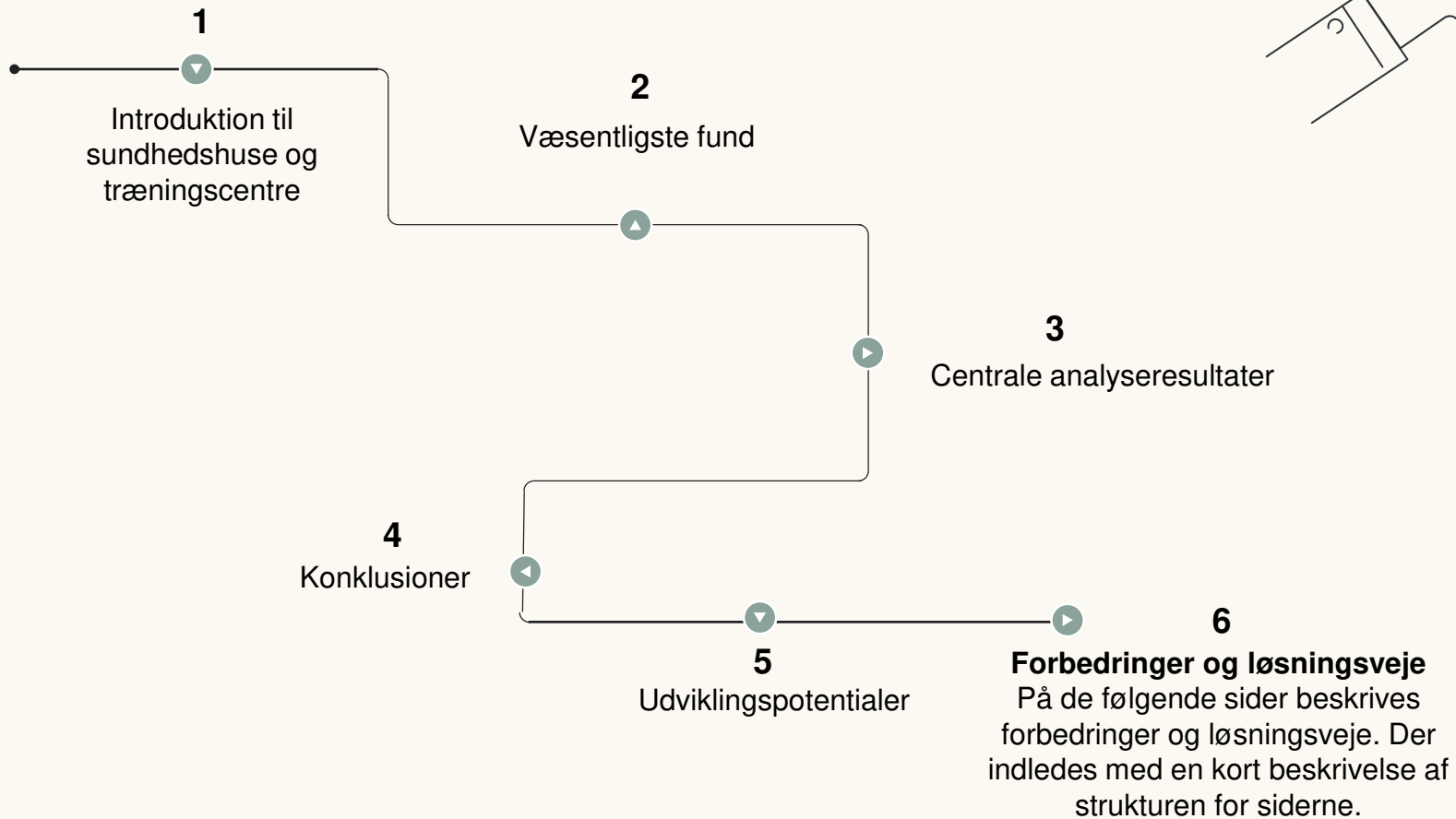
En opsamling fra september 2017 over henvisningsudfordringer viste visse vanskeligheder for nogle af samarbejdspartnerne med at sende henvisninger på rette vis, med rette kvalitet og til rette sted. Fsva. patientrettet forebyggelse har sundhedshusene under interviewrunden dog ikke angivet aktuelt at opleve særlige udfordringer hermed.

I en opgørelse fra Sundhedshus Vesterbro for perioden november til medio december 2018 ses det dog, at samarbejdspartnerne særligt synes at have vanskeligheder med at henvise korrekt, særligt når det gælder diabetes og KOL.

Tages antallet af kommunens forskellige indgange og regler for henvisninger i betragtning, er andelen af fejlhenvisninger (baseret på opgørelse fra Sundhedshus Vesterbro) lavt, når det gælder genopræning efter sundhedsloven, mens det er væsentligt højere for de fleste andre typer. Det er derfor nærliggende at overveje, om det er en fordel også for patientrettet forebyggelse at have én indgang til kommunen for henvisningerne.

# FORBEDRINGER OG LØSNINGSVEJE

# RAPPORTENS OPBYGNING



# STRUKTUR OG INDHOLD

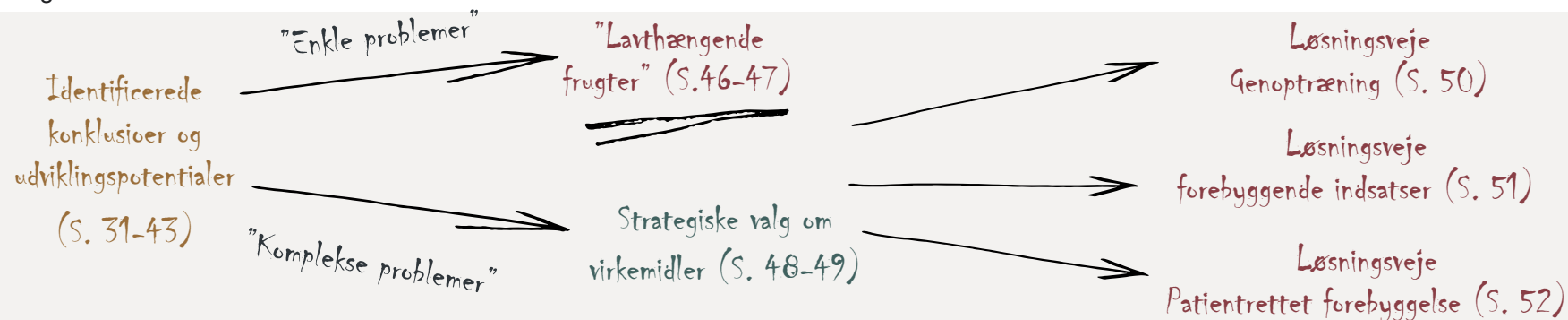
På de følgende sider foldes en række umiddelbare enkeltstående forbedringsforslag samt mere samlede løsningsveje for henholdsvis genoptræning, forebyggende indsatser og patientrettet forebyggelse ud.

Forbedringerne og løsningsvejene tager direkte afsæt i de udfordringer, der er identificeret i analysen i relation til de anførte formål med analysen (se boks til højre).

I beskrivelserne af løsningsvejene og Implements forslag til en samlet løsning for de tre områder ligger en implicit forståelse af, at der ikke er én enkelt "knap", der kan skrues på, så alle udfordringer løses og alle potentialer indfries. Derimod er der behov for – med forskellig kraft – at sætte forskellige virkemidler i spil på de tre områder, ligesom den samlede fremtidige løsning skal balancere de forskellige virkemidler – også så det passer ind i kommunens samlede organisation, tradition samt politiske virkelighed.

Med afsæt i analysens konklusioner og de identificerede behov og potentialer beskrives på side 47-48 de lavthængende frugter som er identificeret og som Implement vurderer umiddelbart kan implementeres. Dernæst opstilles på side 49-50 en række strategiske valg om virkemidler som danner afsæt for løsningsvejene på side 51-53. Afslutningsvist på side 55 beskrives Implements samlede løsningsforslag.

I figuren nedenfor er opbygningen og sammenhængen i de følgende sider illustreret.

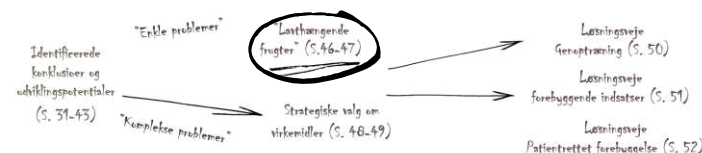


Analysen af sundhedshuse og træningscentre blev igangsat, fordi:

1. Sundhedshuse og træningscentre skal have **mere robusthed** til overholdelse af ventetidsgarantien til genoptræning efter sundhedslovens § 140
2. Herunder skal den samlede **kapacitets- og ressourceanvendelse på tværs af byen optimeres**
3. Organiseringen skal understøtte, at **borgerne modtager en helhedsorienteret indsats**, eller at der findes alternative veje til at **øge effekten af forebyggelsesindsatsen**
4. Der skal sikres et **ensartet serviceniveau** på tværs af sundhedshuse og træningscentre i genoptræningsindsatserne og forebyggelsesindsatserne
5. Der skal sikres volumen til at understøtte og opretholde en **høj faglighed** i den patientrettede forebyggelse til borgere med hjertesygdom og KOL

# LAVTHÆNGENDE FRUGTER - UMIDDELBARE FORBEDRINGER (1/2)

Det er Implements vurdering, at følgende forbedringer med fordel umiddelbart kan påbegyndes implementeret og herigennem udvikles videre med henblik på realisering af potentialerne inden for en tidsperiode på mellem tre og 12 måneder uafhængigt af fremtidig organisatorisk og ledelsesmæssigt setup.



## KAPACITETS- OG RESSOURCEANVENDELSE

Ensrettet praksis og udvikling af fælles styringspraksis med ensartede styringsværktøjer på tværs af enhederne.

Fælles praksis og fælles systemunderstøttelse som forudsætning for samlet kapacitetsudnyttelse, herunder prioriteringsrækkefølger, algoritmer for planlægning (fx kendte andele af udeblivelser og afbud for forskellige typer af indsatser, som naturligvis løbende skal vedligeholdes og opdateres i takt med, at indsatserne udvikles og justeres.)

Simple, men forpligtende processer for samarbejdet på tværs af enheder om (udvikling af og) brugen af styringsredskaber, fortrinsvis med afsæt i de muligheder (og begrænsninger), der ligger i CURA. Herunder tydelighed i anvendelsen af viden om sæson- og tidsmæssige udsving som planlægningsgrundlag.

Fælles tilgang til opstilling af mål, opfølgning og ledelse af produktion og drift, herunder specifikt for ensartede forventninger til produktivitetsniveauer hos den enkelte medarbejderkategori og funktion.

Introduktion af økonomiske styringsincitamenter for genoptræningsområdet til at tage fælles ansvar for den samlede kapacitetsudnyttelse samt til at fremme implementeringen af de strategiske og politiske beslutninger. Dette som supplement til den generelle rammestyring.

Bedre udnyttelse af kapaciteten på hold og sikring af attraktive holdtilbud til borgerne.

Ekspertorganisering som primært princip fremfor specialistforløb: reducere overspecialisering i indsatserne til borgerne og i højere grad anvende eksperter med særlig viden på smalle områder i en mere rådgivende og konsulterende og eventuelt superviserende rolle.

Udpegning af de typer af forløb, der på baggrund af dokumenteret betydning for effekten kræver, at en specialist gennemfører alle indsatser

Forsimpling af den budgetmodel, der ligger til grund for den generelle økonomiske rammestyring. Herunder reduktion af det slør, der følger af "et gynger og karruseller" princip, hvor de enkelte poster ikke nødvendigvis tager afsæt i en specifik forventning til udgiftsniveauet. Derved fremadrettet et potentiale for at opnå et bedre billede af, hvad det "koster at drive et sundhedshus".

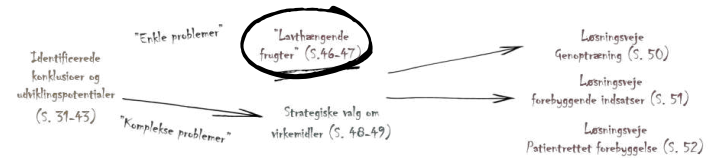
Supplering med indsatsorienteret "implementeringspulje" med tilknyttet aktivitetsfinansiering, der sikrer, at de politiske og strategiske prioriteringer realiseres i praksis, og som løbende integreres i den samlede budgetramme, når det er dokumenteret, at implementeringen er gennemført. Herunder at kapaciteten er opbygget, at aktivitet og produktion samt borgerrekruttering er på plads, samt at der er etableret en stabil driftssituation.

Forenklingen af Københavns Kommunes modtagelsesstruktur for henvisninger, genoptræningsplaner mv. fra samarbejdspartnerne bør ske – selv om omfanget af udfordringer hermed ikke opleves som betydeligt. Omvendt vil organisatoriske ændringer formentlig i en periode udvide antallet af misforståelser og fejlfremsendelser. Eftersom Genoptræning København allerede i dag formidler genoptræningsplaner videre inden for én dag – og dette på dét område, der er ventetidsgaranti på, bør det være uproblematisk at udvide med områder, hvor volumen er betydeligt mindre i antal.

Vigtigst er dog at sikre, at der ikke angives timetal eller "visitationsovervejelser" ud over type, idet der ønskes fagligt baseret styring af omfanget af indsatser baseret på borgernes individuelle behov inden for en økonomisk angivet ramme, som ikke udnyttes i dag.

Udvikling af mere it-understøttet håndtering med henblik på at anvende terapeutressourcerne på borgernære indsatser frem for på viderefremstilling.

# LAVTHÆNGENDE FRUGTER - UMIDDELBARE FORBEDRINGER (2/2)



## HELHEDSORIENTERET INDSATS MED EFFEKT OG ENSARTET SERVICENIVEAU

Systematisk og ensartet anvendelse af tilgængelig ledelsesinformation, herunder brugen af effektdata til udvikling af indsatser til borgerne og som grundlag for løbende forbedringer og fælles faglig retning på tværs af huse.

Forudsætningen for dette er en styrket indsats for at sikre korrekt registrering og anvendelse af CURA. Herunder kan der med fordel prioriteres udviklingsressourcer til justering og tilpasning af CURA på genoptrænings- og forebyggelsesområderne.

Mere fleksibel tilrettelæggelse af borgerens forløb, herunder fleksibel og løbende motivation af borgere med forebyggelsesbehov til de forebyggende indsatser, så dette ikke kun sker ved 1. træning.

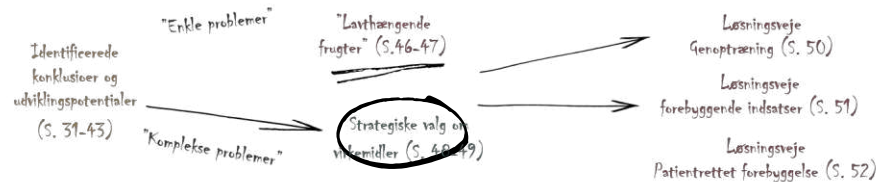
Sikre mulighed for i højere grad at indsatserne tilrettelægges på baggrund af borgers præmisser og muligheder for deltagelse ved at tilbyde større fleksibilitet – og alternativer til fx deltagelse på hold.

Udarbejdelse af "katalog" over forskellige genoptræningstyper og leverancemåder som grundlag for tilrettelæggelse af individualiserede genoptræningsforløb, så endnu flere borgere med forskellige forudsætninger og behov kan indfri deres potentialer med kommunens hjælp. Eksempelvis kan det tydeliggøres, at der allerede i dag er alternativer som holdtræning, individuel træning, DUG, forløb uden for sundhedshuset, hjemmetræning, videounderstøttet træning mv.

Åben adgang til patientrettet forebyggelse uden henvisning fra egen læge for at øge volumen og sikre at endnu flere borgere får gavn af indsatserne – også til gavn for kommunens økonomi. Dette reducerer samtidig en eventuel – ikke dataunderbygget – udfordring – med uklarheder om visitations- og henvisningsveje til patientrettet forebyggelse.



# CENTRALE OG STRATEGISKE VALG (1/2)



Nedenstående yderpunkter er ikke løsningsforslag, men skal ses som yderpunkter i anvendelsen af forskellige virkemidler. Der knytter sig derfor egentlige valg, som alt efter typen kan kræve politiske valg, strategiske valg og valg relateret til andre dele af forvaltningens område, herunder fx den igangværende implementering af strategien for midlertidige døgnophold og udbygningen af kommunens akutfunktion – samt ambitioner om at skabe endnu mere synergi på tværs af de forskellige enheder og opgaveområder.

Rækken af "valg" illustrerer også, at der ikke er én enkelt "knap", der kan skrues på, så alle udfordringer løses og alle potentialer indfries. Derimod er der behov for – med forskellig kraft – at sætte forskellige virkemidler i spil på de tre områder, ligesom den samlede fremtidige løsning skal balancere de forskellige virkemidler – også så det passer ind i kommunens samlede organisation, tradition samt politiske virkelighed.

## DECENTRALISERING OG MINDRE SELVSTYRENDE ENHEDER

- Kort geografisk afstand til borgerne
- Organisatorisk underlag for sammenhæng og helhedsorientering i indsatserne med hjemmepleje og hjemmesygepleje
- Udfordring at volumen allerede i dag er begrænset i de enkelte enheder i en relativt decentraliseret struktur.
- Overskuelig kapacitet som grundlag for faglig autonomi og selvstyret kapacitetsudnyttelse
- Nærhed i ledelse
- Potentielt lav grad af bureaukrati og få behov for administrative ressourcer
- Udfordring, at synergien i lokalområderne ikke generelt set ser ud til at være realiseret
- Risici relateret till små faglige miljøer, robusthed og kritisk masse til faglig udvikling



## CENTRALISERING OG STØRRE ENHEDER

- Højere volumen og organisatorisk grundlag for stærkere faglige miljøer
- Organisatorisk grundlag for sikring af mere ensartede serviceniveauer og en større bredde i tilbudstyper og leveranceformer
- Alle muligheder/tilbud inden for få/samme fysiske ramme og dermed organisatorisk grundlag for sammenhængende forløb på tværs af forebyggelse og genoptræning
- Samling af ressourcerne til udvikling og kvalitetsforbedring i et fagligt fokuseret miljø
- Begrænset konsekvens af uforudsete udsving i efterspørgsel
- Potentielt udfordring, at der bliver tale om en relativt stor antal ledere og medarbejdere inden for samme ramme, hvilket typisk medfølges af en tendens til øget bureaukratisering, hierarki og ikke-effektskabende overstyring
- Udfordring, at særligt de geriatriske borgere gennemsnitligt risikere at få længere transporttid til de tilbud, der foregår centralt - medmindre, der sikres nærhed i leverancemodellen

## ØGET SAMARBEJDE PÅ TVÆRS AF ENHEDER

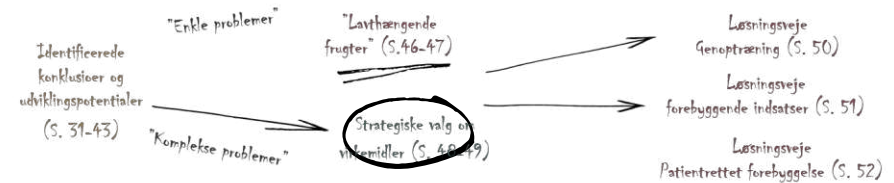
- Lokal faglig forankring men med stort fagligt fællesskab som grundlag for fælles faglig udvikling og for fælles anvendelse af samlet kapacitet
- Potentiale for gensidig inspiration og afprøvning i mindre skala inden udbredelse
- Udfordring med aktuelt niveau for forpligtende samarbejde på tværs af husene og "bureaukratisering" af samarbejdet
- Forudsætter systemudvikling og implementering på alle lokationer samt udvikling og implementering af fælles kapacitetsstyringsprincipper og ledelseskultur
- Konstateret udfordring med spredning og implementering på de aktuelle decentrale enheder



## LEDELSESMÆSSIG SAMLING AF FAGLIGHED OG ANSVAR FOR KAPACITET

- Organisatorisk og ledelsesmæssig understøttelse af fagligt fællesskab
- Større volumen i aktivitet og af medarbejdere med fælles faglighed
- Potentiale for effektivitet i kapacitetsstyring og kort vej til handling i forhold til kapacitetsudnyttelse
- Forudsætter systemudvikling/-implementering – og udvikling af kapacitetsstyringsprincipper
- Potentielt udfordring, at der bliver tale om en relativt stor antal ledere og medarbejdere inden for samme ramme, hvilket typisk medfølges af en tendens til øget bureaukratisering, hierarki og ikke-effektskabende overstyring

# CENTRALTE OG STRATEGISKE VALG (2/2)



## BORGERNÆR VISITATION OG TILRETTELÆGGELSE AF FORLØB

- Potentiale for effektiv og borgernær prioritering af ressourceanvendelsen
- Lav grad af bureaukratisering og begrænsede administrative opgaver knyttet til styring og opfølgning
- Forudsætter stærk og ensartet implementeringsmekanisme til sikring af ensartede service- og kvalitetsniveauer
- Forudsætter sammenhæng mellem rammer, styringsmodel og den ønskede faglige indsats
- Potentiell udfordring med ensartede serviceniveauer og forskelle i oplevet tilgang
- Potentiell udfordring med større usikkerhed om budgetoverholdelse/-anvendelse



## CENTRAL VISITATION OG CENTRAL STYRING VIA FÆLLES STANDARDER

- Ensartet serviceniveau – i omfang og intensitet – og i yderste konsekvens også i indsats sammensætning, metoder og leveranceform
- Potentielt én indgang til kommunen
- Flere "administrative ressourcer" på afstand af borgerne
- Potentielt kortere vej fra ny viden til ny praksis
- Udfordring med en begrænset borgernær tilrettelæggelse og dermed risiko for reduceret individualisering af den visiterede indsats
- Potentiell udfordring med oplevet reduceret autonomi og faglighed hos medarbejderne med borgerkontakt

## REIMPLEMENTERING OG MINDRE JUSTERING AF INDSATSER

- Klarhed om forventninger og målsætninger
- Aktuelt udviklingsforløb potentielt naturlig løftestang for både "afimplementering" og re-implementering
- Usikkerhed om realiseringspotentialer – med tanke på aktuell situation og status



## REDESIGN AF INDSATSER

- Borgerrelevante og attraktive tilbud og forløb for flest mulige borgere – med potentiale til at sikre motivation og fastholdelse af borgere med behov for indsatserne
- Uklar udviklings- og realiseringshorisont samt uklare præmisser herfor
- Usikkerhed om ledere og medarbejderes kapabiliteter og kompetencer til at levere effektivt på en bredere palette af indsatser og leveranceformer

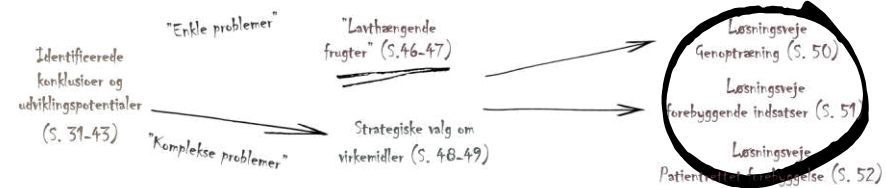
## PROBLEMFOKUSERET OPGADELØSNING

- Fokus på den enkelte faglige indsats med mulighed for entydig effektfokus
- Grundlag for enkel og detaljeret kapacitets- og produktionsstyring
- Enkel prioritering mellem hensyn i tilrettelæggelse af forløb og indsatser – begrænset administrativ opgave
- Mindre kompliceret ledelsesopgaven med færre faggrupper under samme tag



## HELHEDSORIENTERET OPGADELØSNING

- Borgerens samlede behov og situation som grundlag for en helhedsorienteret indsats
- Flerfagligt samarbejde som grundlag for højere effekt
- Relativt kompliceret planlægningsopgave og behov for tid til samarbejde og koordinering
- Mere krævende ledelsesopgave at sikre velfungerende tvær-/flerfagligt samarbejde



## Organisatoriske muligheder

## Overvejelser

**Fastholde nuværende antal enheder og deres geografiske placeringer, men under én samlet ledelse\***

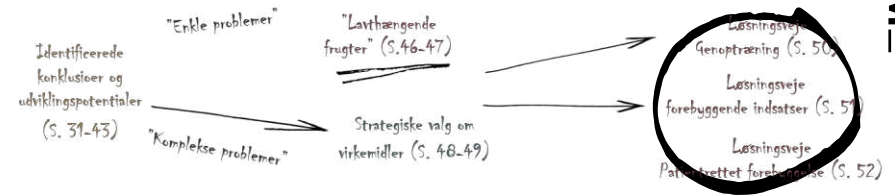
- At ændre på organiseringen gennem en mere enkelt placering af ledelsesforankringen (fx centralt, hos én lokalområdechef eller én samlet sundhedshuschef) vil medføre et samlet ansvar for et større volumen og dermed en kritisk ressourcemasse, hvilket med den rette styring kan bidrage betydeligt til at sikre mere robust produktivitet og dermed overholdelse af ventetidsgarantien til genoptræning efter sundhedsloven. Der er samtidig mulighed for med et større samlet ansvar for den samlede "produktion" at etablere og effektivt levere en bredere tilbudsvifte på genoptræningsområdet og understøtte samarbejdet i og udviklingen af stærkere, fælles faglige miljøer.
- En bevarelse af en kendt organisationsstruktur til dels knyttet op på lokalområderne, kan potentielt – men ikke tydeligt realiseret i dag på tværs af alle husene – understøtte en sammenhængende borgerindsats omfattende genoptræning, hjemmepleje, tidlig indsats mv.
- En sådan løsningsvej vil fastholde den lokale geografiske forankring af husene med nærhed til borgerne samtidig med potentiel sikring af mere ensartede tilbud under én ledelse.

**Færre enheder\***

- Reduceret antal enheder og etableringen af større driftsenheder med faciliteter, der understøtter attraktive forløb og tilbud til borgerne og som potentielt har mulighed for en mere effektiv kapacitetsudnyttelse. Den samlede kapacitet skal beregnes med afsæt i omlægning af dele af aktiviteten med forbedret kapacitets- og produktionsstyring, herunder optimeret anvendelse af færre hold samlet set.
- En ændring af organiseringen og etableringen af færre enheder giver naturligvis anledning til at overveje, om en tilpasning, som indebærer en betydelig ændring af eller opgør med den eksisterende struktur, vil kunne implementeres effektivt og uden betydelige implementeringsomkostninger og usikkerhed om "robustheden" i en omstillingsperiode. Sidstnævnte kunne tilsige, at omstillingen gennemføres meget hurtigt og snarligt, inden der er fastlagt private takster for alle områderne.
- En ændring af organiseringen vil medføre et opgør med forankringen i lokalområderne med risiko for ringere forudsætningerne for realiseringen af potentialet for at skabe mere sammenhængende forløb for borgerne gennem samarbejde mellem genoptræning, de forebyggende indsatser og hjemmeplejen. Dette medmindre, der samtidig installeres andre virkemidler og forpligtende samarbejdsformer.

\*Det understreges, at der aktuelt på Sundhedshus Nørrebro udføres en betydelig aktivitetsmængde af "lægehenviste Rygforløb". Det er væsentligt at sikre i en fremadrettet løsning, at der tages højde for denne aktivitet og herunder ses på behov, forbedringspotentialer og synergier i udførelsen af indsatsen og i udnyttelsen af den samlede kapacitet.

# LØSNINGSVEJE FOREBYGGENDE INDSATSER



## Organisatoriske muligheder

**Fastholdelse af den nuværende organisering og øge integrationen af de forebyggende indsatser i genoptræningen**

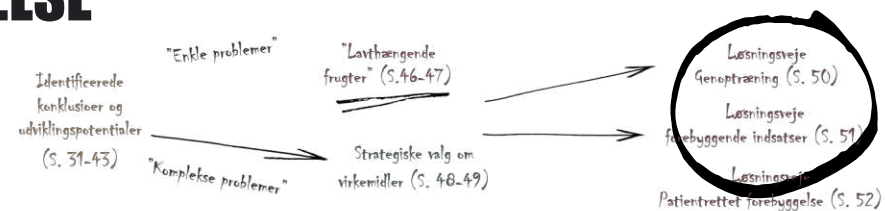
## Overvejelser

- For at sikre en sammenhængende indsats for borgerne og en bredere profil for medarbejderne som 'sundhedsmedarbejdere' kan der udvikles et tilbudskatalog med forskellige, ligeværdige genoptræningstilbud, hvor de forebyggende indsatser er integreret i genoptræningsforløbet til de borgere, som har behov herfor. Det bør i så fald fastholdes og revitaliseres, at den motiverende samtale er grundlæggende for alle de medarbejdere, der arbejder direkte med borgerne, således at motivationen til en sundere livsstil og til fastholdelse i og motivation til genoptræning er gennemgående i tilrettelæggelse af forløb og for den løbende justering heraf.
- Det kan overvejes om særligt diætistindsatsen bør være en helt integreret del af genoptræningsforløbet, da denne indsats efterspørges af flest borgere sammenlignet med de øvrige forebyggende indsatser og pga. potentialerne mellem genoptræning og diætistforløb. Herunder bør det afklares, om alkoholbehandlingen kan foregå i SOFs åbne og anonyme tilbud med henblik på at udnytte et mere samlet volumen og en samling af ekspertisen – samt bedre kommunal omkostningseffektivitet i øvrigt.
- En forudsætning herfor er, at forebyggelse og genoptræning er ligeværdigt prioriteret ledelsesmæssigt og kulturmæssigt. Det er formentlig også en forudsætning, at der både er ledelsesmæssige kompetencer til stede på fagligt niveau dækkende både forebyggelse og genoptræning, og som har fokus på at oversætte fælles mål til lokale handlinger, og at der skabes rammer for levering af integrerede forløb, der er tilrettelagt med afsæt i borgernes situation og behov.

**En bydækkende enhed, der leverer de forebyggende indsatser til sundhedshusene og samarbejder med hjemmepleje og hjemmesygepleje**

- Etablering af en bydækkende enhed, der leverer de forebyggende indsatser, vil sikre tilstrækkelig volumen i den daglige drift og volumen i antallet af medarbejdere, der kan sikre den faglige udvikling af de forebyggende indsatser. En bydækkende enhed får til formål at understøtte de lokale enheder/huse gennem udgående indsatser, og også en understøttelse af hjemmeplejen/hjemmesygeplejen, således at der kan ske opsporing og rekruttering til tilbud – og understøttelse og fastholdelse i forebyggelses- og genoptræningsforløb samt opfølgning og løbende fastholdelse af resultater løbende efter afsluttet forløb.
- En udgående indsats kan både være i form af gennemførelse af aktiviteter og samtaler med borgere i de lokale sundhedshuse, men også i form af supervision og andre aktiviteter til udvikling af sundhedsmedarbejderne i sundhedshusene, der fortsat vil skulle bære en stor del af opgaven med rekruttering af og motivation af borgere til de forebyggende indsatser.

# LØSNINGSVEJE PATIENTTRETET FOREBYGGELSE



## Organisatoriske muligheder

### Samle indsatserne i større organisatoriske enheder

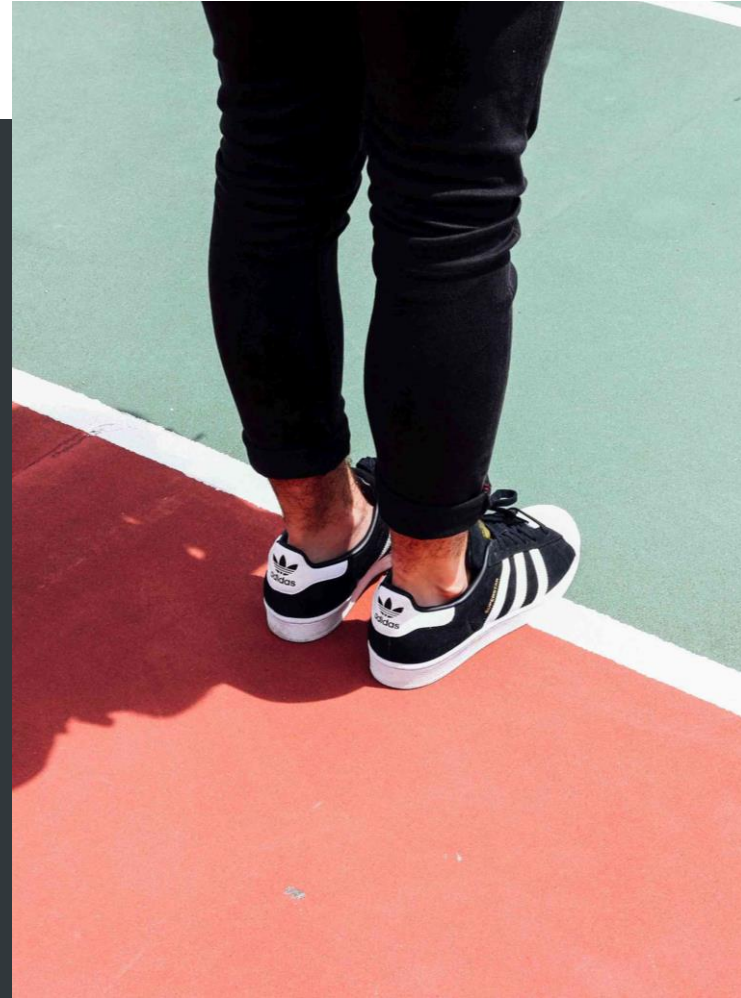
## Overvejelser

- For at sikre tilstrækkelig volumen i indsatserne til en hensigtsmæssig drift og til fortsat udvikling af indsatserne og sikring af tilstrækkelige med kompetencer og høj faglighed, da kan det være hensigtsmæssigt at indsatserne samles i større organisatoriske enheder. Der er flere forskellige løsningsmuligheder på dette.
- En mulighed er at sammenlægge hjerteområdet med center for diabetes under et fælles 'Center for diabetes og hjertesygdomme' eller etablering af et 'Center for kroniske sygdomme' der favner alle tre områder hjerte, diabetes og KOL.
- En samling af indsatserne for diabetes og hjerte vil sikre større muligheder for at skabe synergi i indsatserne på tværs af de specifikke kronikerindsatser og de mere generiske indsatser til kronikere.

### Patientrettet forebyggelse i færre sundhedshuse

- I stedet for etableringen af nye organisatoriske enheder som svar på behovet for øget volumen kan den patientrettede forebyggelse samles i færre sundhedshuse. De kan være i to sundhedshuse under ledelsen i sundhedshuset og med ansvar for faglig ledelse og drift i hvert hus.
- For så vidt angår indsatserne til borgere med KOL, kan det givetvis give mening at tænke i alternative leverancesystemer. Dvs. at der i langt højere grad er tale om en udgående funktion, der supportere sundhedshusene og hjemmeplejen/hjemmesygeplejen i vid udstrækning i borgernes hjem under hensyntagen til målgruppens generelle sociale kapabiliteter, kompetencer og funktionsniveauer. Dette gør sig også gældende for ovenstående løsninger i forhold til større organisatoriske enheder.

# BILAG



- ① **Datavaliditet**
- ② **Profil: Sundhedshus Vanløse**
- ③ **Profil: Sundhedshus Vesterbro**
- ④ **Profil: Sundhedshus Østerbro**
- ⑤ **Profil: Sundhedshus Amager**
- ⑥ **Profil: Sundhedshus Nørrebro**
- ⑦ **Profil: Træningscenter Bispebjerg-Nørrebro**
- ⑧ **Forklaring af udvalgte nøgletal i profilerne**
- ⑨ **Øvrige bilag**

## 01

**DATAVALIDITET**

Datagrundlaget for profilerne består primært af aktivitetsdata fra CURA samt fra rygestopdatabasen, derudover er inddraget nøgletal for budgettet for 2018 samt personaledata fra HR.

Aktivitetsdata fra CURA anvendes i en periode, der er afgrænset til 1. juli 2018 til 15. november 2018 svarende til data for 4,5 måned. Månederne april, maj og juni er fravalgt, da CURA blev implementeret 1. april 2018, og disse måneder derfor indeholder markant flere registreringsfejl og mangler.

Perioden er alligevel valgt ud fra en grundig fælles vurdering af, at det er det mest valide og dækkende datagrundlag for aktuel praksis, der er til rådighed. Datagrundlaget fra CURA har – som alle andre – nogle usikkerheder, som søges håndteret og kompenseret for på forskellig vis.

**Nogle konkrete bemærkninger:**

- Al aktivitet, der ikke er blevet "fremmøderegistreret" fremgår i CURA som "Fremmødt", hvilket betyder, at sundhedshusenes aktivitet på dette punkt potentielt set kan blive overestimeret. Omvendt er der fra husene peget på, at CURA fortsat ikke er fuldt ud implementeret, og der kan i perioden have været manglende korrekt dokumentation, hvilket potentielt set kan betyde, at aktiviteten er underestimeret.
- Perioden inkluderer sommerferiemånederne juli og august, i hvilke aktiviteten formentlig er lavere end i andre af årets måneder – ligesom fx december og april. Dette er dog det samme hvert år, og det er antagelsen, at det enkelte hus tilpasser kapaciteten herefter – fx ved at sikre, at personalet afvikler ferie i samme periode.
- Perioden er kun 4,5 måned. For de nøgletal, hvor der kigges på gennemsnit, vil det potentielt indebære, at nogle af de længere forløb, som ofte er forløb, hvor borgeren kommer til træning og gennemfører forløbet succesfuldt, kan være underrepræsenterede. Hvis data dækkede en længere periode, kan det påvirke antal leverede timer i afsluttede forløb i opadgående retning. Der er dog af samme grund også angivet samlet antal leverede timer i perioden fsva. Patientrettet Forebyggelse af samme grund.

Som med alle andre analyser, der baserer sig på et kvantitativt datagrundlag, er der grund til tilbageholdenhed med at reagere direkte på enkelte tal. Det er derfor også her vores anbefaling, at der primært lægges overordnede forskelle, tendenser og indtryk til grund for analyser og efterfølgende beslutninger.

Implement anbefaler endvidere, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen følger op på de registrerede data og de beregnede nøgletal løbende fremadrettet som led i den løbende styring og ledelse af området.



02

# FAGLIG PROFIL

SUNDHEDSHUS VANLØSE



## SPECIALER

### Bydækkende specialer

Gynækologi og amputationer

### Kompetenceorganisering

Organiseret i to teams; Geriatri & forløbsprogrammer og Ortopædkirurgi & bydækkende specialer. Alle fysioterapeuter i team Geriatri kan enten geriatri og GLA:D eller geriatri og KOL/Hjerte. Geriatri og forløbsprogram dækker også U&R, plejehjem og SOF. I team orto og bydækkende specialer kan alle varetage de mest almindelige indsatser. Alle kan dække for hinanden til en 1. samtale, også på tværs af teams. Alle fysioterapeuter fra begge teams kan tage knæ og hofte. Diætisterne er organisatorisk under geriatri-teamet, men dækker begge grupper. Bevidst bred kompetencesammensætning.

### Opgavetyper

SUL, SEL, kontrakt med fem plejehjem (ud af ni), U&R, patientrettet forebyggelse (hjerte, KOL), GLA:D, forebyggende indsatser.

### Leverede trænings- og indsats timer på de forskellige opgaver fra 1. juli til 15. november 2018

Opgave	Leverede timer
SUL-genoptræning	1.792
<i>Heraf ambulant</i>	<i>1.789</i>
<i>Heraf på MTO</i>	<i>3</i>
SEL inkl. SOF-borgere	328
Patientrettet forebyggelse (Hjerte og KOL)	412
Forebyggende indsatser	184
GLA:D	342
Præhabiliteringstilbud	-
Rygforløb	-
U&R	<i>Ikke dataunderbygget</i>
I alt	3.057



## RESSOURCER

Gældende budget på 33,4 mio. kr. Indtægter fra plejecentre, Metropol, Seniorklub og SOF på samlet set 1,2 mio. kr. Indtægter fra BIF på 0,8 mio. kr. Samlet budget til rådighed 35,4 mio. kr.

### Medarbejderoversigt, ÅV

Stilling	Antal årsværk	Borgerrettet tid	Administrative opgaver	Ledelse	Faglig vejledning
Fysioterapeut	20,1	17,8	-	-	2,3
Ergoterapeut	8,3	7,3	-	-	1,0
Diætist	1,9	1,9	-	-	-
Sygeplejerske	0,8	0,8	-	-	-
Motionsvejleder	1,0	1,0	-	-	-
Lægesekretær	2,3	-	2,3	-	-
Leder	2,5	-	0,2	2,3	-
Sum	36,9	28,8	2,5	2,3	3,3

Andel administrative medarbejdere	7%	Personaleomsætning*	19,4%
Andel faglige vejledere	9%	Heraf ekstern	9,7%
Andel ledere	6%	Heraf intern	9,7%
		Korttidssygefravær i 2018	3,4%

\* Periode: Fra oktober 2017 til og med september 2018

# BESKRIVELSE VEDR. SUNDHEDSLOVSTRÆNING

Denne del af profilen er særligt relateret til genoptræning efter § 140.



## GOP-PROCES

**Gennemsnitlig ventetid  
4,3 dage**

Proces fra GOP modtages til 1. samtale er booket

1. Lægeseekretær modtager GOP. Lægeseekretær matcher terapeut med borgers behov. Lægeseekretæren har et skema over terapeuternes kompetencer som bruges til match med borger.
2. Lægeseekretær ringer til borger, sender brev, booker kørsel og booker i terapeuts kalender.
3. 1. samtale afholdes



## PRIORITERING

**Ved kapacitetspres nedprioriteres opgaver i følgende rækkefølge for at kunne følge med ventetidsgarantien:**

- Inddrage de faglige vejlederes vejledningstid
- Aflyse møder
- Teamleder går i drift
- Aflyse kursusaktiviteter

I pressede perioder skal alle terapeuter holde de ekstra samtaler der er behov for, for at overholde ventetiden.

Ved daglig akut prioritering, fx ved sygdom, ses på omfordeling af alle opgaver i organisationen.



## DRIFTSSTYRING

**Varetagelse af den primære daglige driftsstyring**

Teamlederne styrer den daglige drift og fordeler opgaver ved sygdom, kurser, ferie med mere eller ved mangel på ledige tider til 1. samtale.

Teamlederne overvåger løbende kapaciteten på hold og individuel træning.

**Redskaber til understøttelse af daglig driftsstyring**

Bruger excel til kapacitetsoverblik. Terapeuterne bruger excel til eget overblik over hold og individuelle borgere.



## PLANLÆGNING

**Holdtider**

Overbooker med to borgere på hold pga. udeblivelse/afbud.

Aktiviteter fra 7.30-18.00.

**Praksis for dokumentationstid**

Der dokumenteres altid under selve 1. samtale og løbende på holdene. Den resterende dokumentation planlægges på forskellig vis afhængig af TP.

**Hjemmetræning og hjemme FU**

Vanløse Brønshøj-Husum er delt ind i mindre geografiske områder. Dette betyder, at terapeuterne har hjemmeaktiviteter i mindre områder i henholdsvis Brønshøj, Husum og Vanløse, hvilket sparer transporttid. Hjemmetræning planlægges og pakkes tillige i ydertimerne.

**Generel tilgang til systematik i kalenderne**

Terapeuterne har faste tider til 1. samtale i deres kalender (se nøgletal). Terapeuterne har fast dokumentationstid i kalenderen, som kan bruges, hvis der er mangel på tider til 1. samtale, disse defineres som buffertider.

**Faste møder**

P-møder hver onsdag fra 8.15-9.50



## FOREBYGGENDE INDSATSER

**Forebyggende indsatser leveres i sundhedshuset af ...**

Der spørges til de forebyggende indsatser i første samtale. Der følges op i efterfølgende samtaler. Ved statussamtale spørges ind til KRAM igen.

Det opleves, som en naturlig del af arbejdet at spørge ind til KRAM. Personalet omtaler sig selv som 'sundhedsmedarbejdere'.

Tæt samarbejde mellem terapeuterne og de sundhedsfaglige medarbejdere som afholder diætist-, rygestop- og alkoholsamtaler. Det opleves som en stor fordel i forhold til viden om de forebyggende indsatser.

De viste nøgletal er beregnet på afsluttede forløb, der er startet efter d. 1. juli 2018 og afsluttet inden 15. november 2018

Ventetidstal er beregnet på GOP'er modtaget fra d. 1. juli 2018 til og med 15. november 2018

## VENTETID FOR AMBULANTE § 140-FORLØB

Ventetid (pct. overholdelse af ventetidsgaranti)	4,3 dage (100%)
Tid mellem 1. og 2. træning, gns.	12,4 dage

## § 140-TYNGDE – pris per leveret time

Budget til ambulant SUL / antal leverede timer	862 kr.
--	---------

## AFBUD OG UDEBLIVELSER

	Afbud	Udeblivelser
1. samtale (SUL i sundhedshus)	32%	6%
Øvrige træninger (SUL i sundhedshus)	18%	2%
Øvrige aktiviteter	26%	2%

## FOREBYGGENDE INDSATSER TIL BORGERE I GENOPTRÆNING

	Andel relevante som takker ja
Diætbehandling individuel / hold	29% / 2%
Praktisk madlavning	2%
Rygestop	9%
Alkoholsamtale	18%

## Gennemsnitligt ambulant § 140-forløb

Igangsat og afsluttede § 140-forløb	Samlet	Urologi*	Leddys*
Antal	149	23	23
Gennemsnitlig antal visiterede timetal § 140	5,0	3,0	4,1
Gennemsnitlig antal leveret timetal på § 140	2,9	2,4	2,5
Heraf individuel træning, timetal (~antal træninger)	2 (2)	2,1 (2,1)	2,1 (2,1)
Heraf Holdtræning, timetal (~antal træninger)	0,8 (3,2)	0,3 (1,2)	0,4 (1,6)
Andel der har holdtrænet, pct.	50%	17%	39%
DUG-forløb, pct.	8%	-	-
Gennemsnitlig varighed af forløb, dage	56	52	59

## Andre nøgletal relateret til § 140-forløb

Samlet antal GOP'er modtaget i perioden (gns. per uge) 590 (30)

Estimat af antal ugentlige hjemmetræninger 10%

## Fordeling af modtagne GOP'er i perioden, hvor forløbet er afsluttet

Ambulant (andel der har modtaget træning) 210 (71%)

På MTO (andel der har modtaget træning) 0 (0%)

NOTE: Alle holdtræninger regnet med en normering på 1:4.

\*De to diagnoser der indgår, er de to hyppigste diagnoser blandt § 140 genoptræningsforløb, der behandles ambulant i sundhedshuset



## HENVISNING OG MODTAGELSE

1. Henviste året til dato: 71 KOL- og 50 hjerteforløb. Oplever, at borgerne skal være ret aktive for at blive henvist af egen læge (særligt KOL-forløb – de fleste henviste til hjerteforløb kommer fra sygehuse). Genhenvisninger vedrører mest KOL-forløb.
2. Henvisningerne modtages af lægesekretær-team, som booker til 1. samtale (eventuelt efter sparring med i fagligt team) ved at ringe og skrive, eventuelt bestille kørsel og tolk – og fører ventetidsregistreringer.
3. Hvor lang tid går der fra henvisning modtages til borger indkaldes? Hurtigst muligt, det vil i praksis sige?
4. Henvisninger med manglende oplysninger rekvireres.
5. Når aftalen er booket i medarbejderens kalender, forberedes samtalen ved at læse henvisningen igennem. Ved samtalen anvendes billedkort.



## FAGLIG INDSATS OG KVALITET

1. Indsatser jf. fælles faglige vejledninger og lokale præciseringer.
2. Kompetencer og kvalitet understøttes ved månedligt speciale-møde á 1½ time med tilbagemeldinger på forløb mv. Hver 14. dag møde i forløbsprogramteams. Løbende sparring indbyrdes.
3. To medarbejdere har baggrund fra forebyggelsescentre.
4. Se pkt. 2.
5. Ledelsesmæssigt fokus – se ovenfor.
6. Samarbejde med træning og forebyggende indsatser – integreres så vidt muligt. Vi er i samme team, under samme teamleder, som sikrer løbende samarbejde/fokus bl.a. på teammøder hvad 2. onsdag.



## DRIFTSSTYRING

1. Afklares ved 1. samtale, typisk med igangsættelse af 1-2 indsatser (typisk træning og diættevejledning). Den der har mest kontakt med borgeren tjekker undervejs, om der er behov og motivation for andre indsatser. Helst mere end fire deltagere på sygdomsmestringshold. Fleksible mht. borgere, der vil holde pause og springe ind igen på hold senere.
2. Se kvantitativ profil.
3. Se kvantitativ profil.
4. Afklarende samtaler er præbookede – spredt henover dagtimer aht. borgernes forskellige ønsker. Træningshold er præbookede. Undervisningshold bookes løbende efter behov. Eventuelt flytte rundt i kalendere for at overholde ventetider.
5. Telefonisk opfølgning ved udeblivelser. De er generelt store, fordi mange har svær sygdom og andre problemer som fx misbrug eller er i ressourceforløb, der kan gøre stabiliteten vanskelig.
6. Rammebudget- ikke aktivitetsfinansieret. Der er normeret til 8 KOL-forløb/måned og 7 hjerteforløb/måned.
7. Afklarende samtale afholdes inden for 15 hverdage, og typisk starter borgeren ugen efter – eller 2-3 uger efter jf. borgerens eget valg. Op til én måned til forløbsprogramstart.



## PLANLÆGNING

1. Har lavet lungefunktionsundersøgelser på et apotek. Har skrevet til praktiserende læger for at minde dem om at henvise og genhenvise (særligt relevant for KOL-patienter). Sundhedsplatformen har til tider være en barriere for henvisninger. Overlap mellem sygehusrehabilitering og hjerte-/KOL-forløbene, da kun Amager Hospital ikke tilbyder hjertepatienter rehabilitering, og det begrænser antallet af henviste. Oplever ikke at have stort behov for individuelle indsatser grundet særligt vanskelige forudsætninger (sprog, nedsat kognitiv funktionsevne mv.) men tilpasser, når det er nødvendigt.
2. Borgere og medarbejdere bookes ved 1. samtale.
3. Teamledelse.
4. Se driftsstyring pkt. 7.
5. Træning er altid på hold (og ellers kan det være individuel motionsvejledning). Hvis tolk er nødvendig, bookes til individuel samtale (dog ej træning).
6. Dokumenterer som udgangspunkt under samtalerne – eventuelt med en opsamling sidst på dagen. Al kontakt dokumenteres. Der bruges mange klik i CURA, og det er svært at få et overblik; derfor supplerende papiroversigter.
7. Det er i høj grad muligt at differentiere indsatser i forhold til borgerens behov og ressourcer, fx med individuel undervisning.



## BORGEROPLEVET KVALITET OG EFFEKT

1. Så godt som intet frafald på 1. samtale. Har god erfaring med visuel præsentation af tilbud. Alkoholsamtaler og rygestop er der en del frafald på men det er ikke det samme som, at der ikke er sket en intervention, der kan have en effekt – der dog ikke slår fuldt ud igennem på aktivitets- og resultatopgørelser.
2. Der følges op på frafald ved undervejs at spørge borgeren – mere præcist?
3. Ved at der ikke kommer så mange fra fx Tingbjerg, som der burde. Nogle føler sig som kastebolde, når de skal stille op mange steder.
4. Laver start- og slutttest. Laver PDSA'er på målsætningsopfyldelse. Har ikke data på borgernes selvvaluerede effekt. Følger op ved afsluttende samtale men registrer det ikke i CURA – registrerer i Rygestopbasen men laver ikke follow-up.
5. Der arbejdes aktuelt med borgernes oplevelser af det samlede forløb gennem brugerinddragelsesprojektet.

# PATIENTTRETET FOREBYGGELSE

NØGLETAL

## NØGLETAL

- Tallene er baseret på data fra CURA fra 1. juli -15. november 2018
- Budget er leveret af Økonomiafdelingen i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
- Måltal for påbegyndte forløb er leveret af Afdeling for Strategisk Sundhed
- Kilde til borgere på rygestophold er Årshjulet

Antal forløb	Hjerte	KOL
Måltal for antal påbegyndte forløb for 2018 (måltal for perioden)	86 (32)	97 (36)
Antal henvisninger i perioden (procentvis målopfyldelse)	35 (109%)	31 (86%)
Igangværende forløb / afsluttede forløb	27 / 8	26 / 5
Forløb afsluttet uden modtaget tilbud, antal (%)	1 (3%)	2 (6%)
Forløb afsluttet utidigt på borgers initiativ, antal (%)*	5 (5%)	3 (3%)
Forløb gennemført, antal (%)	2 (6%)	0 (0%)
Forløb afbrudt ved indlæggelse/sygdom, antal (%)	0 (0%)	0 (0%)

## Budget

Budget for 2018, kr.	1.377.300
Pris per leveret time i perioden, kr.**	1.300

\* Forløb registreret med afslutningsårsagerne: "Borger har afsluttet", "Borger udeblevet", "Fravalg af indsats" eller "Borger ikke henvendt sig"

\*\* Defineret som budget for perioden delt med antal timer borgerne har modtaget indsatser. Det vil sige at tallet *ikke* viser hvor meget det koster for sundhedshuset at en terapeut leverer en time, men derimod hvad det koster at tilbyde en times tilbud til borgerne. Forskellen opstår fordi holdindsatser leveres til flere borgere samtidigt.

## AI aktivitet i perioden

Antal borgere der har modtaget tilbud	88
Samlet antal leverede timer per borger	5

Individuelle tilbud	Antal	(%)
Afklarende samtale, timer (antal modtagere)	87	(65)
Forløbssamtale, timer (antal modtagere)	26	(15)
Diætbehandling, timer (antal modtagere)	26	(17)
Motionsvejledning, timer (antal modtagere)	3	(3)
Rygestop, timer (antal modtagere)	1	(1)
Sygdomsmestring, timer (antal modtagere)	-	
Test, timer (antal modtagere)	26	(60)
Afsluttende samtale, timer (antal modtagere)	11	(16)

Holdtilbud	Antal	(%)
Praktisk madlavning, timer (antal modtagere)	10	(7)
Prøvetimer, timer (antal modtagere)	11	(26)
Sygdomsmestring, timer (antal modtagere)	23	(12)
Træning, Hjerte/KOL, timer (antal modtagere)	206	(63)
Rygestop hold, (antal modtagere)	(3)	

## Antal planlagte og afholdte hold

Holdliste	Antal hold (afholdte)
Diætbehandling	-
Praktisk madlavning	5 (5)
Prøvetimer	32 (26)
Sygdomsmestring	14 (14)
Træning, Hjerte/KOL	180 (162)

Note: Tallene i denne tabel viser den samlede aktivitet i perioden (1. juli til 15. november 2018) for alle igangværende forløb. Det vil sige, at aktivitet for forløb opstartet inden d. 1. juli også er inkluderet. For disse forløb er det kun aktiviteten, der er foregået i perioden, der er præsenteret.

03

# FAGLIG PROFIL

## SUNDHEDSHUS VESTERBRO

” SAMMENHÆNG  
FLEKSIBILITET  
OPGAVER PÅ TVÆRS AF ORGANISATIONER



## SPECIALER

### Bydækkende specialer

Albue og bryst.

### Kompetenceorganisering

Alle terapeuter kan varetage geriatri og alle skal varetage opgaver ud over deres specialer. Nogle terapeuter er specialiseret i albue og/eller bryst. Hjertervidenscenter i kommunen (2 faglige vejledere ansat til dette).

### Opgavetyper

SUL, SEL, pre-rehabilitering, kontrakt med otte plejehjem (ud af ni), 1 MTO, U&R, patientrettet forebyggelse (forløbsprogrammer på hjerte og KOL) og forebyggende indsatser (KRAM).

### Leverede trænings- og indsatstimer på de forskellige opgaver fra 1. juli til 15. november 2018

Opgave	Leverede timer
SUL-genoptræning	2.509
<i>Heraf ambulant</i>	<i>1.618</i>
<i>Heraf på MTO</i>	<i>891</i>
SEL inkl. SOF-borgere	596
Patientrettet forebyggelse (Hjerte og KOL)	488
Forebyggende indsatser	163
GLA:D	-
Pre-rehabiliteringstilbud	12
Rygforløb	-
U&R	<i>Ikke dataunderbygget</i>
I alt	3.768



## RESSOURCER

Samlet budget på 29,7 mio. kr. i 2018. Indtægter fra SOF, Metropol, plejehjem, AC og MTO for 3,7 mio. kr. Samlet budget til rådighed 33,4 mio. kr. I 2017 leverede SH Vesterbro et mindreforbrug på 3,4 mio. kr. tilbage til Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

### Medarbejderoversigt

Stilling	Antal årsværk	Borgerrettet tid	Administrative opgaver	Ledelse	Faglig vejledning
Fysioterapeut	22,6	22,5	-	-	0,1
Ergoterapeut	8,7	8,7	-	-	-
Diætist	2,0	2,0	-	-	-
Sygeplejerske	1,7	1,7	-	-	-
Motionsvejleder	1,0	1,0	-	-	-
KUF (fys stud)	1,0	0,2	-	-	0,8
Faglig vejleder**	5,9	1,4	-	-	4,5
Adm	3,4	-	3,4	-	-
Teamleder	2,0	-	-	2,0	-
Sundhedshusleder	1,0	-	-	1,0	-
Samlet	49,3	37,5	3,4	3,0	5,4

NOTE: Medarbejdere på barsel indgår ikke

Andel administrative medarbejdere*	6,9%	Personaleomsætning***	24%
Andel faglige vejledere**	11,0%	Heraf ekstern	24%
Andel ledere	6,1%	Heraf intern	-
		Korttidssygefravær i 21018	3,4%

\* Sekretærene passer en reception, som dækker hele huset inkl. praktiserende læge og center for diabetes

\*\*Faglig vejledning er inklusiv to bydækkende på hjerterområdet

\*\*\* Periode: Fra oktober 2017 til og med september 2018



# BESKRIVELSE VEDR. SUNDHEDSLOVSTRÆNING

Denne del af profilen er særligt relateret til genoptræning efter § 140.



## GOP-PROCES

Gennemsnitlig ventetid  
**5,5 dage**

Proces fra GOP modtages til 1. samtale er booket

1. Administrativ medarbejder modtager GOP (to administrative medarbejdere)
2. Den administrative medarbejder booker terapeut, borger og kørsel. Har skema med ledige tider hos terapeuterne. Der sendes brev til borger. Ældre borgere ringes op. Bookningen lægges i excel-ark, der skaber overblik.
3. Terapeut modtager besked om booket borger og ringer til borger for at forberede borger på 1. samtale.
4. 1. samtale afholdes



## PRIORITERING

Ved kapacitetspres nedprioriteres opgaver i følgende rækkefølge for at kunne følge med ventetidsgarantien:

- Møder
- Faglig udvikling
- Hjælp på tværs af adresserne
- Plejehjem
- U&R
- Individuel træning
- Hold (aflyses aldrig)
- Førstegangssamtaler (aflyses aldrig)

Faglig vejledere og teamledere tager hold efter behov



## DRIFTSSTYRING

Varetagelse af den primære daglige driftsstyring

To teamledere varetager den daglige drift og styring ved sygdom, ferie mv. De administrative medarbejdere og teamledere har overblik over den samlede kapacitet, ved mangel på ledige tider til 1. samtale indgår de i dialog. Der er et tæt samarbejde mellem terapeuterne og de administrative medarbejdere mhp. at sikre rette terapeut til rette borger.

**Redskaber til understøttelse af daglig driftsstyring**

Excel (kaldes tavlen) og mail. Ved mangel på ledige tider til 1. samtale skrives ud til terapeuterne på mail med teamlederne cc.



## PLANLÆGNING

**Holdtider:** SUL/SEL hold: 7:30 - 16:30

**Praksis for dokumentationstid:** Som udgangspunkt dokumenteres der undervejs på PC og/eller i forlængelse af aftale med borger.

**Planlægning af transport:** Det administrative personale booker kørsel til FUS. Dernæst bestiller terapeuten kørslen, som det administrative så booker hos kørselselskabet.

**Generel tilgang til systematik i kalenderne:** Terapeuterne har faste holdtider og tider til 1. samtale i deres kalendere (1-3 om ugen). Alle terapeuter planlægger deres aktiviteter i samme blokke, hvilket gør det lettere at dække ind for hinanden.

**Faste møder:** Faglig udvikling af en times varighed hver anden uge. Personalemøde á 1 times varighed hver anden uge. Fra januar 2019 fællesmøde på tværs af de tre adresser á halvanden times varighed hver anden måned.



## FOREBYGGENDE INDSATSER

**Forebyggende indsatser leveres i sundhedshuset af:**

Der spørges til de forebyggende indsatser i første samtale. Der følges op i efterfølgende samtaler, hvis borger ønsker det.

Der bookes aftaler direkte i forebyggernes kalendere i CURA, når borger takker "ja" og opfylder kriterierne jf. vejledninger.

Det opleves, som en naturlig del af arbejdet at spørge ind til KRAM. Dog opleves det vanskeligt, når borger ikke opfylder kriterier for forebyggende indsatser, og medarbejder oplever et pres ift. at tale om KRAM uanset om det er relevant eller ej.

De viste nøgletal er beregnet på afsluttede forløb, der er startet efter d. 1. juli 2018 og afsluttet inden 15. november 2018

Ventetidstal er beregnet på GOP'er modtaget fra d. 1. juli 2018 til og med 15. november 2018

## VENTETID FOR AMBULANTE § 140-FORLØB

Ventetid (pct. overholdelse af ventetidsgaranti)	5,5 dage (98%)
Tid mellem 1. og 2. træning, gns.	9,4 dage

## § 140-TYNGDE – pris per leveret time

Budget til ambulante SUL / antal leverede timer	984 kr.
---	---------

## AFBUD OG UDEBLIVELSER

	Afbud	Udeblivelser
1. samtale (SUL i sundhedshus)	22%	5%
Øvrige træninger (SUL i sundhedshus)	14%	1%
Øvrige aktiviteter	17%	2%

## FOREBYGGENDE INDSATSER TIL BORGERE I GENOPTRÆNING

	Andel relevante som takker ja
Diætbehandling individuel / hold	30% / 6%
Praktisk madlavning	5%
Rygestop	11%
Alkoholsamtale	15%

## Gennemsnitligt ambulante § 140-forløb

Igangsat og afsluttede § 140-forløb	Samlet	Geriatric*	Albuebrud*
Antal	136	29	21
Gennemsnitlig antal visiterede timetal § 140	6,9	6,0	8,3
Gennemsnitlig antal leveret timetal på § 140	3,5	3,8	2,9
Heraf individuel træning, timetal (~antal træninger)	2,6 (2,6)	3,1 (3,1)	1,9 (1,9)
Heraf Holdtræning, timetal (~antal træninger)	0,9 (3,6)	0,7 (2,8)	0,9 (3,6)
Andel der har holdtrænet, pct.	38%	28%	48%
DUG-forløb, pct.	4%	-	-
Gennemsnitlig varighed af forløb, dage	56	57	56

## Andre nøgletal relateret til § 140-forløb

Samlet antal GOP'er modtaget i perioden (gns. per uge)	640 (32)
Estimat af antal ugentlige hjemmetræninger	21

## Fordeling af modtagne GOP'er i perioden, hvor forløbet er afsluttet

Ambulant (andel der har modtaget træning)	174 (78%)
På MTO (andel der har modtaget træning)	100 (94%)

NOTE: Alle holdtræninger regnet med en normering på 1:4.

\*De to diagnoser der indgår, er de to hyppigste diagnoser blandt § 140 genoptræningsforløb, der behandles ambulante i sundhedshuset



## HENVISNING OG MODTAGELSE

1. Stort set kun delte forløb fra Hvidovre Hospital, der har eget rehabiliteringstilbud – det drejer sig langt fra om alvorligt syge borgere, der skal overvåges af læge under træning. Dog skal HH forholde sig til flere kommuners forskellige standarder for påkrævede oplysninger, som virker unødigt og fejlskabende. Modtager indimellem genhenvisninger – altid relevante. Modtager ofte henvisninger, der skulle have været til et andet sted.
2. Administrativt personale opretter og indkalder til 1. samtale baseret på henvisningskoderne (obs. mulig fejlkilde) – eventuelt via sparring med en sygeplejerske. Ringer og skriver til borgeren for at motivere + opretter en SMS-påmindelse + booker medarbejderen.
3. Hvor lang tid går der fra henvisning modtages til borger indkaldes?
4. Henvisningerne fra almen praksis og sygehusene er ofte mangelfulde. Medicinlisterne er ofte ikke opdateret. Det giver usikkerhed, og fører nogle gange det til bestilling af en medicingennemgang, hvis der fx konstateres vægtstigning. De kan skrive tilbage til praktiserende læge men ikke til sygehusene og forventer at nå en relevant modtager.
5. Mange borgere (primært hjerteforløb) ved ikke, hvorfor de er henvist og til hvad – søges afklaret i telefonen.



## FAGLIG INDSATS OG KVALITET

1. Jf. fælles faglige vejledninger.
2. Hvordan understøttes og opbygges medarbejdernes faglige kompetencer og den faglige kvalitet i indsatserne?
3. Hvilke medarbejdere (med hvilken faglig baggrund og faglig motivation) varetager opgaverne i forløbene? Herunder, hvilke andre opgaver varetager disse medarbejdere også?
4. Hvordan sikres der udvikling af tilbud og forløb, som understøtter de fem pejlemærker, og hvor meget tid/ressourcer bruges herpå?
5. Hvad er det ledelsesmæssige fokus på patientrettet forebyggelse?
6. Det er lige blevet muligt at tilbyde træning på geriatrisk hold. Ellers kan ikke henvises internt. Det er desuden sjældent, at borgerne magter mere. Hvordan samarbejdes der internt i sundhedshuset – mellem genoptræning og patientrettet forebyggelse? Koblingen med Center for Diabetes fungerer ikke særligt godt. Det kræver meget administrativt og involvering af sygehus eller almen praksis at få borgerne fra det ene til det andet. De burde selv kunne omvisitere. Desuden giver det mindre faglig bredde, når hjertesygdom og diabetes hænger så tæt sammen men er adskilt organisatorisk.



## DRIFTSSTYRING

1. Hvordan varetages den daglige driftsstyring?
2. Hvor mange borgere starter og gennemfører de forskellige indsatser i forløbet?
3. Hvor mange og hvilke forløb gennemføres, og hvor mange kontakter (fagprofessionelle) og indsatser (diætvejledning, rygestop, alkohol, sygdomsmestring, træning mv.) har borgeren i hvert forløb?
4. Planlægges smidigt ud fra nogle hold er præbooket i kalenderne og andet lægges ind efter behov.
5. Ved udeblivelser ringes borgeren op – påmindes med breve og SMS.
6. Hvilke finansieringskilder er til forløbene og udviklingstiltag/projekter, og hvad er budgettet og forbruget?
7. Hvor meget ventetid er der til de forskellige indsatser?



## PLANLÆGNING

1. Generelt er der et ringe kendskab til tilbuddene blandt de henvisende. Det betyder, at ikke alle borgere ved, hvad de skal, når de møder til 1. samtale. Det er en centraliseret opgave at informere almen praksis og sygehus.
2. Bookes undervejs i forløbet, når det aftales – og kontaktpersonen orienteres.
3. Hvordan organiseres og ledes medarbejderne, der varetager forløbene?
4. Hvor lang tid går der fra henvisning modtages til borgerens første tid?
5. Hvordan planlægges holdundervisning og individuelle samtaler?
6. Er der fast praksis for tid til dokumentation?
7. I hvilken grad er det muligt at differentiere indsatser i forhold til borgerens behov og ressourcer?



## BORGEROPLEVET KVALITET OG EFFEKT

1. Forskellige.
2. Se driftsstyring pkt.2.
3. Ved udeblivelser ringes borgeren op – påmindes med breve og SMS.
4. Borgerne med KOL bliver stadig mere tunge med multisygdom og derved mere geriatrisk prægede.
5. Hvordan følges op på resultat og effekt? Herunder, hvordan handles på afvigelse og anvendes data i ledelse/læring i egen organisation?
6. Har generelt gode erfaringer med langstrakte forløb snarere end korte og komprimerede – giver bedre mulighed for, at nye vaner sætter sig som livsstilsændringer. Så god nytte af at kunne sammensætte hold ud fra funktionsevne (mix, der tidligere var muligt som supplement til de rene KOL- og hjertehold). Nogle andre sundhedshuse lægger undervisning i forlængelse af træningsseancer, men det fremmer næppe læring. Hvordan arbejdes med borgernes oplevelser af det samlede forløb?

# PATIENTRETTET FOREBYGGELSE

NØGLETAL

## NØGLETAL

- Tallene er baseret på data fra CURA fra 1. juli -15. november 2018
- Budget er leveret af Økonomiafdelingen i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
- Måltal for påbegyndte forløb er leveret af Afdeling for Strategisk Sundhed
- Kilde til borgere på rygestophold er Årshjulet

Antal forløb	Hjerte	KOL
Måltal for antal påbegyndte forløb for 2018 (måltal for perioden)	108 (41)	122 (46)
Antal henvisninger i perioden (procentvis målopfyldelse)	44 (107%)	55 (120%)
Igangværende forløb / afsluttede forløb	38 / 6	44 / 11
Forløb afsluttet uden modtaget tilbud, antal (%)	4 (9%)	4 (7%)
Forløb afsluttet utidigt på borgers initiativ, antal (%)*	1 (1%)	6 (5%)
Forløb gennemført, antal (%)	1 (2%)	1 (2%)
Forløb afbrudt ved indlæggelse/sygdom, antal (%)	0 (0%)	(0%)

## Budget

Budget for 2018, kr.	1.729.632 kr.
Pris per leveret time i perioden, kr.**	1.362 kr.

\* Forløb registreret med afslutningsårsagerne: "Borger har afsluttet", "Borger udeblevet", "Fravalg af indsats" eller "Borger ikke henvendt sig"

\*\* Defineret som budget for perioden delt med antal timer borgerne har modtaget indsatser. Det vil sige at tallet *ikke* viser hvor meget det koster for sundhedshuset at en terapeut leverer en time, men derimod hvad det koster at tilbyde en times tilbud til borgerne. Forskellen opstår fordi holdindsatser leveres til flere borgere samtidigt.

## AI aktivitet i perioden

Antal borgere der har modtaget tilbud	110
Samlet antal leverede timer per borger	4

Individuelle tilbud	
Afklarende samtale, timer (antal modtagere)	114 (80)
Forløbssamtale, timer (antal modtagere)	39 (21)
Diætbehandling, timer (antal modtagere)	39 (22)
Motionsvejledning, timer (antal modtagere)	3 (3)
Rygestop, timer (antal modtagere)	0 (0)
Sygdomsmestring, timer (antal modtagere)	0 (1)
Test, timer (antal modtagere)	14 (22)

Holdtilbud	
Afsluttende samtale, timer (antal modtagere)	15 (17)
Diætbehandling, timer (antal modtagere)	0 (0)
Praktisk madlavning, timer (antal modtagere)	23 (20)
Prøvetimer, timer (antal modtagere)	5 (12)
Sygdomsmestring, timer (antal modtagere)	41 (28)
Træning, Hjerte/KOL, timer (antal modtagere)	222 (65)
Rygestop hold, (antal modtagere)	(4)

## Antal planlagte og afholdte hold

Holdliste	Antal hold (afholdte)
Diætbehandling	-
Praktisk madlavning	5 (5)
Prøvetimer	15 (13)
Sygdomsmestring	13 (13)
Træning, Hjerte/KOL	111 (109)

Note: Tallene i denne tabel viser den samlede aktivitet i perioden (1. juli til 15. november 2018) for alle igangværende forløb. Det vil sige, at aktivitet for forløb opstartet inden d. 1. juli også er inkluderet. For disse forløb er det kun aktiviteten, der er foregået i perioden, der er præsenteret.

04

# FAGLIG PROFIL

SUNDHEDSHUS ØSTERBRO



## SPECIALER

### Bydækkende specialer

Hånd

### Kompetenceorganisering

Organiseret i 7 grupper: Hånd, Geriatri, Ort.kir, Sundhed, Plejehjem, U&R, Administration/service. Alle terapeuter (bortset fra faglige vejledere) er tilknyttet 2 grupper/opgavesæt – enkelte 3 grupper/opgavesæt. Hånd er specialiseret i 5 diagnoser/grupper. Vi arbejder på at alle i håndgruppen kan varetage alle diagnoser. Ort.kir er grupperet efter diagnoser (fod, knæ, hofte, skulder). Vi arbejder på at alle i ort.kir. kan tage de fleste diagnoser.

### Opgavetyper

SUL, SEL, genoptræning på plejehjem (per 1. november kontrakt med 6 ud af 7 plejehjem), U&R, patientrettet forebyggelse (hjerte, KOL), forebyggende indsatser.

### Leverede trænings- og indsattimer på de forskellige opgaver fra 1. juli til 15. november 2018

Opgave	Leverede timer
SUL-genoptræning	1.913
<i>Heraf ambulant</i>	<i>1.900</i>
<i>Heraf på MTO</i>	<i>13</i>
SEL inkl. SOF-borgere	241
Patientrettet forebyggelse (Hjerte og KOL)	487
Forebyggende indsatser	93
GLA:D	-
Pre-rehabiliteringstilbud	-
Rygforløb	-
U&R	<i>Ikke dataunderbygget</i>
I alt	2.734



## RESSOURCER

Gældende budget på 30,0 mio. kr. i 2018, inkl. 4,2 mio. kr. til særskilt rehabiliteringscenter.

Indtægter på 3,4 mio. kr. fra plejehjem og SOF. Samlet budget til rådighed i 2018: 33,4 mio. kr.

### Medarbejderoversigt, ÅV

Stilling	Antal årsværk	Borgerrettet tid	Administrative opgaver	Ledelse	Faglig vejledning
Fysioterapeut	12,0	11,7	0,4	-	-
Ergoterapeut	13,9	13,5	0,3	-	-
Klinisk diætist	1,4	1,4	-	-	-
Klinisk underviser	1,0	-	-	-	0,9
Faglig vejleder	5,8	2,3	0,8	-	2,7
Servicemedarbejder	2,0	-	1,9	-	-
Administrativ medarbejder	5,1	-	5,1	-	-
Teamleder	2,0	-	-	2,0	-
Sundhedshusleder	1,0	-	-	1,0	-
Samlet	44,2	28,9	8,5	3,0	3,7

Andel administrative medarbejdere\*\* 19% Personaleomsætning\* 15,4%

Andel faglige vejledere 8% Heraf eksternt 15,4%

Andel ledere 7% Heraf intern -

Korttidssygefravær i 2018 5,3%

\* Periode: Fra oktober 2017 til og med september 2018 \*\*Sekretærerne passer to receptioner, som dækker hele huset inkl. praktiserende læge, sygeplejeklinik og psykologer.

# BESKRIVELSE VEDR. SUNDHEDSLOVSTRÆNING

Denne del af profilen er særligt relateret til genoptræning efter § 140.



## GOP-PROCES

### Gennemsnitlig ventetid 5,2 dage

Proces fra GOP modtages til 1. samtale er booket

1. Administrativ medarbejder modtager GOP, registrerer forløbet i excel, klargør papirjournal, sætter label på og sorterer på forløbstyper, lægger i forskellige farver charteks alt efter forløb, lægger i dueslag til faglig vejleder (back-up ved sygdom).
2. GOP gennemlæses af faglig vejleder, der markerer på label, hvilken gruppe af terapeuter der kan varetage træningen. Finder tid i excel-vurderingsskema. Noterer den tildelte tid i excel og på label på papirjournal. Faglig vejleder på geriatri ringer borger op, øvrige borgere ringes ikke op af faglig vejleder. Papirjournal lægges i dueslag til administrativ medarbejder.
3. Administrativ medarbejder booker, sender brev til borger, ringer borger op og booker kørsel.
4. 1. samtale afholdes



## PRIORITERING

### Ved kapacitetspres nedprioriteres opgaver i følgende rækkefølge for at kunne følge med ventetidsgarantien:

- Tid til faglig vejledning inddrages til drift
- Møder reduceres og/eller aflyses i perioder
- Omrokering af opgaver blandt terapeuter ift. hvilke områder, der har travlt
- Hente terapeut hjem fra plejehjem og tilbyde plejehjemmet ekstra tid på et andet tidspunkt

FUS-samtaler prioriteres og aflyses ikke.



## DRIFTSSTYRING

### Varetagelse af den primære daglige driftsstyring

Administrative medarbejdere tager imod sygemeldinger og klargør overblik over opgaver til afsætning. Ledelsen kvalificerer ift. bud på mulig løsning. Mail med status på sygemeldinger og eventuelle opgaver til afsætning sendes ud fra morgenstunden og den enkelte melder ind hvis ledig kapacitet. Ledelsen har ansvar for eventuelle omrokeringer, så opgaverne løses.



## PLANLÆGNING

### Holdtider for genoptræningshold: 8.15-15.00

#### Praksis for dokumentationstid:

Ingen fast defineret tid til dokumentation.

#### Planlægning af transport:

Hjemmetræninger forsøges planlagt i ydertimerne eller samlet.

#### Generel tilgang til systematik i kalenderne

Alle terapeuter har faste tider til FUS i kalenderen (1-4, typisk 2). Ved eventuelle aflysninger tilstræbes erstatningstid. Ved ledig tid i perioder kan ekstratider også indsættes. Nogle terapeuter trives med buffertider, som kun kan benyttes hvis borger ellers ville overskride frist. Tilstræber at udnytte ledige tider, så eventuelle afbud tilstræbes erstattet af anden borger eventuelt med større omrokeringer af indkaldte borgere.

#### Faste møder

Hver tirsdag: Tværgående møder på 1 ½ time. Hver 14. dag 60-75 min. møder i grupperne/teams



## FOREBYGGENDE INDSATSER

### Forebyggende indsatser

Det opleves ikke altid naturligt at tale om forebyggende indsatser i FUS. Afhænger af borger, årsag til henvendelse og terapeutens forudsætninger.

De viste nøgletal er beregnet på afsluttede forløb, der er startet efter d. 1. juli 2018 og afsluttet inden 15. november 2018

Ventetidstal er beregnet på GOP'er modtaget fra d. 1. juli 2018 til og med 15. november 2018

## VENTETID FOR AMBULANTE § 140-FORLØB

Ventetid (pct. overholdelse af ventetidsgaranti)	5,2 dage (98%)
Tid mellem 1. og 2. træning, gns. (uden hånd)	14,7 dage (10,8 dage)

## § 140-TYNGDE – pris per leveret time

Budget til ambulante SUL / antal leverede timer	813 kr.
---	---------

## AFBUD OG UDEBLIVELSER

	Afbud	Udeblivelser
1. samtale (SUL i sundhedshus)	27%	3%
Øvrige træninger (SUL i sundhedshus)	17%	3%
Øvrige aktiviteter	25%	3%

## FOREBYGGENDE INDSATSER TIL BORGERE I GENOPTRÆNING

	Andel relevante som takker ja
Diætbehandling individuel / hold	18% / 3%
Praktisk madlavning	1%
Rygestop	6%
Alkoholsamtale	6%

## Gennemsnitligt ambulante § 140-forløb

Igangsat og afsluttede § 140-forløb	Samlet	Hånd og håndled*	Geriatri*
Antal	191	51	36
Gennemsnitlig antal visiterede timetal § 140	5,3	3,6	5,6
Gennemsnitlig antal leveret timetal på § 140	2,7	2,2	2,7
Heraf individuel træning, timetal (~antal træninger)	2,2 (2,2)	2,1 (2,1)	2,3 (2,3)
Heraf Holdtræning, timetal (~antal træninger)	0,6 (2,4)	0 (0)	0,5 (2)
Andel der har holdtrænet, pct.	31%	2%	31%
DUG-forløb, pct.	-	-	-
Gennemsnitlig varighed af forløb, dage	57	49	59

## Andre nøgletal relateret til § 140-forløb

Samlet antal GOP'er modtaget i perioden (gns. per uge)	628 (31)
Estimat af antal ugentlige hjemmetræninger	50%

## Fordeling af modtagne GOP'er i perioden, hvor forløbet er afsluttet

Ambulant (andel der har modtaget træning)	240 (80%)
På MTO (andel der har modtaget træning)	1 (100%)

NOTE: Alle holdtræninger regnet med en normering på 1:4.

\*De to diagnoser der indgår, er de to hyppigste diagnoser blandt § 140 genoptræningsforløb, der behandles ambulante i sundhedshuset





## HENVISNING OG MODTAGELSE

1. Se kvantitativ profil.
2. Administrationen tager imod. Tre visitatorer vurderer, om vi kan tage ind eller ej og finder ud af, hvem der kan tage første samtale. Derefter koordinerer den forløbsansvarlige aktiviteterne. Vi har nogle faglige møder hver fjortende dag. Med mulighed for at tage en case op om konkrete borgere – eller man kan bede om sparring. Genhenvvisninger modtages. Højrisikoborgere modtages (fx angina pectoris og arvelighed). Flest hjerteforløb fra sygehuse og flest KOL-forløb fra almen praksis.
3. Hvor lang tid går der fra henvisning modtages til borger indkaldes?
4. Ok oplysninger generelt fra sygehusene – mere blandt fra almen praksis. Ikke så mange fejlhenvisninger (dog anvendes GOP fra Gentofte Hospital – pga. "tekniske problemer" siger GH – via Genoptræning Kbh.)
5. Hvordan arbejdes med modtagelse af borgerne (første henvendelse)?



## FAGLIG INDSATS OG KVALITET

1. Efter 6-8 uger på sygehuset gives seks uger i SH'et. – eller til borgere, der har takket "nej" til sygehuset. Flest delte forløb (6 uger), cirka to tredjedele. 12 ugers træning og undervisning. 1. samtale er baseret på motivational interview'ing. Sammensætter et forløb ud fra ønskerne. Motivationsamtale. 12 ugers træningsforløb 2 gange om ugen inklusiv undervisning (man kan også få rygestop og alkoholforløb). Tilrettelægges ud fra borgerens behov. Derfor ændrer forløbene sig ofte undervejs. Prøver at nudge dem.
2. Kompetencer og faglig kvalitet understøttes ved daglig sparring mv.
3. Mange medarbejdere kommer fra forebyggelsescentrene. Det er sygeplejersker, fysioterapeuter og diætister plus idrætsuddannede og kostvejledere. Ergoterapeut kommer.
4. Vi har ikke udviklet så meget i et par år før nu igen.
5. Driften er i fokus: vi skal have dem igennem systemet vi skal. har de rette ressourcer ift. borgerne, giver et tilbud inden for tre uger. Derudover fastholde den sundhedspædagogiske tankegang – skabe handekompetence.
6. Vi rækker ud til hinanden, hvis vi ser nogle behov andre steder – ikke kun på møder men sparrer også dagligt. Genoptræningsenheden og forebyggelsesenheden koordinerer med hinanden.



## DRIFTSSTYRING

1. Teamlederen varetager ved sygdom og ferie. Visitationsteamet sørger for at visitere til forløbskoordinator. Ellers tager forløbskoordinatoren sig af detailplanen. Der bliver ikke skubbet så meget rundt mellem sundhedshuse.
2. 5-6 nye starter hver uge. De fleste går i gang.
3. 24 gange træning (halvanden time hver). Sygdomsmestring 7 gange (halvanden time hver). Rygning (individuelt eller gruppeforløb 5 gange). Kost (individuelt eller gruppeforløb). Alkohol. Mange forløb er egentlig ikke 12 uger, derefter et alkoholforløb, derefter et rygestop, derefter et kostforløb.
4. Hvordan håndteres kapacitetsstyring dag til dag, langsigtet planlægning og rekruttering?
5. Kontaktpersonen ringer borgeren op; er der noget, vi kan gøre. Alternativt et brev med en indkaldelse. Vigtigt at være imødekommende. Hele tiden fokus på, hvad de skal kunne.
6. Der er et driftsbudget ("så og så mange skal igennem"). Udviklingstillæg kan man få en særskilt penge til (men ikke til store projektet).
7. Ventetid: Maks fire uger til en afklarende samtale. Rehabilitering fra den afklarende samtale: ikke mere end 14 dage. Der kan godt være ventetid på nogle af de andre forløb (men typisk ikke mere end 14 dage til første samtale) – typisk en opringning inden for to dage, hvor man aftaler, hvornår man går i gang.



## PLANLÆGNING

1. Hvordan arbejdes der med at øge antallet af henvisninger? Vi arbejder med, hvordan vi rekrutterer fra egen læge – de kender ikke altid vores tilbud.
2. Forløbskoordinator rækker ud til indsatskoordinator, der sørger for den bliver taget af en med ansvar for indsatsen, der tager kontakt til borgeren.
3. Hvordan organiseres og ledes medarbejderne, der varetager forløbene?
4. Hvor lang tid går der fra henvisning modtages til borgerens første tid?
5. Afklares ved 1. samtale, og der kan komme nye bookinger til undervejs i forløbet.
6. Der er ikke fastlagt en bestemt praksis for, hvornår der dokumenteres. Der er en god intention om at det sker ifm mødet, men det er ikke konsekvent.
7. Differentiering af indsatser er i vid udstrækning mulig. Vi har de indsatser vi har, men vi tilrettelægger med borgerne. Og vi brobygger desuden med lokale tilbud (vi har endda lavet en hjemmeside, der giver overblik).



## BORGEROPLEVET KVALITET OG EFFEKT

1. Årsagerne til frafald er oftest sygdom. De stopper sjældent på grund af utilfredshed.
2. Se driftsstyring pkt. 5.
3. Oplever forskel på borgere på SH Østerbro og SH Nørrebro.
4. Tester borgeren efter hvert forløb. Hvordan følges op på resultat og effekt på gruppeniveau? Herunder, hvordan handles på afvigelser og anvendes data i ledelse/læring i egen organisation?
5. Vi følger op på borgernes oplevelser af det samlede forløb via en afsluttende samtale og en midtvejsamtale. Indarbejder prøvetimer i forløbene for at støtte udslusningen. Hvordan følges op på resultat og effekt på gruppeniveau?

# PATIENTRETRET FOREBYGGELSE

NØGLETAL

## NØGLETAL

- Tallene er baseret på data fra CURA fra 1. juli -15. november 2018
- Budget er leveret af Økonomiafdelingen i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
- Måltal for påbegyndte forløb er leveret af Afdeling for Strategisk Sundhed
- Kilde til borgere på rygestophold er Årshjulet

Antal forløb	Hjerte	KOL
Måltal for antal påbegyndte forløb for 2018 (måltal for perioden)	83 (31)	94 (35)
Antal henvisninger i perioden (procentvis målopfyldelse)	42 (135%)	45 (129%)
Igangværende forløb / afsluttede forløb	33 / 9	36 / 9
Forløb afsluttet uden modtaget tilbud, antal (%)	0 (0%)	3 (7%)
Forløb afsluttet utidigt på borgers initiativ, antal (%)*	2 (2%)	4 (4%)
Forløb gennemført, antal (%)	6 (14%)	1 (2%)
Forløb afbrudt ved indlæggelse/sygdom, antal (%)	1 (2%)	1 (2%)

## Budget

Budget for 2018, kr.	1.329.255 kr.
Pris per leveret time i perioden, kr.**	1.044 kr.

\* Forløb registreret med afslutningsårsagerne: "Borger har afsluttet", "Borger udeblevet", "Fravalg af indsats" eller "Borger ikke henvendt sig"

\*\* Defineret som budget for perioden delt med antal timer borgerne har modtaget indsatser. Det vil sige at tallet *ikke* viser hvor meget det koster for sundhedshuset at en terapeut leverer en time, men derimod hvad det koster at tilbyde en times tilbud til borgerne. Forskellen opstår fordi holdindsatser leveres til flere borgere samtidigt.

## AI aktivitet i perioden

Antal borgere der har modtaget tilbud	104
Samlet antal leverede timer per borger	5

Individuelle tilbud	Antal
Afklarende samtale, timer (antal modtagere)	96 (75)
Forløbssamtale, timer (antal modtagere)	26 (22)
Diætbehandling, timer (antal modtagere)	26 (16)
Motionsvejledning, timer (antal modtagere)	2 (3)
Rygestop, timer (antal modtagere)	1 (2)
Sygdomsmestring, timer (antal modtagere)	1 (2)
Test, timer (antal modtagere)	3 (12)
Afsluttende samtale, timer (antal modtagere)	18 (25)

Holdtilbud	Antal
Diætbehandling, timer (antal modtagere)	0 (0)
Praktisk madlavning, timer (antal modtagere)	8 (9)
Prøvetimer, timer (antal modtagere)	0 (0)
Sygdomsmestring, timer (antal modtagere)	70 (41)
Træning, Hjerte/KOL, timer (antal modtagere)	247 (67)
Rygestop hold, (antal modtagere)	(4)

## Antal planlagte og afholdte hold

Holdliste	Antal
Diætbehandling	6 (5)
Praktisk madlavning	4 (4)
Prøvetimer	-
Sygdomsmestring	55 (50)
Træning, Hjerte/KOL	123 (116)

Note: Tallene i denne tabel viser den samlede aktivitet i perioden (1. juli til 15. november 2018) for alle igangværende forløb. Det vil sige, at aktivitet for forløb opstartet inden d. 1. juli også er inkluderet. For disse forløb er det kun aktiviteten, der er foregået i perioden, der er præsenteret.

05

# FAGLIG PROFIL

SUNDHEDSHUS AMAGER



## SPECIALER

### Bydækkende specialer

Spinal Stenose.

### Kompetenceorganisering

Alle terapeuter skal kunne geriatri og have geriatri som kompetenceprofil. Alle kan tage alle typer af 1. samtale. Nogle terapeuter er specialiseret i ortopædkirurgi.

### Opgavetyper

Primært geriatriske borgere. Herefter ortopædkirurgi. SUL, SEL, pre-rehabilitering, genoptræning på 4 plejehjem (ud af 5), MTO (ophører 1. april), U&R, GLA:D, patientrettet forebyggelse og forebyggende indsatser.

### Leverede trænings- og indsats timer på de forskellige opgaver fra 1. juli til 15. november 2018

Opgave	Leverede timer
SUL-genoptræning	2.429
Heraf ambulant	1.856
Heraf på MTO	573
SEL inkl. SOF-borgere	770
Patientrettet forebyggelse (Hjerte og KOL)	646
Forebyggende indsatser	265
GLA:D	115
Pre-rehabiliteringstilbud	3
Rygforløb	-
U&R	<i>Ikke dataunderbygget</i>
I alt	4.229



## RESSOURCER

Gældende budget på 24,7 mio. kr. i 2018. Indtægter fra plejecentre, SOF mv. på 2,7 mio. kr.

Samlet budget på 27,4 mio. kr.

### Medarbejderoversigt

Stilling	Antal ÅV	Opgavevaretagelse, ÅV			
		Borgerrettet tid	Administrative opgaver	Ledelse	Faglig vejledning
Fysioterapeut	28,0	24,0	1,4	-	2,6
Ergoterapeut	10,5	10,4	0,1	-	-
Diætist	2,0	2,0	-	-	-
Sygeplejerske	2,0	1,1	-	-	0,9
Administrativ medarbejder	2,0	-	2,0	-	-
Leder	3,0	-	-	3,0	-
Samlet	47,5	37,4	3,5	3,0	3,5

Andel administrative medarbejdere	7%	Personaleomsætning*	21,9%
Andel faglige vejledere	7%	Heraf ekstern	21,9%
Andel ledere	6%	Heraf intern	-
		Korttidssygefravær i 2018	5,2%

\* Periode: Fra oktober 2017 til og med september 2018

# BESKRIVELSE VEDR. SUNDHEDSLOVSTRÆNING

Denne del af profilen er særligt relateret til genoptræning efter § 140.



## GOP-PROCES

Gennemsnitlig ventetid 5,8 dage

1. Administrativ medarbejder (adm. 1) modtager besked om GOP i CURA, håndterer opgave, opretter journal til indkaldelse.
2. En fysioterapeut (adm. 2) fungerer som administrativ medarbejder på fuld tid, booker terapeut, borger og kørsel. Der sendes brev til borger. I processen tages hensyn til hvilket forløb/borger der er tale om. Ofte indkaldes en geriatrisk borger ikke til første ledige tid, da de ofte har brug for at "lande", når de er kommet hjem fra hospitalet og er derfor ikke klar til en samtale dagen efter. Denne medarbejder håndterer også ekstern kommunikation i CURA og de forløb der kommer ind her; KOL, hjerte og GLAD.
3. Terapeut modtager besked om booket borger og ringer til borger for at forberede borger på 1. samtale.
4. 1. samtale afholdes



## PRIORITERING

Ved kapacitetspres nedprioriteres opgaver i følgende rækkefølge for at kunne følge med ventetidsgarantien:

Følgende nedprioriteres (i rækkefølge):

- Udskyd journalskrivning og anden dokumentation
- Udskyd møder
- Udskyd kompetenceudvikling

Følgende prioriteres (i rækkefølge):

- 1. samtale
- Hold
- Individuel



## DRIFTSSTYRING

Planlagt fravær og dækning af opgaver heraf varetages af den administrative medarbejder og/eller teamledere.

Hver enkelt terapeut er ansvarlig for at booke individuelle træninger, 1. samtaler bookes af administrativ.

Ved akut dækning, dækker administrativ, men hvis denne ikke er tilgængelig, er terapeuterne selv ansvarlige for at få dagens aktiviteter dækket.

### Redskaber til understøttelse af daglig driftsstyring

Driftsstyringen af ventetid understøttes primært af følgende redskaber "digital holdoversigt", "digital holdplanlægning", fraværskalender, borgerlister, CURA, "hvad der er på vej listen", Outlook og SUFLIS.

Ved akut daglig opgavevaretagelse, fx ved sygdom, koordinerer den administrative medarbejder og terapeuterne via mail.



## PLANLÆGNING

Holdtider: 8.15-15.30

**Praksis for dokumentationstid:** 1 time til vurderingssamtalen, ½ time til hold, 5-10 minutter til individuel

### Planlægning af transport

Planlægges af den enkelte terapeut

### Generel tilgang til systematik i kalenderne

Terapeuterne har fast holdtider (5-6 om ugen) og tider til 1. samtale i deres kalenderne (3 om ugen) på en fuldtidsstilling. Alle terapeuter planlægger deres aktiviteter i samme blokke, hvilket gør det lettere at dække ind for hinanden.

### Faste møder

Et driftsmøde kl. 8.10-9.00 3 x månedligt

En borgerkonference 8.10-9.00 1 x månedligt

Personalemøde/Fagligudvikling 8.10-9.30 2 x månedligt

(Afholdes ikke i hovedferieperioder)



## FOREBYGGENDE INDSATSER

Forebyggende indsatser leveres i sundhedshuset af:

Sygeplejersker, diætister, fysioterapeuter og i mindre omfang ergoterapeuter.

Der spørges til de forebyggende indsatser i første samtale. Det opleves, at det kunne falde mere naturligt senere i forløb og at borgerne er optagede af genoptræning i starten og ikke af KRAM.

Tæt samarbejde mellem terapeuterne og 'KRAM'-medarbejderne, fx diætister. Det opleves som en stor fordel i forhold til viden om de forebyggende indsatser.

NOTE: Processen er den samme for SL og SE

De viste nøgletal er beregnet på afsluttede forløb, der er startet efter d. 1. juli 2018 og afsluttet inden 15. november 2018

Ventetidstal er beregnet på GOP'er modtaget fra d. 1. juli 2018 til og med 15. november 2018

VENTETID FOR AMBULANTE § 140-FORLØB	
Ventetid (pct. overholdelse af ventetidsgaranti)	5,8 dage (99%)
Tid mellem 1. og 2. træning, gns.	8,5 dage

§ 140-TYNGDE – pris per leveret time	
Budget til ambulans SUL / antal leverede timer	759 kr.

AFBUD OG UDEBLIVELSER		
	Afbud	Udeblivelser
1. samtale (SUL i sundhedshus)	19%	2%
Øvrige træninger (SUL i sundhedshus)	14%	3%
Øvrige aktiviteter	22%	3%

FOREBYGGENDE INDSATSER TIL BORGERE I GENOPTRÆNING	
	Andel relevante som takker ja
Diætbehandling individuel / hold	31% / 10%
Praktisk madlavning	2%
Rygestop	7%
Alkoholsamtale	3%

## Gennemsnitligt ambulans § 140-forløb

Igangsat og afsluttede § 140-forløb	Samlet	Geriatric*	Organkirurgi/medicin*
Antal	176	41	19
Gennemsnitlig antal visiterede timetal § 140	5,7	5,5	6,3
Gennemsnitlig antal leveret timetal på § 140	3,3	2,8	3,0
Heraf individuel træning, timetal (~antal træninger)	2,1 (2,1)	1,9 (1,9)	2,8 (2,8)
Heraf Holdtræning, timetal (~antal træninger)	1,2 (4,8)	0,9 (3,6)	0,2 (0,8)
Andel der har holdtrænet, pct.	49%	32%	21%
DUG-forløb, pct.	7%	-	-
Gennemsnitlig varighed af forløb, dage	57	58	56

## Andre nøgletal relateret til § 140-forløb

Samlet antal GOP'er modtaget i perioden (gns. per uge) 600 (30)

Estimat af antal ugentlige hjemmetræninger 45

## Fordeling af modtagne GOP'er i perioden, hvor forløbet er afsluttet

Ambulans (andel der har modtaget træning) 220 (80%)

På MTO (andel der har modtaget træning) 78 (81%)

NOTE: Alle holdtræninger regnet med en normering på 1:4.

\*De to diagnoser der indgår, er de to hyppigste diagnoser blandt § 140 genoptræningsforløb, der behandles ambulans i sundhedshuset



## HENVISNING OG MODTAGELSE

1. Se kvantitativ profil. Fleste hjerteforløb fra sygehuse og flest KOL-forløb fra almen praksis. Genhenvisninger kommer også. Sygehuse sender ofte mere fuldstændige helbredsoplysninger end praktiserende læger – og sidstnævnte sender også oftere til forkert sted (kender ikke særligt meget til tilbuddene).
2. Henvisninger modtages af en fysioterapeut, der indkalder borgeren typisk via brev.
3. Hvor lang tid går der fra henvisning modtages til borger indkaldes?
4. Fejlhenvisninger er sjældne – manglende oplysninger i henvisningerne bliver efterspurgt.
5. En del af de henviste borgere er ikke helt klar over, hvad de skal, når de kommer første gang.



## FAGLIG INDSATS OG KVALITET

1. Træning, motionsvejledning, prøvetimer, diætist, madlavning, rygning, alkohol, sygdomsmestring; KOL: undervisning efter træningssession; hjerte: ikke undervisning efter træning. I træningen lægges op til emner, der tages op i undervisningen.
2. Monofaglig sparring, tværfaglig sparring, sidemandsoplæring, kurser, konferencer, besøg i andre sundhedshuse, besøg på hospitaler (lunge- og hjerteambulatorier).
3. Sygeplejersker, fysioterapeuter, diætister – rygestop også ergoterapeuter; alkoholsamtal – sygeplejerske. Sygeplejersker er også faglig vejledere for KOL – hjerte. Fysioterapeuter har også genoptræning. Diætister – også genoptræning og forebyggende indsatser.
4. Styrket indsats på KOL-hjerte med faglige vejledere har åbnet op for sparring mellem sundhedshusene. Den nødvendige tid til udvikling af tilbuddene anvendes.
5. Hvad er det ledelsesmæssige fokus på patienttrettet forebyggelse?
6. Fælles kontormiljø, sparring på tværs. Alle kender hinandens opgaver – de forebyggende indsatser har medvirket hertil.



## DRIFTSSTYRING

1. Teamleder, administrativ medarbejder og sundhedsprofessionelle har planlægningsroller i hverdagen. Selvstyring mht. den akutte dækning.
2. Se kvantitativ profil.
3. Se kvantitativ profil.
4. Hvad er præbooket, og hvad lægges fleksibelt i kalenderne efter behov? Og hvem styrer det?
5. Oplever ikke særligt tit udeblivelser. Borgerne gives lang snor ved afbud og udeblivelser for at fastholde kontakten; via telefon og breve. Forsøger med alternativer som fx motionsvejledning i stedet for træning. En del af borgerne med KOL overkommer ikke mange aktiviteter.
6. Hvilke finansieringskilder er til forløbene og udviklingstiltag/projekter, og hvad er budgettet og forbruget?
7. Ventetider:
  - Træning: højest 14-21 dage, men mange borgere vil gerne starte senere
  - Sygdomsmestring: ingen på KOL (højest 2 mdr.) og hjertehold starter 4 gange årligt
  - Diætist og madlavning: ingen ventetid (men nogle vil gerne starte senere)



## PLANLÆGNING

1. Fokus på at øge antallet af henvisninger i 'styrket indsats'. Samarbejde med AH. Borgere opfordrer hinanden til at blive henvist.
2. Se henvielse & modtagelse pkt. 2. Desuden kan bookes undervejs i forløbet og afsluttende.
3. Hvordan organiseres og ledes medarbejderne, der varetager forløbene?
4. Se henvielse & modtagelse pkt. 3.
5. Holdundervisning og individuelle samtaler planlægges ved 1. samtale og kan eventuelt justeres undervejs.
6. Er der fast praksis for tid til dokumentation?
7. Der er i høj grad mulighed for differentiering. Hvornår på døgnet? Træning ude/bold/dans.... afhængigt af ønskerne?



## BORGEROPLEVET KVALITET OG EFFEKT

1. En typisk årsag til frafald er sociale og psykiske problemstillinger.
2. Afbud/udebliver - følger op med flere opringninger.
3. Vil gerne se på borgers belastningsgrad mhp. at komme igennem forløbet.
4. Det er svært at måle på borgers evne til at klare livet med kronisk sygdom. Anvendes data (og hvilke) til at understøtte ledelse, læring og udvikling?
5. Diætisterne læser plan & mål for at få sammenhæng for borgeren i spil.

# PATIENTRETRET FOREBYGGELSE

NØGLETAL

## NØGLETAL

- Tallene er baseret på data fra CURA fra 1. juli -15. november 2018
- Budget er leveret af Økonomiafdelingen i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
- Måltal for påbegyndte forløb er leveret af Afdeling for Strategisk Sundhed
- Kilde til borgere på rygestophold er Årshjulet

Antal forløb	Hjerte	KOL
Måltal for antal påbegyndte forløb for 2018 (måltal for perioden)	98 (37)	111 (42)
Antal henvisninger i perioden (procentvis målopfyldelse)	56 (151%)	37 (88%)
Igangværende forløb / afsluttede forløb	46 / 10	33 / 4
Forløb afsluttet uden modtaget tilbud, antal (%)	3 (5%)	1 (3%)
Forløb afsluttet utidigt på borgers initiativ, antal (%)*	3 (3%)	3 (3%)
Forløb gennemført, antal (%)	4 (7%)	0 (0%)
Forløb afbrudt ved indlæggelse/sygdom, antal (%)	0 (0%)	0 (0%)

## Budget

Budget for 2018, kr.	1.569.482 kr.
Pris per leveret time i perioden, kr.**	904 kr.

\* Forløb registreret med afslutningsårsagerne: "Borger har afsluttet", "Borger udeblevet", "Fravalg af indsats" eller "Borger ikke henvendt sig"

\*\* Defineret som budget for perioden delt med antal timer borgerne har modtaget indsatser. Det vil sige at tallet *ikke* viser hvor meget det koster for sundhedshuset at en terapeut leverer en time, men derimod hvad det koster at tilbyde en times tilbud til borgerne. Forskellen opstår fordi holdindsatser leveres til flere borgere samtidigt.

## AI aktivitet i perioden

Antal borgere der har modtaget tilbud	122
Samlet antal leverede timer per borger	5

Individuelle tilbud	
Afklarende samtale, timer (antal modtagere)	116 (85)
Forløbssamtale, timer (antal modtagere)	47 (4)
Diætbehandling, timer (antal modtagere)	47 (32)
Motionsvejledning, timer (antal modtagere)	2 (2)
Rygestop, timer (antal modtagere)	-
Sygdomsmestring, timer (antal modtagere)	-
Test, timer (antal modtagere)	-

Holdtilbud	
Afsluttende samtale, timer (antal modtagere)	20 (26)
Diætbehandling, timer (antal modtagere)	4 (2)
Praktisk madlavning, timer (antal modtagere)	8 (6)
Prøvetimer, timer (antal modtagere)	-
Sygdomsmestring, timer (antal modtagere)	43 (42)
Træning, Hjerte/KOL, timer (antal modtagere)	406 (90)
Rygestop hold, (antal modtagere)	(6)

## Antal planlagte og afholdte hold

Holdliste	Antal
Diætbehandling	11 (7)
Praktisk madlavning	9 (8)
Prøvetimer	-
Sygdomsmestring	28 (28)
Træning, Hjerte/KOL	200 (189)

Note: Tallene i denne tabel viser den samlede aktivitet i perioden (1. juli til 15. november 2018) for alle igangværende forløb. Det vil sige, at aktivitet for forløb opstartet inden d. 1. juli også er inkluderet. For disse forløb er det kun aktiviteten, der er foregået i perioden, der er præsenteret.



06

# FAGLIG PROFIL

SUNDHEDSHUS NØRREBRO



## SPECIALER

### Bydækkende specialer

Stressklinik, rygcenter, ortopædkirurgisk- og idrætsmedicinsk enhed.

### Kompetenceorganisering

Rygcenter rummer både SUL og den tværfaglige, socialmedicinske indsats til borgere med ryg- og nakke problemer og har kiropraktorer, socialrådgiver og læger tilknyttet. Ortopædkirurgisk – og idrætsmedicinsk enhed har SUL, GLA:D og prærehabilitering. Generelt er borgerne i SH Nørrebro erhvervsaktive.

### Opgavetyper

SUL, GLA:D, patientrettet forebyggelse og forebyggende indsatser. Stressforløb 'Åben og rolig' på Nørrebro og Amager (ledes fra NØ), lægehenviste forløb (tværfaglig indsats), pre-rehabilitering.

### Leverede trænings- og indsats timer på de forskellige opgaver fra 1. juli til 15. november 2018

Opgave	Leverede timer
SUL-genoptræning	5.937
<i>Heraf ambulant</i>	5.870
<i>Heraf på MTO</i>	67
SEL inkl. SOF-borgere	-
Stressklinik	992
Patientrettet forebyggelse (Hjerte og KOL)	440
Forebyggende indsatser	220
GLA:D	250
Pre-rehabiliteringstilbud	-
Rygforløb	3.087
U&R	<i>Ikke dataunderbygget</i>
I alt	10.925



## RESSOURCER

Samlet budget på 60,2 mio. kr. i 2018 (heraf ca. 11 mio. til stressklinik)

### Medarbejderoversigt

Stilling	Antal års-værk	Borgerrettet tid	Administrative opgaver	Faglig vejledning	Ledelse
Fysioterapeut*	49,5	45,5	2,3	1,7	-
Diætist	1,9	1,9	-	-	-
Sygeplejerske	1,8	1,5	0,3	-	-
Psykolog	16,8	15,4	1,0	0,4	-
Ledende Kiropraktor	1,0	0,5	0,3	-	0,2
Kiropraktor	1,0	1,0	-	-	-
KOL-vejleder	1,0	0,7	0,3	-	-
Socialrådgiver	1,0	1,0	-	-	-
Økonomi- og udviklingskonsulent	1,0	-	1,0	-	-
Sekretær	7,9	-	7,9	-	-
Servicemedarbejder	1,4	-	1,4	-	-
Leder	3,0	-	-	-	3,0
Sundhedshusleder	1,0	-	-	-	1,0
Samlet	88,3	67,5	14,5	2,1	4,2

\*Inkl. én udviklings- og forskningsterapeut med 20 % borgerrettet tid og 80 % faglig vejledning

Andel administrative årsværk	16%	Personaleomsætning*	12,5%
Andel faglige vejledere	2%	Heraf ekstern	7,3%
Andel ledere	5%	Heraf intern	5,2%
		Korttidssygefravær i 2018	4,7%

\* Periode: Fra oktober 2017 til og med september 2018

# BESKRIVELSE VEDR. SUNDHEDSLOVSTRÆNING

Denne del af profilen er særligt relateret til genoptræning efter § 140.



## GOP-PROCES

### Gennemsnitlig ventetid 6,1 dage

Proces fra GOP modtages til 1. samtale er booket:

1. Sekretær fremsøger GOP i CURA og printer disse og fordeler dem i henhold til ort.kir og ryggspecialer. Der fremsøges ledige nye tider hos behandlerne, som printes.
2. Kl. 12.00-13.30 fysioterapeuten som visiterer henter GOP. Der foretages en faglig vurdering af GOP, som kan betyde at Genoptræning KBH kontaktes for sparring. Der monitoreres på ventetid ift.. antal GOP og ledige tider. Tider til 1. samtale bookes i behandlernes kalendere. Relevante oplysninger noteres på GOP, som afleveres tilbage til sekretær.
3. Sekretær ringer til samtlige borgere for at tilbyde 1. samtale tid. Herefter sendes der indkaldelsesbrev til borgerne.
4. Borger møder ind til 1. samtale



## PRIORITERING

### Ved kapacitetspres prioriteres følgende for at kunne følge med ventetidsgarantien:

Hvilken form for prioritering afhænger af hvor mange nye tider der mangler i forhold til antal GOP

- Kortere tid til 1. samtale (1/2 time ekskl. administration)
- Opfølgningstider inddrages til 1. samtaler
- Mødeaktivitet kan inddrages for at alle kan tage en ekstra 1. samtale

### Ort.kir:

Kortere tid til 1. samtale, er kun gældende for ny-opererende borgere.

### Ryg:

Kortere tid til 1. samtale bruges til alle borgere – primært SUL men kan også bruges til ryghenviste borgere.



## DRIFTSSTYRING

Varetagelse af den primære daglige driftsstyring sker i samarbejde mellem leder og teamkoordinator.

Alle behandleres kalendere er sat op efter en defineret algoritme i forhold til ansættelsesbrøk (bl.a. fastlagte nye tider, antal hold, antal opfølgningstider, administrationstid) Den daglige drift omfatter bl.a. fordeling af opgaver ved uplanlagt fravær fx sygdom.

### Ort.kir:

Nye borgere tilbydes tid hos anden behandler samme dag, i prioriteret rækkefølge:  
- Ledig ny tid tilbydes borgeren.  
- Ledig opfølgningstid  
- Behandler fra hold med 2 behandler, går fra til ny borger  
-- Blokeret adm tid afsættes til ny borger.

### Ryg:

I forbindelse med visitationen om eftermiddagen, skabes der et overblik over ledig kapacitet dagen efter. Ledige tider skrives på en tavle i sekretariatet. Ved uplanlagt fravær tilbydes borgeren tider herfra på samme dag



## PLANLÆGNING

### Holdtider - holdnormering

**Ort.kir:** Der er 92 holdtider/uge er normeret som følgende:

1:3 – 7 hold, 1:4 – 77 hold, 1:5 – 4 hold, 1:6 – 4 hold.

**Ryg:** Der er 18 holdtider /uge

1:10 – 4 hold

1,5:12 – 5 hold (2 terapeuter halvdelen af tiden)

Holdtider fordelt fra kl. 7.30-17.30

### Praksis for dokumentationstid

1. samtale: 30 min.

Opfølgningstider: 15 min.

Hold: 30 min. per holdgang

### Planlægning af transport

Anmodning af kørsel og tolv foretages af behandler via mail til sekretærene. Der sendes en mail for hver behandlingsgang (hold kan samles i 1 mail). Sekretær bestiller ud fra oplysninger.

### Generel tilgang til systematik i kalendere

Alle behandleres kalendere er sat op efter en defineret algoritme i forhold til ansættelsesbrøk (bl.a. fastlagte nye tider, antal hold, antal opfølgningstider, administrationstid). Ryg: 8 1. samtaler/ugen Ort.kir: 5 1. samtaler/ugen

### Faste møder

Teammøde: 60 min./ugen Faglig konf.: 45 minutter/uge. Fælles møde for alle: 60 min./måned



## FOREBYGGENDE INDSATSER

### Forebyggende indsatser leveres i sundhedshuset af ...

Der spørges altid ind til de forebyggende indsatser ved alle forløb, og som hovedregel ved første samtale.

Hvis borger er interesseret i en forebyggende indsats, så udfylder terapeuten en seddel til det forebyggende team, der ringer borger op.

Der er fælles borgerrettede teammøder, hvor medarbejdere fra forebyggelse og genoptræning er deltagende.

De viste nøgletal er beregnet på afsluttede forløb, der er startet efter d. 1. juli 2018 og afsluttet inden 15. november 2018

Ventetidstal er beregnet på GOP'er modtaget fra d. 1. juli 2018 til og med 15. november 2018

## VENTETID FOR AMBULANTE § 140-FORLØB

Ventetid (pct. overholdelse af ventetidsgaranti)	6,1 dage (97%)
Tid mellem 1. og 2. træning, gns.	12,3 dage

## § 140-TYNGDE – pris per leveret time

Budget til ambulante SUL / antal leverede timer	780 kr.
---	---------

## AFBUD OG UDEBLIVELSER

	Afbud	Udeblivelser
1. samtale (SUL i sundhedshus)	29%	6%
Øvrige træninger (SUL i sundhedshus)	17%	4%
Øvrige aktiviteter	19%	4%

## FOREBYGGENDE INDSATSER TIL BORGERE I GENOPTRÆNING

	Andel relevante som takker ja
Diætbehandling individuel / hold	16% / 4%
Praktisk madlavning	10%
Rygestop	1%
Alkoholsamtale	3%

## Gennemsnitligt ambulante § 140-forløb

Igangsat og afsluttede § 140-forløb	Samlet	Leddys*	Ryg (ikke opereret)*
Antal	441	175	92
Gennemsnitlig antal visiterede timetal § 140	4,7	4,0	4,1
Gennemsnitlig antal leveret timetal på § 140	3,0	2,6	2,9
Heraf individuel træning, timetal (~antal træninger)	2,3 (2,3)	2 (2)	2,7 (2,7)
Heraf Holdtræning, timetal (~antal træninger)	0,7 (2,8)	0,6 (2,4)	0,3 (1,2)
Andel der har holdtrænet, pct.	38%	42%	14%
DUG-forløb, pct.	1%	-	-
Gennemsnitlig varighed af forløb, dage	58	57	60

## Andre nøgletal relateret til § 140-forløb

Samlet antal GOP'er modtaget i perioden (gns. per uge) 1.752 (88)

Estimat af antal ugentlige hjemmetræninger 0

## Fordeling af modtagne GOP'er i perioden, hvor forløbet er afsluttet

Ambulant (andel der har modtaget træning) 590 (75%)

På MTO (andel der har modtaget træning) 3 (100%)

NOTE: Alle holdtræninger regnet med en normering på 1:4.

\*De to diagnoser, der indgår, er de to hyppigste diagnoser blandt § 140 genoptræningsforløb, der behandles ambulante i sundhedshuset

# PATIENTTRETET FOREBYGGELSE



## HENVISNING OG MODTAGELSE

1. Se kvantitativ profil.
2. Får relativt få henvist fra BBH-FH. Kan ikke modtage højrisikoborgere.
3. Henvisninger modtages i CURA af sekretær
4. Der er en fast intern procedure for, hvor lang tid, der må gå: Henvisningen skal behandles < 5 dage, tilsendes tid < 10 dage og 1 samtale afholdes < 15 dage, (typisk hurtigere). Hvis borgeren ikke bruger e-boks, kan der gå længere tid.
5. Retur ved fejlhenvisninger. Eventuelt fx korrespondancemeddelelser ved mangelfulde prøvesvar. Eventuelt indkalde alligevel, hvis der er gamle prøvesvar – det er en faglig vurdering. Fejlhenvisninger vedrørende diabetes sendes direkte til Center for Diabetes. Læger der henviser til overvægtstræning sendes retur til lægen.
6. Ved oprettelsen sættes en forløbsansvarlig på til 1. og afsluttende samtale. Ringer eller skriver til borgeren + booker medarbejderen i Outlook.



## FAGLIG INDSATS OG KVALITET

1. Træningen har første prioritet. Følger de faglige vejledninger. Nogle gange indgår pårørende i dele af forløbet (særligt på hjertehold).
  - Afklarende samtale leder til en plan ud fra, hvornår borgeren vil starte og ønsker – indsatser vedrørende :
    - Rygning
    - Alkohol
    - Ernæring
    - Fysisk aktivitet
    - Mental sundhed
  - Træningsforløb (ofte det første)
  - Sygdomsmestring
  - Praktisk madlavning
  - Rygestop (kurser eller individuelt)
2. Se pkt. 4.
3. Medarbejderne har været ansat i mange år (minimum 10 år) og har stor faglig viden og erfaring – mange med specialiserede kompetencer; KOL, hjerte, KRAM og sundhedspædagogik. Fysioterapeuter, diætister, sygeplejersker, sekretærer og socialrådgiver.
4. Sparringsmøde hver 2. møde, fx CURA, brugerinddragelse. Fokus på at udvikle tilbuddet, så det matcher borgerne, især de sårbare.
5. Sundhedshusene holder faste møder med team og KOL-faglig vejleder
6. Træning og sygdomsmestring er lagt sammen i forløbsindsatsen – overvejelser om at rumme sårbare og udsatte borgere



## DRIFTSSTYRING

1. Hvordan varetages den daglige driftsstyring?
2. Se kvantitativ profil.
3. Havde 38 hjerte+KOL-forløb i oktober-november 2018 (leveret 440 timer i perioden 1/7-31/10, ej valideret).
4. Hvordan håndteres kapacitetsstyring dag til dag, langsigtet planlægning og rekruttering?
5. Borgerne bliver altid kontaktede per telefon flere gange ved afbud og udeblivelser. Søges motiveret til at modtage andre tilbud og udslusning.
6. Se kvantitativ profil.
7. Under pres kan der være op til én måneds ventetid til start på KOL-hold. Der er ingen ventetid til KRAM-indsatser.



## PLANLÆGNING

1. Det er svært at rekruttere de erhvervsaktive til indsatser – så hvordan? Der er stor fleksibilitet i at oprette nye hold, hvis der er mange borgere – tilsvarende omlægge hold, hvis de er halvfylde. Har et samarbejde med Lungeforeningen og Hjerteforeningen om annoncering.
2. Borgere og medarbejdere bookes ved første samtale. Datoer til hjertehold udleveres med det samme – nogle gange afventer dato til KOL-hold, når der er pres på
3. Teamledelse. Opgaver på tværs?
4. Se henvisning og modtagelse pkt. 4.
5. Hvordan planlægges holdundervisning og individuelle samtaler?
6. Er der fast praksis for tid til dokumentation?
7. I hvilken grad er det muligt at differentiere indsatser i forhold til borgerens behov og ressourcer?



## BORGEROPLEVET KVALITET OG EFFEKT

1. Der er ikke mange med KOL og samtidig anden etnisk baggrund end dansk. I nogle husene er der flere sårbare og udsatte borgere (fx med misbrugsproblematik) med forløb end i andre huse. De skal tænkes anderledes sundhedspædagogisk.
2. Rutinemæssigt brug af prøvetimer i samarbejde med mange foreninger? Se også driftsstyring pkt. 5.
3. Se pkt. 1.
4. Der er ikke data tilgængelig om målgruppen eller resultater af indsatser. Medarbejdernes erfaringer inddrages ved bl.a. teammøder.
5. Der er ikke data tilgængelig om borgernes oplevelser af dele af/det samlede forløb. Case-eksempler kan tages op fx ved teammøder.

# PATIENTRETTET FOREBYGGELSE

NØGLETAL

## NØGLETAL

- Tallene er baseret på data fra CURA fra 1. juli -15. november 2018
- Budget er leveret af Økonomiafdelingen i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
- Måltal for påbegyndte forløb er leveret af Afdeling for Strategisk Sundhed
- Kilde til borgere på rygestophold er Årshjulet

Antal forløb	Hjerte	KOL
Måltal for antal påbegyndte forløb for 2018 (måltal for perioden)	125 (47)	141 (53)
Antal henvisninger i perioden (procentvis målopfyldelse)	26 (55%)	54 (102%)
Igangværende forløb / afsluttede forløb	24 / 2	47 / 7
Forløb afsluttet uden modtaget tilbud, antal (%)	0 (0%)	4 (7%)
Forløb afsluttet utidigt på borgers initiativ, antal (%)*	0 (0%)	3 (3%)
Forløb gennemført, antal (%)	2 (8%)	0 (0%)
Forløb afbrudt ved indlæggelse/sygdom, antal (%)	0 (0%)	0 (0%)

## Budget

Budget for 2018, kr.	2.001.890 kr.
Pris per leveret time i perioden, kr.**	1.774 kr.

\* Forløb registreret med afslutningsårsagerne: "Borger har afsluttet", "Borger udeblevet", "Fravalg af indsats" eller "Borger ikke henvendt sig"

\*\* Defineret som budget for perioden delt med antal timer borgerne har modtaget indsatser. Det vil sige at tallet *ikke* viser hvor meget det koster for sundhedshuset at en terapeut leverer en time, men derimod hvad det koster at tilbyde en times tilbud til borgerne. Forskellen opstår fordi holdindsatser leveres til flere borgere samtidigt.

## AI aktivitet i perioden

Antal borgere der har modtaget tilbud	88
Samlet antal leverede timer per borger	5

Individuelle tilbud	Antal
Afklarende samtale, timer (antal modtagere)	87 (64)
Forløbssamtale, timer (antal modtagere)	30 (9)
Diætbehandling, timer (antal modtagere)	30 (19)
Motionsvejledning, timer (antal modtagere)	25 (8)
Rygestop, timer (antal modtagere)	13 (6)
Sygdomsmestring, timer (antal modtagere)	13 (6)
Test, timer (antal modtagere)	5 (20)
Afsluttende samtale, timer (antal modtagere)	2 (3)

Holdtilbud	Antal
Diætbehandling, timer (antal modtagere)	-
Praktisk madlavning, timer (antal modtagere)	16 (14)
Prøvetimer, timer (antal modtagere)	-
Sygdomsmestring, timer (antal modtagere)	17 (6)
Træning, Hjerte/KOL, timer (antal modtagere)	219 (47)
Rygestop hold, (antal modtagere)	(2)

## Antal planlagte og afholdte hold

Holdliste	Antal
Diætbehandling	-
Praktisk madlavning	6 (6)
Prøvetimer	-
Sygdomsmestring	5 (5)
Træning, Hjerte/KOL	119 (103)

Note: Tallene i denne tabel viser den samlede aktivitet i perioden (1. juli til 15. november 2018) for alle igangværende forløb. Det vil sige, at aktivitet for forløb opstartet inden d. 1. juli også er inkluderet. For disse forløb er det kun aktiviteten, der er foregået i perioden, der er præsenteret.

07

# FAGLIG PROFIL

TRÆNINGSCENTER BISPEBJERG



## SPECIALER

### Bydækkende specialer

Intet bydækkende speciale.

### Kompetenceorganisering

Primært geriatriske borgere. Geriatri som faglig profil for medarbejderne. Alle medarbejdere kan tage alle opgaver og dække for hinanden med undtagelse af inkontinens, hvor to terapeuter er specialister.

### Opgavetyper

SUL, SEL, genoptræning på 8 plejehjem og kontrakter med 4 (ud af 8), MTO, U&R.

### Leverede trænings- og indsats timer på de forskellige opgaver fra 1. juli til 5. november 2018:

Opgave	Leverede timer
SUL-genoptræning	1.916
<i>Heraf ambulans</i>	770
<i>Heraf på MTO</i>	1.146
SEL inkl. SOF-borgere	803
Patientrettet forebyggelse (Hjerte og KOL)	-
Forebyggende indsatser	-
GLA:D	-
Pre-rehabiliteringstilbud	-
Rygforløb	-
U&R	<i>Ikke dataunderbygget</i>
I alt	2.718



## RESSOURCER

Gældende budget på 13,6 mio. kr. i 2018, indtægter fra plejecentre og SOF på i alt 2,1. mio.kr.

Samlet budget til rådighed 15,7 mio. kr.

### Medarbejderoversigt

Stilling	Antal ÅV	Opgavevaretagelse, ÅV				
		Borgerrettet tid	Administrative opgaver	Ledelse	Faglig vejledning	Klinisk undervisning
Fysioterapeut	16,3	14,7	0,9	-	-	0,7
Ergoterapeut	12,7	10,8	0,1	-	1,0	0,9
Rehabiliteringsfaglig Vejleder	1,0	-	-	-	1,0	-
Faglig vejleder på plejecenter	0,9	-	-	-	0,9	-
Afdelingsleder	1,0	-	-	1,0	-	-
Faglig Leder	1,0	-	-	1,0	-	-
Samlet	32,9	25,5	0,9	2,0	2,9	1,6

Andel administrative medarbejdere	3%	Personaleomsætning*	18,9%
Andel faglige vejledere	9%	Heraf ekstern	16,2%
Andel ledere	6%	Heraf intern	2,7%
		Korttidssygefravær i 2018	5,0%

\* Periode: Fra oktober 2017 til og med september 2018



# BESKRIVELSE VEDR. SUNDHEDSLOVSTRÆNING

Denne del af profilen er særligt relateret til genoptræning efter § 140.



## GOP-PROCES

**Gennemsnitlig ventetid  
4,2 dage**

Proces fra GOP modtages til 1. samtale er booket

1. En terapeut med administrativ funktion har fast opgave med at modtage GOP og matche med relevant terapeut.
2. Den administrative terapeut booker terapeut og borger ud fra skema med faste tider til 1. samtale. Der sendes brev til borger og ringes altid.
3. Hvis der er booket ekstra 1. samtaler ud over de faste tider, modtager terapeut en mail om dette fra booker.
4. 1. samtale afholdes



## PRIORITERING

**Ved kapacitetspres nedprioriteres opgaver i følgende rækkefølge for at kunne følge med ventetidsgarantien:**

Der aflyses aldrig hold og 1. samtaler.

Ved kapacitetspres gøres følgende:

- Samling af småhuller i terapeuternes kalendere kan give en ekstra tid
- Nedprioritering af dokumentationstid



## DRIFTSSTYRING

**Varetagelse af den primære daglige driftsstyring**

Terapeuter og afd. leder eller faglig leder planlægger dagens afvigelser (sygdom mv.), ved dagligt tavlemøde.

**Redskaber til understøttelse af daglig driftsstyring**

Der holdes tavlemøde hver morgen for de terapeuter i ambulansgruppen, der er til stede i huset. Her fordeles eventuelle opgaver ved sygdom, individuelle træningsforløb videregives, hvis fx en terapeut ikke selv har plads i kalenderen, og der dannes fælles overblik over kapaciteten på holdene. Ved færre borgere på holdene end planlagt, kan én terapeut frigøres til andre opgaver. Tavlemøderne ledes af faste tavlemøde-ansvarlige, som enten er koordinatore eller ledere.

Herudover bruges terapeuternes kalendere til at danne overblik.



## PLANLÆGNING

**Holdtider for genoptræningshold:**  
kl. 9.00-15.00

**Faste tider til 1. samtaler:** Der er planlagt 21 faste tider om ugen. Hvis der er behov ud over dette, bookes der på andre ledige tider og terapeuterne informeres.

**Praksis for dokumentationstid:**  
Terapeuterne administrerer selv dokumentationstiden.

**Planlægning af transport:**  
**Hjemmetræning** forsøges lagt samlet ift. hvor borger bor. SU lovs træning på plejecentre varetages af 1 fast fys- eller ergoterapeut, for hvert enkelt sted.

**Generel tilgang til systematik i kalenderne:** Terapeuterne har faste holdtider og tider til 1. samtale i deres kalendere. Derud over faste dage til kontrakt plejecentre eller U&R.

**Faste møder:** Onsdag morgen 8.00-9.30 i 3 ud af 4 onsdage om måneden. 1. ons. Personalemøde for hele terapeutgruppen. 2. onsdag faglig udvikling for hele gruppen, 3. og 4. onsdag teammøde (Ambulant, Plejecenter, MTO)



## FOREBYGGENDE INDSATSER

**Forebyggende indsatser leveres i sundhedshuset af ...**

Der spørges til de forebyggende indsatser i første samtale. Der følges op efter behov i efterfølgende samtaler.

De borgere der ønsker forebyggende indsatser henvises til Sundhedshus Nørrebro. Der oprettes en observation i CURA, som lægges som opgave til sundhedshuset.

De viste nøgletal er beregnet på afsluttede forløb, der er startet efter d. 1. juli 2018 og afsluttet inden 15. november 2018

Ventetidstal er beregnet på GOP'er modtaget fra d. 1. juli 2018 til og med 15. november 2018

## VENTETID FOR AMBULANTE § 140-FORLØB

Ventetid (pct. overholdelse af ventetidsgaranti)	4,2 dage (98%)
Tid mellem 1. og 2. træning, gns.	6,7 dage

## § 140-TYNGDE – pris per leveret time

Budget til ambulante SUL / antal leverede timer	946 kr.
---	---------

## AFBUD OG UDEBLIVELSER

	Afbud	Udeblivelser
1. samtale (SUL i sundhedshus)	28%	6%
Øvrige træninger (SUL i sundhedshus)	19%	3%
Øvrige aktiviteter	16%	2%

## FOREBYGGENDE INDSATSER TIL BORGERE I GENOPTRÆNING

	Andel relevante som takker ja
Diætbehandling individuel / hold	16% / 1%
Praktisk madlavning	1%
Rygestop	2%
Alkoholsamtale	3%

## Gennemsnitligt ambulante § 140-forløb

Igangsat og afsluttede § 140-forløb	Samlet	Geriatric*	Organkirurgi/ medicin*
Antal	89	24	19
Gennemsnitlig antal visiterede timetal § 140	5,9	5,5	6,3
Gennemsnitlig antal leveret timetal på § 140	3,5	2,8	3,4
Heraf individuel træning, timetal (~antal træninger)	3,1 (3,1)	2,6 (2,6)	3 (3)
Heraf Holdtræning, timetal (~antal træninger)	0,4 (1,6)	0,2 (0,8)	0,4 (1,6)
Andel der har holdtrænet, pct.	20%	17%	21%
DUG-forløb, pct.	-	-	-
Gennemsnitlig varighed af forløb, dage	53	52	53

## Andre nøgletal relateret til § 140-forløb

Samlet antal GOP'er modtaget i perioden (gns. per uge)	400 (20)
Estimat af antal ugentlige hjemmetræninger	50%

## Fordeling af modtagne GOP'er i perioden, hvor forløbet er afsluttet

Ambulant (andel der har modtaget træning)	140 (64%)
På MTO (andel der har modtaget træning)	103 (85%)

NOTE: Alle holdtræninger regnet med en normering på 1:4.

\*De to diagnoser der indgår, er de to hyppigste diagnoser blandt § 140 genoptræningsforløb, der behandles ambulante i sundhedshuset

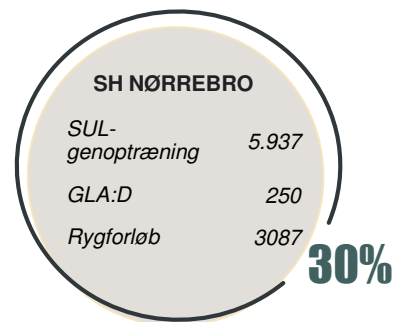
# FORKLARING AF UDVALGTE NØGLETAL I PROFILERNE

NØGLETAL	FORKLARING
Officiel stillingsbetegnelse ÅV (2017)	Stillingsbetegnelser og summering af årsværk fra OPUS modtaget fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningens Afdeling for Økonomi
Personaleomsætning	Medarbejdere ansat på tidsbegrænsede kontrakter indgår også. Periode oktober 2017 til og med september 2018
Gennemsnitlig tid mellem 1. og 2. træning	Gennemsnitligt antal dage mellem første <i>fremmødte</i> aftale og anden <i>tilbudte</i> aftale for SUL-forløb med ventetidsgaranti.
§ 140-tyngde – pris per leveret time	Budgetpost til "Sundhedslov" delt med antal leverede ambulante timer på § 140. Budgettet er justeret for den 4 måneders periode.
1. samtale (SUL) – afbud/Udeblivelse	Andelen af første samtaler defineret som den første aktivitet efter dato for § 140-forløb, der er foregået i sundhedshuset (ikke på MTO eller plejecenter), der i CURA bliver registreret med "Aftalestatus": "Borger aflyser" eller "Borger udeblevet"
Øvrige træninger (SUL) - afbud/Udeblivelse	Andelen af træninger, som ikke er den første samtale, for § 140-forløb der er foregået i sundhedshuset (ikke på MTO eller plejecenter), der i CURA bliver registreret med "Aftalestatus": "Borger aflyser" eller "Borger udeblevet"
Alle øvrige aktiviteter – afbud/udeblivelser	Andelen af øvrige aktiviteter på nær § 140-forløb, der i CURA bliver registreret med "Aftalestatus": "Borger aflyser" eller "Borger udeblevet". Inkluderer forebyggende indsatser, patientrettet forebyggelse, GLA:D, SEL, rygtilbud og prehabiliteringstilbud.
Forebyggende indsatser	Andelen, der modtager forebyggende indsatser ud af antallet af borgere, indsatsen er relevante for.
<i>Gennemsnitligt § 140-forløb for borgere, der har modtaget genoptræning</i>	
Antal	Antal ambulante §140-forløb, hvor borgeren har modtaget træning. Forløb der aldrig er blevet igangsat fx fordi borger ikke er mødt op, er ikke inkluderet. Inkluderede forløb er opstartet og afsluttet i perioden.
Gennemsnitlig antal visiterede timetal § 140	Nøgle fra Genoptræning København (Let=3 timer, Moderat=4 timer, Udvidet=5,5 timer osv.) er anvendt til at omregne visiterede forløb til visiterede timer. Tallet er udregnet på det antal forløb, der er angivet øverst i tabellen.
Gennemsnitlig antal leveret timetal på § 140	Variablen "Varighed" fra CURA er anvendt for de individuelle træninger hvor borgeren er fremmødt. For alle hold-aktiviteter er varigheden divideret med 4, med udgangspunkt i en normering på 1:4.
Heraf individuel træning	Variablen "Varighed" fra CURA er anvendt og summeret for alle aktiviteter med "Aftaletypen" "Individuel". Divideres med antal igangsatte forløb.
Heraf holdtræning	Variablen "Varighed" fra CURA er anvendt, divideret med 4 og summeret for alle aktiviteter med "Aftaletypen" "Hold". Divideres med antal igangsatte forløb.
DUG-forløb	Andel igangsatte § 140-forløb, der er ICURA. DUG-forløb der anvender Exorlive og Virtuel Genoptræning er ikke inkluderet. Risiko for at 10-20 pct. af ICURA forløbene ikke er registreret i CURA.
Andel der har modtaget træning	Andelen af afsluttede forløb, hvor borgeren har været fremmødt til minimum én aktivitet.

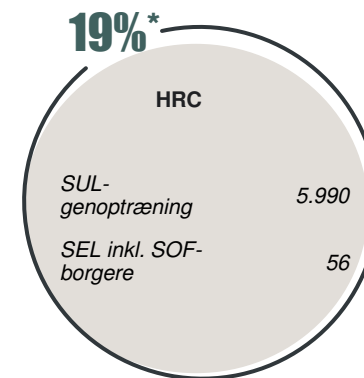
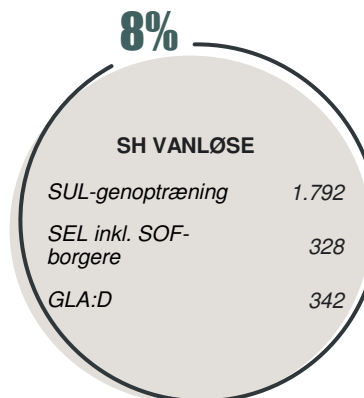
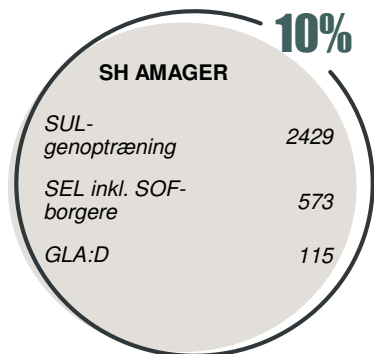
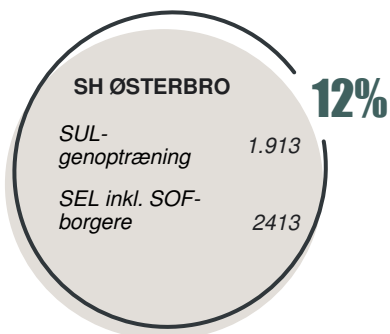
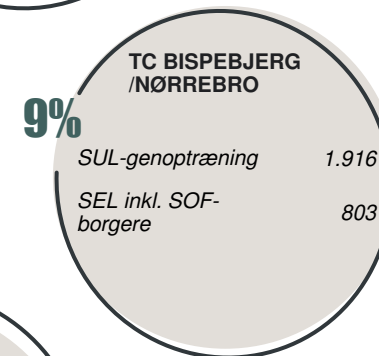
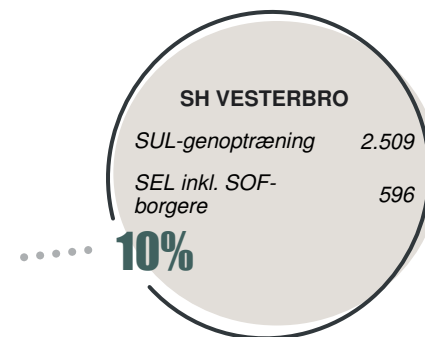
09

# ØVRIGE BILAG

# FORDELING AF LEVEREDE TRÆNINGSTIMER PÅ HUSENE



Indsats	Leverede træningstimer
SUL-genoptræning	22.487
SEL inkl. SOF-borgere	4.769
GLA:D	707
Rygforløb	3.087



Tallene på denne side viser forskellene mellem sundhedshusene og træningscentrene i antallet af leverede træningstimer og fordelingen af timerne på indsatser. Sundhedshus Nørrebro leverer 30 pct. af det samlede antal træningstimer fordelt på genoptræning efter sundhedsloven, genoptræning efter serviceloven, GLA:D og rygforløb. Under hvert hus er antallet af timer fordelt på de indsatser som leveres i det pågældende hus. Sundhedshus Nørrebro har i perioden leveret 5.937 timer på genoptræning efter sundhedsloven.

Data er for perioden 1. juli – 15. november 2018.

Figuren viser, at der er relativt store forskelle i aktivitetsniveauer, når det gælder leverede træningstimer.

Det ses endvidere, at balancerne mellem de forskellige indsatstyper ligeledes varierer mellem husene.

\*Det bemærkes, at antallet af træningstimer for HRC formentlig er overvurderet, da der er udfordringer med afbudsregistrering/fremmødere registrering til holdtræning på HRC.

# OPSAMLING PÅ BIDRAG FRA BORGER- OG MEDARBEJDERWORKSHOP

Gennem de afholdte workshops er følgende behov og potentialer for design af mere attraktive tilbud til borgerne fremkommet. De er nedenfor samlet i overordnede designprincipper, som kan danne grundlag for fremtidig design af tilbud. På den efterfølgende slide er samlet en række konkrete ideer som er udviklet på designworkshoppen med deltagelse af ledere fra sundhedshuse og træningscentre.

## Designprincipper



### Fleksibilitet

## Genoptræning

- Større valgfrihed for borgere til at tilpasse forløb, tilvælge indsatser (uvisiteret/sundhedshus/Sundheds- og Omsorgsforvaltningen selvvisiterende) og planlægge, hvornår træningen skal finde sted.
- Mulighed for at træne på egen hånd undervejs i forløb og som en måde at forlænge forløbet, hvis borger har behov for ekstra træning. Mere fleksible åbningstider, særligt for brugere som samtidig er i fuldtidsarbejde.

## Forebyggelse

- Løbende dialog med borger om interesse og motivation for de forebyggende indsatser og ikke kun i 1. samtale
- Mere fleksible åbningstider, særligt for brugere med fuldtidsarbejde
- Hurtigere mulighed for at påbegynde en forebyggende indsats når borger er motiveret og takket "ja" til en indsats, så borger ikke skal vente på opstart af et hold



### Individuel tilpasning og differentiering

- En individuel tilpasning af forløbene og bevægelse fra standardiserede forløb til forløb der i samarbejde med borger tilrettelægges ud fra borgers vidensniveau, behov og forudsætninger.
- Øget differentiering blandt tilbud og kontinuerlig udvikling af formerne for tilbud (skærm, hold, individuel, maskiner, app, udetræning, forebyggende indsatser)

- Mere differentieret sammensætning af forløb og hold, så at deltagernes niveau og forudsætninger er tilpasset det øvrige deltagere. Flere borgere giver udtryk for, at de har afsluttet deres forløb, fordi de ikke følte de fik tilstrækkeligt udbytte af deres holdaktivitet.
- Flere individuelle hensyn, særligt i forbindelse med vejledning og træning.



### Andet

- Screene alle henviste borgere for, om der skal tilbydes andet end henvisningsårsagen, så forløbet tilpasses til den enkelte borgere

- Mulighed for kørsel til forebyggende indsatser
- Kommunikation og information



---

På designworkshopen er der udviklet en række forslag til konkrete prøvehandlinger, der kan afprøves gennem korte og afgrænsede udviklingssprint for at sikre tæt opfølgning på resultater og effektiv anvendelse af ressourcer:

- At borger ved 1. samtale designer sit forløb i samarbejde med fagpersonale, herunder tidspunkt og sted for træning og træningsmuligheder (skærm, hold, individuel, maskiner, app, ude træning, forebyggende indsatser)
  - At forløbet tilpasses individuelt ud fra en 1. samtale om mål og indhold, én ugentlig superviseret træning og herudover mulighed for træning på åbne hold tre gange ugentligt mellem fx kl. 16.00 og 20.00.
  - At sundhedshusene bliver selvvisiterende. Ved 1. samtale foretages vurderingen af hvilket forløb borger skal visiteres til.
  - En klippekortsmodel, hvor borger får et antal klip, der kan bruges fleksibelt til fx individuel træning, DUG, holdtræning, ude træning, hjemmetræning, motionsvejledning mv.
  - Udvikling af APP der giver mulighed for overblik over træninger og aftaler i CURA, melde sig på hold, coach/supervision, netværksdannelse, kørselsaftaler mv.
-