

# Intern evaluering af

arbejdsgangene på

# rehabiliterings- pladserne

set i forhold til det nye rehabiliteringskoncept

4. september 2009

Endelig udgave

**Københavns Kommune**  
**Sundheds- og Omsorgsforvaltningen**  
**Sundhedsstaben**

# Indholdsfortegnelse

<b>1. <u>Kapitel: Sammenfatning</u></b>	<b>1</b>
<b>2. <u>Kapitel: Formål, konklusion og anbefalinger</u></b>	<b>2</b>
2.1. <u>Introduktion og læsevejledning</u>	2
<u>Læsevejledning</u>	2
2.2. <u>Rehabiliteringsafdelingernes formål og ydelser</u>	3
2.3. <u>Evalueringsformål og spørgsmål</u>	5
2.4. <u>Konklusion</u>	5
<u>Efterlevelse af overordnede mål</u>	6
<u>Efterlevelse af mål for forløbene</u>	6
2.5. <u>Anbefalinger</u>	8
<u>Inden ophold på rehabiliteringsafdeling</u>	9
<u>Kort ophold eller vurderingsophold</u>	9
<u>De tre forløb: Udslusning, Genoptræning og Forebyggelse</u>	9
<u>Udslusning til eget hjem eller plejehjem</u>	10
2.6. <u>Metode</u>	11
<b>3. <u>Kapitel: Sammenfatning af to fokusgruppeinterviews</u></b>	<b>12</b>
3.1. <u>Længere ventetider for hjemmeboende</u>	12
3.2. <u>Især nogle hospitalsindlagte ved ikke, hvorfor de kommer på et rehabiliteringsophold</u>	12
3.3. <u>Opholdet giver et skub til at erkende, at næste livsfase begynder på plejehjem</u>	12
3.4. <u>Plejhjemsgodkendte skal tilbage i eget hjem – med mindre...</u>	13
3.5. <u>Nogle borgere er plejhjemsgodkendte ved ankomsten til rehabiliteringsafdelingen</u>	13
3.6. <u>Udvikle holdning til plejhjemsgodkendte borgere uden 4-ugers garanti</u>	13
3.7. <u>I nogle lokalområder aflægges hjemmebesøg før visitationskonferencen</u>	14
3.8. <u>Der er to grundmodeller for vurderingskonferencer</u>	14
3.9. <u>Visitor sammenfatter efter visitationskonferencen</u>	14
3.10. <u>Vurderingskonferencen bør afholdes indenfor 3 uger</u>	15
3.11. <u>Forebyggelsesforløb bør udgå af rehabiliteringskonceptet</u>	15
3.12. <u>Øget fokusering på planlægning af boligændringer</u>	16
<b>4. <u>Kapitel: Registerudtræk</u></b>	<b>17</b>
4.1. <u>Indledning og sammenfatning</u>	17
<u>Sammenfatning</u>	17
4.2. <u>Strømanalyse af rehabiliteringspladser i Københavns Kommune</u>	18
<u>Overblik over aktiviteten på rehabiliteringspladserne</u>	18
<u>Borgere, som plejhjemsgodkendes før eller under rehabiliteringsopholdet</u>	19
<u>Borgere, som ikke plejhjemsgodkendes under rehabiliteringsophold</u>	24
<u>Sammenligning af opholdstider på bydelsniveau for de tre borgertyper</u>	26
<u>Hvor kom borgerne hen efter rehabiliteringsopholdet?</u>	27
<b>5. <u>Kapitel: Resultater af spørgeskemaundersøgelse</u></b>	<b>30</b>
5.1. <u>Indledning og sammenfatning</u>	30
<u>Indledning</u>	30
<u>Sammenfatning</u>	30
5.2. <u>Resultater</u>	31
<u>Kapacitet</u>	31
<u>Baggrundsoplysninger</u>	31
<u>Årsager til opholdet</u>	32
<u>Borgernes aktuelle status</u>	35
5.3. <u>Opdagelser vedrørende problemer i forbindelse med den nuværende registreringspraksis</u>	35

<b><u>6. Kapitel: Metode</u></b>	<b>36</b>
6.1. <u>Fokusgruppeinterviews</u>	36
6.2. <u>Datagrundlag for registerudtræk</u>	37
6.3. <u>Metode til gennemførelse af spørgeskemaundersøgelsen</u>	37
<b><u>Bilag A: Uddybende referat af fokusgruppeinterviews</u></b>	<b>39</b>
<b><u>Bilag B: Visitationskriterier</u></b>	<b>52</b>
<b><u>Bilag C: Visitationskriterier og arbejdsgange</u></b>	<b>58</b>
<b><u>Bilag D: Dagsordenspunkt til direktionmøde i december 2005</u></b>	<b>61</b>
<b><u>Bilag E: Dagsordenspunkt til direktionmøde i oktober 2005</u></b>	<b>64</b>
<b><u>Bilag F: Spørgeskema til tværsnitsundersøgelse</u></b>	<b>74</b>
<b><u>Bilag G: Øjebliksbillede fra Hermann Koch gården 1. maj 2009</u></b>	<b>76</b>
<b><u>Bilag H: Hvad kan opnås ved en ændring af praksis – et skøn</u></b>	<b>78</b>
<b><u>Bilag I: Målhierarki – BUM genoptræning</u></b>	<b>81</b>
<b><u>Bilag J: Standardiserede rehabiliteringsforløb</u></b>	<b>86</b>

# 1. Kapitel: Sammenfatning

Hjemmeboende borgere over 65 år vil oftest helst blive så længe som muligt i eget hjem. Ændringer i psykisk eller fysisk velvære og helbred kan imidlertid betyde, at de ikke længere kan bo i eget hjem. Ved rettidig og effektiv hjælp kan borgerne dog ofte fortsætte med at bo i egen bolig. Det er rehabiliteringsafdelinger, der tilbyder denne hjælp i kommunen. Den 1. januar 2007 tog København Kommune et nyt koncept for kommunens rehabiliteringsafdelinger i brug.

Rehabiliteringsafdelingernes formål er, at medvirke til:

- I. at alle resourcesvage hjemmeboende borgere over 65 år, der har brug for pleje/omsorg og/eller aflastning, tilbydes et ophold på en rehabiliteringsafdeling, og unødige hospitalsindlæggelser dermed undgås.
- II. at alle hjemmeboende borgere over 65 år, der har brug for intensiv genoptræning efter et funktionstab, tilbydes et ophold på en rehabiliteringsafdeling.
- III. at alle færdigbehandlede hospitalsindlagte borgere over 65 år, for hvem et boligsift overvejes, får mulighed for at blive udskrevet til vurdering på en rehabiliteringsafdeling med tilbud om træning, inden en beslutning om boligsift træffes.

Denne evaluering vurderer *for det første*, om rehabiliteringsafdelinger har levet op til det overordnede formål. Evalueringen konkluderer, at forebyggelige hospitalsindlæggelser kun i begrænset omfang er undgået. Af formålet fremgår, at borgere, der er plejehjemsgodkendt ved ankomst, ikke er den primære målgruppe. Evalueringens anden hovedkonklusion er, at denne gruppe har haft for mange opholdsdage på rehabiliteringsafdelingerne.

For *det andet* vurderer evalueringen, om forløbene har efterlevet tidsfrister, krav om målsætninger for forløbene, og om pladserne på afdelingerne bruges til de relevante borgere. Evalueringens tredje hovedkonklusion er, at borgerne har for mange opholdsdage på rehabiliteringsafdelingerne, og at der ikke konsekvent opstilles mål for rehabiliteringsforløbene.

De ovenstående konklusioner peger på, at udfordringerne ikke opstår pga. konceptet, men at de primære udfordringer er i *implementeringen* af konceptet.

Anbefalingerne er derfor primært rettet mod en bedre implementering af konceptet. De vigtigste anbefalinger er, at:

- Plejehjemsgodkendte fra hospital kun skal opholde sig kortvarigt på rehabiliteringsafdelingerne
- Konceptet skal tilpasses, så det afspejler praksis, og forløbene skal effektiviseres
- Borgere, som plejehjemsgodkendes under ophold, skal i ventetiden på en permanent plejehjemsplads i videst muligt omfang opholde sig i eget hjem eller tilbydes en foreløbig plads på et ikke-ombygget plejehjem

For at understøtte implementeringen skal etableres en effektiv monitorering af området.

## 2. Kapitel: Formål, konklusion og anbefalinger

### 2.1. Introduktion og læsevejledning

Den 1. januar 2007 tog København Kommune et nyt koncept i brug for, hvordan borgerne skulle tilbydes rehabilitering. Samtidig med vedtagelsen af konceptet blev det besluttet, at konceptet skulle evalueres. Denne evaluering opsamler rehabiliteringsafdelingernes resultater siden ibrugtagning af det nye koncept.

Evalueringen er ikke en fuldstændig evaluering af rehabiliteringsafdelingernes arbejdsgange og resultater. Det er valgt at fokusere på *dele* af konceptet – nemlig om tidsfrister og overordnede krav til forløbene er overholdt, og om pladserne på afdelingerne bruges til de borgere, der beskrevet i konceptet.

Hensigten med evalueringen er, at den skal danne grundlag for at forbedre rehabiliteringsafdelingerne arbejde. Samtidigt skal evalueringen indgå i beslutningsgrundlaget for at tilpasse konceptet til de nye udfordringer, der er opstået siden vedtagelsen af konceptet. Her tænkes særligt på den øgede fokus på hurtig hjemtagning af færdigbehandlede på hospitalerne, og reduktion af forebyggelige hospitalsindlæggelser. Begge udfordringer, der sammen med etablering af en række andre midlertidige pladser i kommunen, tilsiger en revurdering af den samlede brug af pladserne. Det er imidlertid en vurdering, der vil foregå i et andet regi end denne evaluering.

#### Læsevejledning

I nærværende *Kapitel 2* beskrives evalueringens baggrund, formål, evalueringsspørgsmål og konklusioner. I forlængelse af konklusionerne er udarbejdet en række anbefalinger og redskaber, der fremadrettet kan justere rehabiliteringsafdelingerne arbejde. Endelig beskrives afslutningsvis kort den metode, der er benyttet i evalueringen.

I de efterfølgende kapitler 3- 5 fremlægges de data og analyser, som danner grundlag for evalueringens konklusioner. For *kapitel 3* er det en sammenfatning af de to fokusgruppeinterviews, der er gennemført. I *kapitel 4* sammenfattes registerudtræk, der detaljeret beskriver aktivitet og opholdstider for borgere på rehabiliteringsafdelingerne. Endelig beskrives i *kapitel 4* resultaterne fra den gennemførte spørgeskemaundersøgelse. Kapitel 2 inddrager kun resultater, hvis de kan besvare evalueringsspørgsmålene. Det kan derfor anbefales at læse kapitlerne 3-5, hvis læseren er interesseret i en - ikke bare mere detaljeret - men også emnemæssigt bredere præsentation af data.

Endelig afsluttes evalueringsrapporten i *kapitel 6* af en uddybning af den anvendte metode.

## **2.2. Rehabiliteringsafdelingernes formål og ydelser**

Hjemmeboende borgere over 65 år vil oftest helst blive så længe som muligt i eget hjem. Ændringer i psykisk eller fysisk velvære og helbred kan imidlertid betyde, at de ikke længere kan bo i eget hjem. Ved rettidig og effektiv hjælp kan borgerne dog ofte fortsætte med at bo i egen bolig. Derfor har en gruppe borgere behov for<sup>1</sup>:

1. *omsorg*, f.eks. i forbindelse med tab af ægtefælle, utryghed, renovering af bolig eller aflastning af ægtefælle/pårørende,
2. *pleje*, f. eks. ved cancerdiagnose, smerter, infektionssygdomme eller dehydrering,
3. *vurdering af funktionsevne* m.h.p. boligændringer/boligskift, f.eks. efter sygdom, fald, traumer og hospitalsophold,
4. *genoptræning*, f.eks. efter sygdom, fald, traumer og hospitalsophold.

Behovet for at tilbyde målrettede ydelser til borgere med behov for rehabilitering er yderligere understreget af kommunalreformen, som trådte i kraft 1. januar 2007. Den indebærer incitament til at udarbejde kommunale løsninger på to områder: 1) Hurtigere hjemtagning af færdigbehandlede, således at antallet af ventende og ventedage på hospitalerne reduceres og 2) reduktion af forebyggelige hospitalsindlæggelser.

I forlængelse af disse behov og udfordringer trådte et nyt rehabiliteringskoncept i kraft d. 1. januar 2007. Det nye koncept definerede nye funktioner og arbejdsgange for rehabiliteringsafdelinger, og kaldes i denne rapport for Konceptet.

Rehabiliteringsafdelingernes formål er at medvirke til:

- IV. at alle resourcesvage hjemmeboende borgere over 65 år, der har brug for pleje/omsorg og/eller aflastning, tilbydes et ophold på en rehabiliteringsafdeling, og unødige hospitalsindlæggelser dermed undgås.
- V. at alle hjemmeboende borgere over 65 år, der har brug for intensiv genoptræning efter et funktionstab, tilbydes et ophold på en rehabiliteringsafdeling.
- VI. at alle færdigbehandlede hospitalsindlagte borgere over 65 år, for hvem et boligskift overvejes, får mulighed for at blive udskrevet til vurdering på en rehabiliteringsafdeling med tilbud om træning, inden en beslutning om boligskift træffes<sup>2</sup>.

Hovedmålgruppen for afdelingerne er altså hjemmeboende og færdigbehandlede over 65 år. Siden 1. oktober 2008 har været 202 pladser. Pladserne er fordelt på seks forskellige rehabiliteringsafdelinger, som har fra 20 til 44 pladser.

For at leve op til det overordnede formål er etableret forløb på rehabiliteringsafdelingerne, der kan imødekomme de forskellige behov hos borgerne. I nedenstående figur er illustreret, hvor borgeren har været inden opholdet på rehabiliteringsafdelingen, de forløb, der iværksættes på afdelingen, og endelig

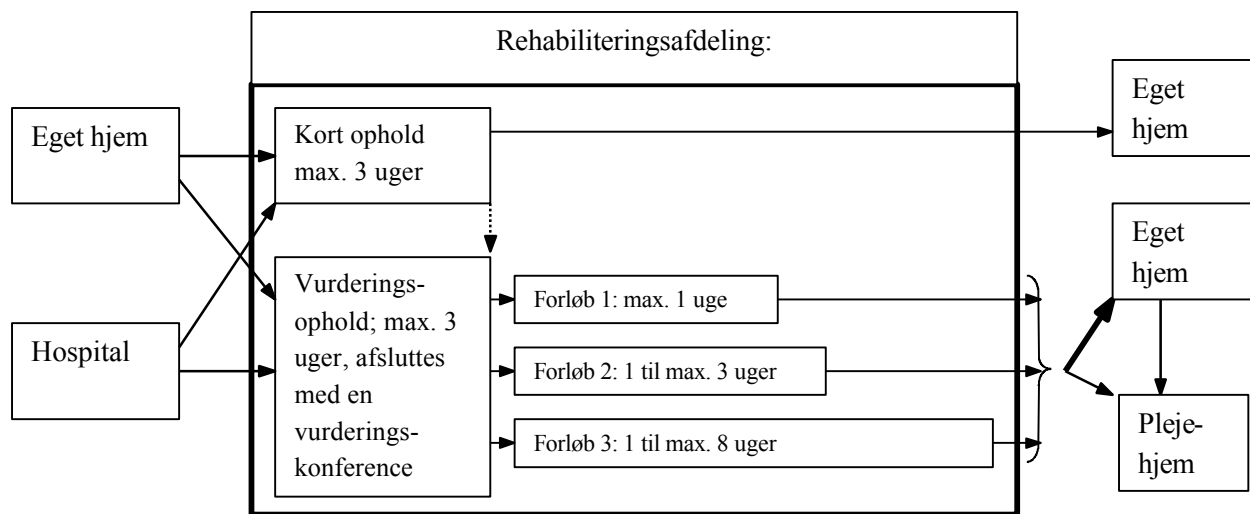
---

<sup>1</sup> Disse fire punkter stammer fra Indstilling vedrørende rehabiliteringspladser til direktionens møde i oktober 2005, jf bilag E.

<sup>2</sup> De tre punkter er citeret fra "Evalueringsprojekt" af 24. juni 2005 og forfattet af Inge Koling og Dorte Dahl, Sundhedsforvaltningen.

om borgeren efter opholdet skal bo i eget hjem eller på plejehjem<sup>3</sup>. For hvert element i konceptet er angivet de maksimale grænser for varigheden.

**Figur 1 Illustration af forløb på rehabiliteringsafdelinger**



Borgeren påbegynder enten et *kort ophold* eller et *vurderingsophold* ved ankomsten til rehabiliteringsafdelingen. Borgeren visiteres af visitationen.

Formålet med *kort ophold* er at give et midlertidigt døgnophold til borgere, hvor eksempelvis boligsituation eller ægtefællens midlertidige fravær gør det umuligt for borgeren at være alene i hjemmet.

Formålet med *vurderingsopholdet* er at rehabiliteringsafdelingen skal vurdere borgeren med henblik på at give visitationen et grundlag for at beslutte det videre forløb. Den beslutning træffes på *vurderingskonferencen*, som skal afholdes indenfor 3 uger. Ved konferencen deltager borger og evt. pårørende, rehabiliteringsafdelingen og visitationen. På baggrund af konferencen kan visitationen visitere til:

Forløb 1: udslusning til eget hjem (eller plejehjem). Udslusning til eget hjem bør ske indenfor en uge.

Forløb 2: et forebyggelsesforløb. Forløbet varer maksimalt 3 uger.

Forløb 3: et genoptræningsforløb. Forløbet varer maksimalt 8 uger. Sigtet med et forebyggelsesforløb eller et genoptræningsforløb vil ofte være, at borgeren kommer tilbage til eget hjem.

For alle typer forløb skal det overordnede formål med forløbet afgøres, og der skal opstilles specifikke mål for forløbene, der skal sikre at det overordnede mål opfyldes.

Så godt som alle borgere, som har været på et kort ophold, kommer tilbage til eget hjem. Borgere, som har været på et vurderingsophold (og derefter på Forløb 1, 2 eller 3) kommer enten tilbage til eget hjem

<sup>3</sup> Se bilag C-E beskriver tilsammen konceptet, da der ikke er udarbejdet en samlet beskrivelse. For en hurtig oversigt over det nye rehabiliteringskoncept, se Bilag J.

eller direkte på plejehjem, eller på plejehjem efter at have ventet i eget hjem.

### **2.3. Evalueringens formål og spørgsmål**

Formålet med evalueringen todelt. For det første skal evalueringen vurdere, om rehabiliteringsafdelingerne har *gjort det rigtige* ift. at leve op til konceptets overordnede målsætninger. Det giver følgende evalueringsspørgsmål:

1. Har rehabiliteringsafdelingerne opfyldt de tre overordnede mål om:
  - a. At undgå unødige hospitalsindlæggelser for resourcesvage hjemmeboende borgere
  - b. At tilbyde intensiv genoptræning efter et funktionstab for hjemmeboende borgere
  - c. At færdigbehandle hospitalsindlagte borgere får mulighed for at blive udskrevet til vurdering med tilbud om træning, inden en beslutning om boligsifte træffes.

For det andet skal evalueringen vurdere om, rehabiliteringsafdelinger har implementeret konceptet *på den rigtige måde*. Det giver følgende evalueringsspørgsmål:

2. Er forløbene på rehabiliteringsafdelingerne gennemført i overensstemmelse med arbejdsgangene angivet i konceptet?

I evalueringen af begge ovenstående spørgsmål er fokuseret på følgende temaer: om tidsfrister og krav til opstilling af mål for forløbene er overholdt, og om pladserne på afdelingerne bruges til de borgere, der beskrevet i konceptet. Evalueringen er derfor ikke en evaluering af brugeroplevelse, den faglige indsats på rehabiliteringsafdelinger, eller af effekterne af rehabiliteringen, f.eks. en sammenligning af funktionsniveau ved afslutning af ophold i forhold til funktionsniveau ved start på ophold. Det er med andre ord et udsnit af afdelingernes virksomhed, der evalueres.

### **2.4. Konklusion**

Den overordnede konklusion er, at konceptet for rehabiliteringsafdelinger har fungeret, og har leveret relevante ydelser til mange borgere. For de to evalueringsspørgsmål er imidlertid nedenstående områder, hvor der har været manglende opfyldelse i forhold til konceptet:

- 1) Efterlevelse overordnede mål:
  - a) Rehabiliteringsafdelingerne har i begrænset omfang kunnet sikre, at unødige hospitalsindlæggelser blev undgået
  - b) Borgere, der er plejehjemsgodkendt ved ankomst, har haft for mange opholdsdage på rehabiliteringsafdelingerne.
- 2) Efterlevelse af mål for forløbene:
  - a) For vurderingsforløb går der i gennemsnit for lang tid fra ankomst til vurderingskonferencen afholdes
  - b) De plejehjemsgodkendte har i gennemsnit for mange opholdsdage på rehabiliteringsafdelingerne
  - c) Der opstilles ikke konsekvent mål for rehabiliteringsforløbene



Konklusionerne dækker over, at der er forskellige praksis på de forskellige rehabiliteringsafdelinger og for de forskellige forløb. Det er således ikke for alle forløb at ovenstående vil være tilfældet. I evalueringen er valgt at fremhæve de områder, hvor der er generelle forbedringsmuligheder.

Konklusionerne uddybes nedenfor med mere præcis angivelse af, hvor udfordringerne har været i forhold til målopfyldelse.

### **Efterlevelse af overordnede mål**

*Begrænset forebyggelse af hospitalsindlæggelse for borgere i eget hjem.* Et centralt mål for rehabiliteringen er at forebygge, at borgerne i eget hjem blev indlagt på hospital. Tallene peger på, at "trafikken" i stedet for er blevet den, at man skal via hospitalet for at kunne komme på en rehabiliteringsafdeling. Evalueringens spørgeskemaundersøgelse viser, at ingen borger d. 11. maj 2009 var i et forebyggelsesforløb. Ud af de 195 borgere, som den 11. maj 2009 havde ophold på en rehabiliteringsafdeling, var 82 % kommet direkte fra hospital.

*Plejhjemsgodkendte ved ankomst til rehabiliteringsafdelingerne optager mange pladser på rehabiliteringsafdelingerne* Konceptet omhandler primært borgere, der *ikke* er plejhjemsgodkendte ved ankomst til rehabiliteringsafdelingerne. Imidlertid viser evalueringen, at denne gruppe optager en del af rehabiliteringsafdelingernes kapacitet. Registerudtræk viser således, at sidste halvår af 2008 var 8 % af borgerne plejhjemsgodkendte ved ankomsten til rehabiliteringsafdelingen<sup>4</sup>.

### **Efterlevelse af mål for forløbene**

*For mange opholdsdage for borgere, der plejhjemsgodkendes under ophold* I målsætningerne for forløbene fremgår, at der burde gå tre uger fra ankomst til afholdelse af vurderingskonference. Evalueringen viser imidlertid, at:

- der i gennemsnit går 41 dage frem til vurderingskonferencen og mere end 28 dage efter konferencen for de borgere, som påbegynder et genoptræningsforløb.
- plejhjemsgodkendte, som kommer tilbage for at vente i eget hjem, i gennemsnit venter 21 dage fra plejhjemsgodkendelsen til de kommer tilbage for at vente i eget hjem.
- borgere, som plejhjemsgodkendes under ophold, fordeler sig med ca. 50 % hhv. med og uden 4-ugers garanti.
- ca. 25 % af alle ophold på en rehabiliteringsafdeling udgøres af borgere, som er plejhjemsgodkendte enten ved ankomsten eller bliver det under opholdet. Deres opholdsdage udgør derimod 32 % af samtlige opholdsdage.

*Mulighed for forbedring af planlægningen og opfølgningen på genoptræningsforløb* For det første skal der ifølge konceptet angives *maksimale* opholdstider for borgerne i genoptræningsforløb, og for det andet skal formuleres evaluerbare mål for genoptræningsforløbene. For begge disse målsætninger er imidlertid manglende efterlevelse. Interviewene viser, at der ofte sættes en *minimumstid* for genoptræningsforløbet (og ikke en maksimumstid, som Konceptet foreskriver). Interviewene efterlader det indtryk, at der ikke er formuleret evaluerbare mål for nogle af de borgere, som er kommet i et genoptræningsforløb efter vurderingskonferencen. Endelig viser spørgeskemaundersøgelsen, at godt 30 % af de borgere, som opholdt sig på rehabiliteringsafdelingerne d. 11. maj 2009, var i en venteposition, efter de havde overstået deres planlagte forløb.

<sup>4</sup> Fremadrettet kan dog forventes, at dette tal vil falde på grund af muligheden for at bruge midlertidige pladser på plejhjemmene Dronning Ingrid og Fælledgården.

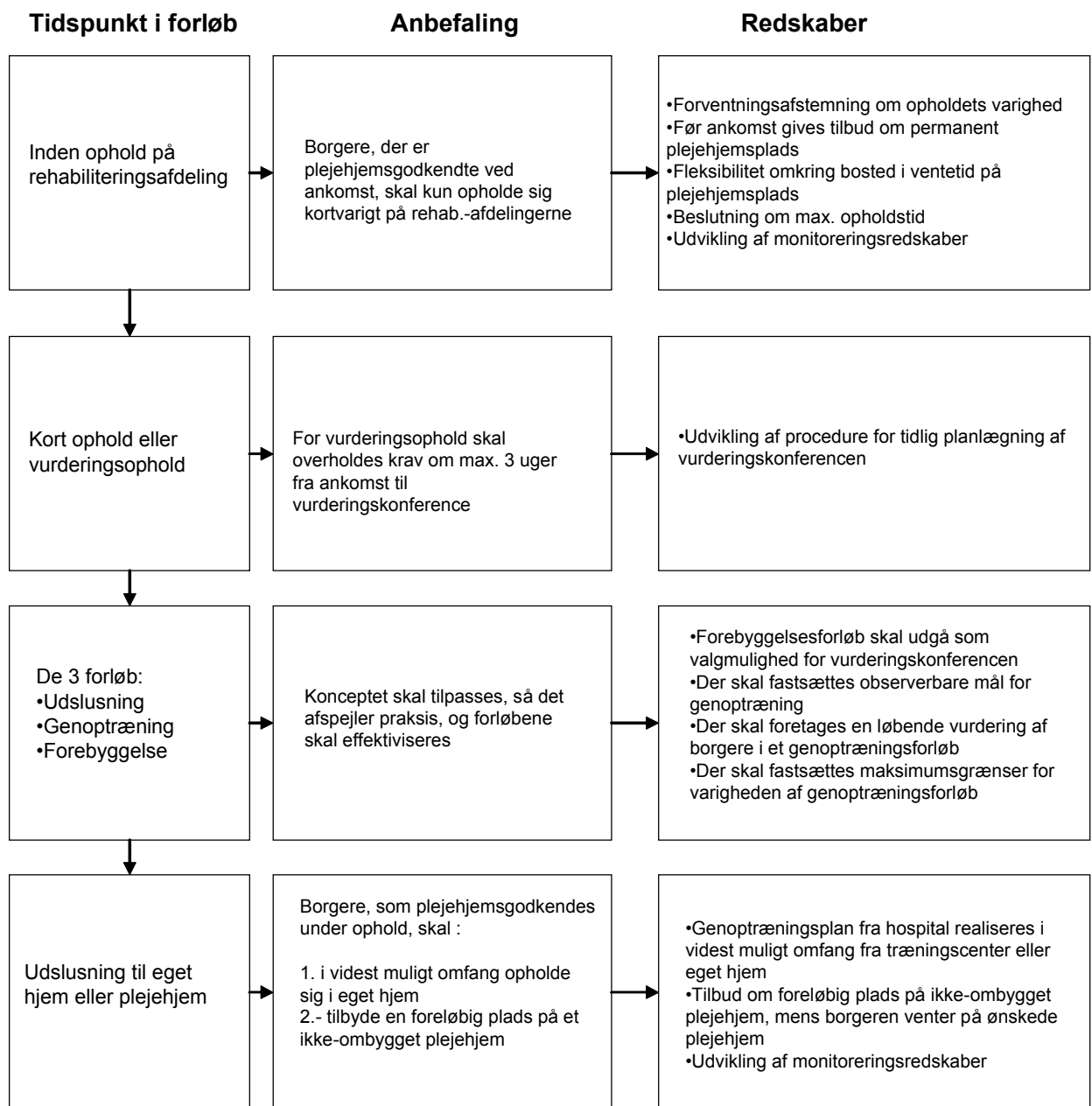
*Vurderingskonference og plejehjemsgodkendelse – der går for lang tid* Der skal ifølge målsætningen for forløbene gå maksimalt 3 uger fra borgerens ankomst til afholdelse af vurderingskonference. Registerudtræk viser, at det ikke er tilfældet. Der går i gennemsnit 6 uger og ikke 3 uger. På den anden side fremgår det af interviewene, at vurderingskonferencen ofte finder sted maksimalt 3 uger efter borgerens ankomst til rehabiliteringsafdelingen. Dette forhold gør, at der skal tages forbehold for denne konklusion.

## **2.5.   **Anbefalinger****

En del af undersøgelsens formål er, at udvikle anbefalinger til, hvordan forløbene fremadrettet kan forbedres. Anbefalingerne bygger på evalueringens resultater.

I forlængelse af konklusionen så vedrører de fleste anbefalinger ændring i implementeringen af konceptet – frem for en gennemgribende ændring af selve konceptet. Anbefalingerne er struktureret efter, hvilke steder i det samlede forløb anbefalingerne vedrører - fra før ankomst til afdelingen til udslusningen fra afdelingen.

Figuren nedenfor viser anbefalinger og redskaber til forbedring af forløbene på rehabiliteringsafdelingerne. Anbefalinger og redskaber forklares uddybende efter figuren.



Anbefalingerne er udarbejdet mhp., at sikre en effektiv implementering af konceptet. For at vurdere om anbefalingerne har en virkning, er udarbejdet et estimat for, hvilken virkning efterlevelse af anbefalingerne vil have. *Estimatet viser, at en implementering af anbefalinger giver mulighed for, at betragteligt flere borgere kan få gavn af rehabiliteringsafdelingernes ydelser.* I Bilag H findes en mere detaljeret gennemgang af udregningen af dette estimat. Det skal dog understreges, at der er tale om et skøn, og at resultaterne bør tages med forbehold.

## **Inden ophold på rehabiliteringsafdeling**

*Plejhjemsgodkendt fra hospital til rehabiliteringsafdeling: En kort visit I fremtiden bør det være sådan, at der allerede før ankomsten til rehabiliteringsafdelingen arbejdes på at give borgeren et tilbud om en permanent plejehjemsplads. Hvis borgeren har accepteret at søge under 4-ugersgarantien, vil opholdet på rehabiliteringsafdelingen i langt de fleste tilfælde være af begrænset varighed. Hvis borgeren søger et bestemt plejehjem, hvor der er længere ventetid, bør det gøres klart for borger og pårørende at opholdet på rehabiliteringsafdelingen er midlertidigt, og at man derfor enten må søge en foreløbig plads på et ikke-ombygget plejehjem eller acceptere, at man efter en kortere periode på rehabiliteringsafdelingen må passes i eget hjem.*

Der bør inden overflytningen til rehabiliteringsafdelingen være aftalt en slutdato. Forudsætningen for anbefalingen er, at der er faglig begrundelse for, at borgeren skal opholde på rehabiliteringsafdeling.

For at understøtte anbefalingen skal derudover:

- træffes beslutning om den maksimale gennemsnitlige opholdstid for borgere, som er plejhjemsgodkendt ved ankomsten.
- Udvikles monitoringsværktøjer som understøtter overholdelsen af en gennemsnitlig opholdstid

## **Kort ophold eller vurderingsophold**

*Vurderingskonferencen skal afholdes 2-3 uger efter ankomst* Vurderingskonferencen skal ifølge Konceptet afholdes indenfor *maksimalt* 3 uger. Dette bør fastholdes – og *overholdes* – i fremtiden. Således skal det fremtidige *gennemsnitlige* tidsrum fra ankomst til vurderingskonference ligge på et sted mellem 14-21 dage. Fremadrettet skal søges udviklet en fast procedure for at planlægge vurderingskonferencen allerede i forbindelse med aftale mellem visitation og afdeling om borgerens ankomst til rehabiliteringsafdelingen.

## **De tre forløb: Udslusning, Genoptræning og Forebyggelse**

*Forebyggelsesforløb skal udgå som valgmulighed for vurderingskonferencen* Evalueringen viste, at det er sjældent, at man på vurderingskonferencen visiterer til et forebyggelsesforløb. Hovedårsagen er, at det forekommer vanskeligt at skelne mellem et genoptræningsforløb (maksimalt 8 uger) og et forebyggelsesforløb (maksimalt 3 uger). Varigheden er det eneste, der adskiller de to forløb. Derfor kan forebyggelsesforløbet udgå af konceptet.

*Afdeling og borger skal fastsætte observerbare mål for genoptræningen* Evalueringen viste, at der ikke altid bliver fastsat observerbare mål for genoptræningen efter visitator har fastsat det overordnede mål for genoptræningen. Det er afgørende, at der formuleres mål, hvor det er muligt gennem observation at konstatere om målet/målene er nået. Grundlaget herfor skal være det målhierarki, som er formuleret i relation til BUM genoptræning, se Bilag I. Dette skal afspejles i visitationskriterier og relevant KOS-vejledning.

*Der fastsættes maksimumsgrænser for varigheden af genoptræningsforløb* Der skal ifølge konceptet fastsættes maksimumsgrænser for varigheden af genoptræningsforløb, men som beskrevet er det ikke altid tilfældet. I overensstemmelse med Konceptet bør det reelt implementeres, at vurderingskonferencen sætter maksimumsgrænser for genoptræningsforløbene. Dette tiltag vil også bidrage til en tidlig

forventningsafstemning mellem borger og afdeling.

*Løbende vurdering af borgere i et genoptræningsforløb* For at sikre, at borgeren kommer ud indenfor den fastsatte maksimale varighed af genoptræningsforløbet, skal ske løbende vurdering af borgerne. Det vil give mere plads til, at især flere hjemmeboende med behov kan komme på et rehabiliteringsophold. En mulighed løsning er det tilbagevendende tværfaglige møde på rehabiliteringsafdelingen, der vil være et velegnet forum til at foretage denne vurdering. Udskrivning fra rehabiliteringsafdelingen må gerne ske tidligere end den fastsatte maksimumsopholdsperiode – idet det forudsættes, at mål for genoptræningen er nået.

### **Udslusning til eget hjem eller plejehjem**

*Borgere, som plejehjemsgodkendes under ophold, skal i ventetiden på en permanent plejehjemsplads i videst muligt omfang opholde sig i eget hjem – og bør ellers tilbydes en foreløbig plads på et ikke-ombygget plejehjem*

Det er en grundlæggende idé i Konceptet, at vurderingskonferencen kan plejehjemsgodkende en borger. En konklusionen i evalueringen er imidlertid, plejehjemsgodkendte, der ikke er primær målgruppe i målsætningen for konceptet, har haft for mange opholdsdage på rehabiliteringsafdelingerne

Der er som hovedregel ingen idé er i, at borgeren efter vurderingskonferencen forbliver på afdelingen set ud fra et genoptrænings- eller rehabiliteringssynspunkt. Det gælder også for borgere med en genoptræningsplan fra hospitalet – den genoptræningsplan kan realiseres fra eget hjem (medens borgeren venter på plejehjemspladsen), eller på et træningscenter eller på det plejehjem, som borgeren måtte flytte ind på.

Nogle plejehjemsgodkendte kan ikke opholde sig i eget hjem indtil de skal flytte ind på deres permanente plads på plejehjemmet<sup>5</sup>. Borgere, der ikke kan opholde sig i eget hjem, skal hurtigst muligt have et tilbud om en plejehjemsplads:

- Borgere under 4-ugers garantien får et tilbud om en permanent plads.
- Borgere uden 4-ugers garanti får et tilbud om en foreløbig plads på et ikke-ombygget plejehjem. Dette vil indebære en ændret praksis, fordi reglerne om 4-ugersgarantien har været fortolket sådan, at man ikke har haft ret til tilbud af en bolig på et andet plejehjem, når man ønsker et bestemt plejehjem. Det bør overvejes, om det fremover skal være muligt at få tilbudt en foreløbig plads på et ikke-ombygget plejehjem, mens man venter på sit specielle ønske. Forudsætningen er imidlertid:
  - at borgeren indvilger i selv at betale flytningen fra det foreløbige plejehjem og til det ønskede plejehjem (eller at der ændres i reglerne for kommunens refusion af flytteomkostninger),
  - at der ved den anden flytning udløses en ”ekstra” ca. 2-ugers tomgangsperiode på et plejehjem. Økonomien i de forskellige løsninger bør analyseres, inden der træffes beslutning om ny praksis.

Der bør i en opfølgning til denne evaluering overvejes, hvorledes der i fremtiden kan indføres

---

<sup>5</sup> Der kan være følgende årsager: 1) Borgeren kan ikke betjene nødkald. 2) Borgeren har brug for massiv observation (tangerende fast vagt døgnet rundt). 3) Borgeren kan ikke bede om hjælp. 4) Borgeren er en del alene og er bange for at være alene.

monitoreringsværktøjer, som bidrager til at plejehjemsgodkendte opholder sig kortest mulig tid på rehabiliteringsafdelingerne.

## **2.6. Metode**

Denne rapport bygger på tre kilder:

*To fokusgruppeinterviews* gennemført ultimo marts 2009 med ansatte i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, som har enten daglige eller hyppige arbejdsopgaver i relation til rehabiliteringsafdelingerne. Formålet med interviewene var at afdække arbejdsgangene i relation til rehabiliteringsafdelingerne og få et indtryk af, hvorledes praksis er styret af Konceptet.

*Udtræk af eksisterende registre.* Her anvendes i særlig grad Visitationssystemet, hvori der sker en registrering af en række oplysninger i forbindelse med borgeres godkendelse til og ophold på en midlertidig eller permanent kommunal døgnplads. Der er trukket nogle få oplysninger fra KOS (Københavns Kommunes Omsorgssystem) vedr. borgere, som har haft ventedage på hospitalerne som færdigbehandlede. Som hovedregel dækker udtrækkene perioden 1. juli 2006 – 31. december 2008 (som dog er underopdelt i tre perioder).

*En spørgeskemaundersøgelse.* Spørgeskemaundersøgelsen giver en karakteristik af de 195 borgere, som d. 11. maj 2009 opholdt sig på en rehabiliteringsafdeling.

## 3. Kapitel: Sammenfatning af to fokusgruppeinterviews

I dette kapitel sammenfattes hovedresultaterne af de to fokusgruppeinterviews med relevante personer på rehabiliteringsområdet, som blev gennemført i forbindelse med evalueringen – og disse resultater perspektiveres af rapportforfatterne (forfatterens egne kommentarer er markeret med teksten ”*Perspektiv*”).

For uddybning af de metodiske overvejelser i forbindelse med gennemførelsen af interviewene henvises til kapitel 5. I bilag A findes et uddybet og sammenskrevet referat af begge fokusgruppeinterviews.

### 3.1. Længere ventetider for hjemmeboende

Hjemmeboende borgere, som er godkendte til en rehabiliteringsplads, venter længere på at få pladsen, end de borgere, som godkendes under ophold på hospital. Der er dog ikke noget, som tyder på, at der visiteres færre hjemmeboende til rehabiliteringsafdelingerne på grund af den længere ventetid.

*Perspektiv:* Det er vigtigt at sikre, at der er en så stor kapacitet på rehabiliteringsafdelingerne, således, at alle hjemmeboende, som opfylder visitationskriterierne, kan komme rimeligt hurtigt på en rehabiliteringsplads. Dermed kan pladserne bidrage til at opfylde det overordnede formål med rehabiliteringspladserne, som består i, at primært hjemmeboende skal have mulighed for, efter eksempelvis en periode med sygdom, at blive rehabiliterede, så de undgår at komme på hospital og i øvrigt kan forblive længere i eget hjem. Dermed kan man reducere noget af den ”trafik”, som findes i et vist omfang i dag, hvor nogle borgere, frem for at komme direkte på en rehabiliteringsafdeling, kommer via et hospitalsophold.

### 3.2. Især nogle hospitalsindlagte ved ikke, hvorfor de kommer på et rehabiliteringsophold

På trods af at udskrivningskoordinatorer og visitationen på forskellig måde forsøger at fortælle borgeren, hvad formålet er med opholdet på rehabiliteringsafdelingen, så er der borgere, som efter ankomsten til rehabiliteringsafdelingen ikke rigtig er klar over, hvorfor de er, hvor de er.

*Perspektiv:* Det er en præmis for denne evaluering, **1)** at de midlertidige døgnpladser kan rumme a) borgere med lidt mere forskellige behov, end rehabiliteringspladserne hidtil har været italesat til at kunne rumme og b) borgere med behov, som ændrer sig i løbet af opholdet samt **2)** at informationen til borgeren om formål og forventeligt forløb på rehabiliteringsafdelingen under alle omstændigheder styrkes ved brug af en eller flere pjecer og mundtlig kontakt.

### 3.3. Opholdet giver et skub til at erkende, at næste livsfase begynder på plejehjem

For nogle borgere er opholdets måske vigtigste funktion at bidrage til, at borgeren erkender det, som mange andre mener at kunne se: at det rigtigste sted for borgeren at bo er på et plejehjem.



*Perspektiv:* Overgangen fra eget hjem til plejehjem vil for nogle mennesker betyde en voldsom ændring i deres liv. Dels skal de flytte ud af vante omgivelser og i nogle tilfælde sociale netværk, og dels vil de i nogle tilfælde opleve en (måske pinefuld delvis) bodeling, hvor mange følelser kan komme i spil. Det kan kræve tid at indstille sig på dette. Selve opholdet på en midlertidig døgnplads kan måske understøtte borgerens erkendelse af, at et ophold på ”et sådant sted” ikke er så galt endda.

### **3.4. Plejehjemsgodkendte skal tilbage i eget hjem – med mindre...**

I det følgende tænkes der på borgere, som er plejehjemsgodkendt enten ved ankomst til rehabiliteringsafdelingen eller som bliver det under opholdet. Nogle af disse borgere kan ikke bo i eget hjem. Der kan siges at være fire grunde til, at plejehjemsgodkendte ikke kan komme tilbage i eget hjem og vente, indtil de flytter på plejehjem: 1) Borgeren kan ikke betjene nødkald. 2) Borgeren har brug for massiv observation (tangerende fast vagt døgnet rundt). 3) Borgeren kan ikke bede om hjælp. 4) Borgeren er meget alene og er bange for at være alene.

*Perspektiv:* Det falder udenfor evalueringens rammer at vurdere omfanget af plejehjemsgodkendte, som ikke med rimelighed kan bo i eget hjem, men de findes. På den baggrund må det, i det videre forløb, indtænkes, at der også skal være midlertidige døgnpladser til de plejehjemsgodkendte, som ikke med rimelighed kan bo i eget hjem. En tommefingerregel bør endvidere være, at disse borgere i videst muligt omfang søges godkendt under 4-ugers garantien.

### **3.5. Nogle borgere er plejehjemsgodkendte ved ankomsten til rehabiliteringsafdelingen**

Disse borgere kommer helt typisk fra hospital. Nogle af disse borgere har en genoptræningsplan med ved ankomsten. De interviewede er af den opfattelse, at det rigtigste ville være, at disse borgere var kommet direkte fra hospital til plejehjem. I den situation skulle en eventuel genoptræningsplan ”udmøntes” på samme måde, som når en allerede ”etableret” plejehjemsbeboer kommer tilbage til plejehjemmet med en genoptræningsplan. Om opholdet på rehabiliteringsafdelingen var der en interviewperson, der sagde, at ”systemet købte sig tid” ved at få færdigbehandlede og plejehjemsgodkendte overflyttet til rehabiliteringsafdelingen. Der var dog også interviewede, som anførte, at det giver mening, at plejehjemsgodkendte borgere, som ikke kan opholde sig i eget hjem og som er under 4-ugers garantien, kan opholde sig forholdsvis kortvarigt på en rehabiliteringsafdeling med henblik på at se tilbud om en plejehjemsplads an fra denne ”base”.

*Perspektiv:* De plejehjemsgodkendte borgere, som ikke kan komme tilbage til eget hjem, skal i fremtiden kunne rummes indenfor rammerne af en midlertidig døgnplads på en rehabiliteringsafdeling. Det vil konstant være en opgave i videst muligt omfang at sikre, at disse borgere har en ”udflytningsdato” allerede ved ankomsten til rehabiliteringsafdelingen, hvilket i praksis ofte vil betyde, at de er godkendt under 4-ugers garantien.

### **3.6. Udvikle holdning til plejehjemsgodkendte borgere uden 4-ugers garanti**

Det blev i interviewet fremhævet, at der på rehabiliteringsafdelingerne kan være plejehjemsgodkendte

borgere under 4-ugers garantien, som siger nej til en tilbudt plejehjemsbolig. Disse borgere skal ud af 4-ugers garantien. Kan de fortsat opholde sig på rehabiliteringsafdelingen blev der spurgt? Spørgsmålet er stillet under den forudsætning, at borgeren ikke kan opholde sig i eget hjem.

*Perspektiv:* Spørgsmål peger på, at der er et behov for midlertidige døgnpladser til borgere, som ikke kan bo i eget hjem (uanset om de er med eller uden 4-ugers garanti). Svaret på spørgsmålet kan ikke nødvendigvis findes inden for rammerne af de eksisterende rehabiliteringspladser. Derimod må en plan for samtlige midlertidige pladser – som det er hensigten at udarbejde i løbet af sidste halvår af 2009 – give svar på spørgsmålet.

### **3.7. I nogle lokalområder aflægges hjemmebesøg før visitationskonferencen**

I nogle tilfælde har rehabiliteringsafdelingen, hvor borgeren aktuelt opholder sig, og visitationen aflagt et hjemmebesøg før visitationskonferencen. Det kan eksempelvis ske for borgere, hvor det sandsynlige resultat af vurderingskonferencen vil blive at udsluse borgeren til eget hjem. Formålet med hjemmebesøget er at afklare, om borgeren har brug for boligændringer og/eller hjælpemidler.

*Perspektiv:* Således kan en tidlig og godt forberedt vurderingskonference bidrage til, at nogle borgere udsluses hurtigt efter konferencen.

### **3.8. Der er to grundmodeller for vurderingskonferencer**

1. Der er aftalt en vurderingskonference i en fast kadence (typisk en eller to gange om ugen i et nærmere aftalt antal timer på en eller to faste dage). Nogle lokalområder har faste visitatorer.
2. Rehabiliteringsafdelingen kontakter visitationen efter behov og aftaler tidspunkt for den konkrete vurderingskonference. Fra visitationen deltager typisk ”borgerens visitator”.

I nogle tilfælde planlægges vurderingskonferencen før borgerens ankomst – i andre tilfælde kan den aftales kort efter borgerens ankomst.

*Perspektiv:* Fokusering og tidlig planlægning giver mulighed for – i nogle tilfælde - at afholde vurderingskonferencen *før*, der er gået 3 uger fra borgerens ankomst til rehabiliteringsafdelingen.

Umiddelbart kan det frygtes, at model 2) kan føre til afholdelse af vurderingskonferencer senere end i model 1, hvor ”det hele ligger i et fast mønster”. Hvis det er tilfældet, bør det alvorligt overvejes at overgå til model 1.

### **3.9. Visitator sammenfatter efter visitationskonferencen**

I praksis er der ifølge interviewene to mulige resultater af vurderingskonferencen: enten går borgeren ind i et udslusningsforløb (som ifølge Konceptet må vare maksimalt 1 uge) eller også går borgeren ind i et genoptræningsforløb (som ifølge Konceptet må vare maksimalt 8 uger). Hvis borgeren skal i et genoptræningsforløb bliver der 1) fastsat et overordnet formål for forløbet og 2) på nogle rehabiliteringsafdelinger - men ikke alle – bliver der sat en (minimal) varighed af forløbet, nogle steder (mindst) 3 uger, andre steder (mindst) 4 uger. Det bliver *ikke* udtalt i interviewene, at på baggrund af visitators overordnede formål fastsætter borger og terapeut herefter mål og delmål for genoptræningen. Det kan give indtryk, at denne mål- og delmålsfastsættelse ikke altid gennemføres. (Se bilag I).

*Perspektiv:* Visitator bør i højere grad - end tilfældet forekommer at være - formulere konstaterbare mål = ”målbare” mål. Der bør også på vurderingskonferencen formuleres maksimale opholdstider. Der

bør ske en løbende opfølgning (på den interne tværfaglige konference) med øje for, om borgeren kan komme ud før den fastsatte tid, hvis de konstaterbare mål er nået. Eksempelvis kan man forestille sig, at måske 80 % af de borgere, som skal fortsætte i et genoptræningsforløb, får en maksimal opholdstid på enten 3 eller 4 uger.

### **3.10. Vurderingskonferencen bør afholdes indenfor 3 uger**

Det fremgår af kapitel 3, at knap 20 % af samtlige ophold på en rehabiliteringsafdeling fører til en plejehjemsgodkendelse. Det fremgår nedenfor i dette kapitel, at de interviewede skønner, at ca. 95 % af plejehjemsgodkendelserne finder sted på vurderingskonferencen. Det fremgår også, at de interviewede taler ud fra den forudsætning, at de borgere, som plejehjemsgodkendes bliver det på en konference, som ligger efter 3 uger – eller evt. tidligere – efter borgerens ankomst til rehabiliteringsafdelingen.

Imidlertid findes der i Visitationssystemet en dato for plejehjemsgodkendelsen. Denne dato er ifølge de interviewede sammenfaldende med datoen for vurderingskonferencens afholdelse – også selv om visitator først lægger plejehjemsgodkendelsen ind i Visitationssystemet nogle dage efter afholdelsen af visitationskonferencen.

I det følgende sammenlignes to grupper, som begge får en vurderingskonference. De borgere, som af vurderingskonferencen henholdsvis:

- a) plejehjemsgodkendes eller
- b) ikke plejehjemsgodkendes.

De to grupper sammenlignes ud fra, hvor lang tid der går fra ankomst til afholdelse af vurderingskonferencen. (Ifølge Konceptet må der gå *maksimalt* 3 uger).

Det fremgår af interviewene, at tidsrummet kan være kortere eller det samme for de borgere, som plejehjemsgodkendes, set i forhold til de borgere, som ikke plejehjemsgodkendes. Med andre ord kan man sige, at følgende gælder om tidsrummet fra ankomst til vurderingskonference: a)  $\leq$  b). Det skyldes bl.a., at for nogle af de borgere, som bliver plejehjemsgodkendt, kan ”man se” ret tidligt, at den eneste rigtige løsning er en plejehjemsgodkendelse.

*Perspektiv:* Da det fremgår af kapitel 3, at der i gennemsnit går 41 dage fra ankomst til plejehjemsgodkendelse (for borgere, som godkendes *under* ophold), må det på baggrund heraf forventes, at der, for de borgere, som kommer på en vurderingskonference uden at blive plejehjemsgodkendte, går *mindst* i gennemsnit 41 dage fra ankomst til afholdelse af vurderingskonference. Der er på denne baggrund således grundlag for at slå fast, at vurderingskonferencer skal afholdes indenfor maksimalt 3 uger og med et gennemsnit på mellem 14-21 dage.

### **3.11. Forebyggelsesforløb bør udgå af rehabiliteringskonceptet**

De interviewede anfører, at man i praksis på vurderingskonferencen kun skelner mellem, om borgeren skal videre i et udslusningsforløb eller et genoptræningsforløb. Der anføres således, at der ikke visiteres til et forebyggelsesforløb. Udtræk fra KOS-specialark, jf. kapitel 3, peger dog på, at der også visiteres til forebyggelsesforløb. Imidlertid forekommer hovedargumentet for at droppe forebyggelsesforløbet som visitationsmulighed at være, at der indholdsmæssigt ikke er forskel på forebyggelsesforløb (ifølge Konceptet maksimalt 3 uger) og genoptræningsforløb (ifølge Konceptet maksimalt 8 uger) – bortset fra varigheden.

*Perspektiv:* Der er tale om en mindre og formel ændring af Konceptet. Sammen med den foreslåede

ændring i punkt 9 ovenfor, kan det formentlig bidrage til en stærkere fokusering, som overordnet har til formål, at opholdstiderne på rehabiliteringsafdelingen reduceres til det nødvendige.

### **3.12. Øget fokusering på planlægning af boligændringer**

Det fremgår af interviewene, at gennemførelsen af boligændringer indimellem kan forsinke udflytningen fra rehabiliteringsafdelingen. Det fremgår også, at håndteringen af boligændringer involverer mange aktører – og at der i nogle tilfælde formentlig kan ske en forbedring af sagsgangen. Det bør dog også bemærkes, at planlægning af boligændring i nogle tilfælde skal afvente, at rehabiliteringsafdelingen og visitationen kan danne sig et billede af borgerens ”endelige funktionsevne”.

*Perspektiv:* En stærkere fokusering vil i nogle tilfælde kunne bidrage til at reducere opholdstiden noget.

## 4. Kapitel: Registerudtræk

### 4.1. Indledning og sammenfatning

I dette kapitel præsenteres resultaterne af registerudtræk vedrørende aktiviteten på Københavns Kommunes rehabiliteringsafdelinger i perioden fra 1. juli 2006 til 31. december 2008. Kapitlet har til formål at belyse de strømme af borgere, der har været på rehabiliteringsafdelingerne i ovennævnte periode. Der vil således blive sat fokus på både tiden før, under og efter borgerens ophold på rehabiliteringspladsen. Ovennævnte tidsrum inddeles i tre perioder på baggrund af borgernes *indflytningsdato* på rehabiliteringsafdelingen:

- Periode A: 1. juli 2006 til 31. juni 2007<sup>6</sup>
- Periode B: 1. juli 2007 til 31. juni 2008<sup>7</sup>
- Periode C: 1. juli 2008 til 31. december 2008<sup>8</sup>

Kapitlet er opbygget således, at den resterende del af afsnit 3.1 vil indeholde en sammenfatning af kapitlets analyser. I afsnit 3.2 vil analyserne blive præsenteret i deres fulde længde. For gennemgang af de metodiske overvejelser vedrørende analysen henvises til kapitel 5.

### Sammenfatning

Hovedkonklusionerne i kapitlet:

1. Der er en tendens til stigende aktivitet på rehabiliteringspladserne. Fra periode A til B er antallet af borgere, som ankommer til rehabiliteringspladserne steget fra 1.252 til 1.414 borgere. I periode C, som er halvt så lang som periode A og B, har antallet været 840 borgere.
2. For alle tre periode gælder, at ca. 25 pct. af borgerne godkendes til plejehjem før eller under rehabiliteringsopholdet.
3. De plejehjemsgodkendte udgør ca. 25 pct. af borgerne på rehabiliteringspladserne, men står for ca. 35 pct. af opholdsdagene.
4. Den gennemsnitlige opholdstid for borgere godkendt før opholdet er, fra periode A til B, faldet fra 40 til 31 dage, svarende til 23 pct.

<sup>6</sup> **Periode A:** Det gældende rehabiliteringskoncept træder først i kraft halvvejs inde i denne periode. Dette bevirker, at første halvdel af periode A ikke er omfattet rehabiliteringskonceptet, mens anden halvdel kan betragtes som en indkøringsperiode for det nye rehabiliteringskoncept. Dette bevirker, at periode A ikke i sig selv er anvendelig som datagrundlag for en evaluering af rehabiliteringsafdelingerne ud fra rehabiliteringskonceptet. Dog vil perioden kunne anvendes som en baseline for vurderingen af rehabiliteringskonceptets betydning for praksis på rehabiliteringsafdelingerne ved at sammenholde aktiviteten i denne periode med aktiviteten i senere perioder.

<sup>7</sup> **Periode B:** Denne periode vil udgøre hovedfokus i evalueringen, da det antages, at rehabiliteringskonceptet er blevet fuldt implementeret på rehabiliteringsafdelingerne, og endvidere at alle borgerne har afsluttet deres rehabiliteringsophold.

<sup>8</sup> **Periode C:** Periode C er kun halvt så lang, som de øvrige perioder, hvilket bevirker, at aktiviteten på rehabiliteringspladserne i periode C ikke er umiddelbart sammenlignelig med de øvrige perioder. Endvidere vil en mindre del af borgerne i periode C endnu ikke være fraflyttet rehabiliteringspladsen på opgørelses tidspunktet, hvilket medfører en vis usikkerhed. Derfor vil der i evalueringen udelukkende blive fokuseret på, hvor mange borgere, der har været på en rehabiliteringsplads i denne periode, og ikke på, hvor lang tid borgerne har opholdt sig på disse pladser.

5. Den gennemsnitlige opholdstid for borgere godkendt under opholdet er, mellem periode A og B, faldet fra 81 til 69 dage, svarende til 15 pct. Dette skyldes dog udelukkende et fald i opholdstiden efter godkendelse til plejehjem fra 47 til 28 dage. Opholdstiden inden godkendelse er derimod steget fra 34 til 41 dage.
6. Den gennemsnitlige opholdstid for borgere, som ikke godkendes til plejehjem, ligger stabilt på ca. 40 dage i periode A og B.
7. Plejehjemsgodkendte borgere, som er omfattet af 4-ugers garantien, har generelt kortere opholdstider, end borgere, som ikke er omfattet af 4-ugers garantien. I periode B er forskellen i gennemsnit 12 dage for borgere godkendt før opholdet og 4 dage for borgere godkendt under opholdet.
8. En række borgere plejehjemsgodkendes under opholdet. Mere end 90 pct. af disse udskrives direkte til plejehjem eller eget hjem efter rehabiliteringsopholdet. Af førnævnte er det hhv. 58 og 65 pct. af borgerne der udskrives direkte til plejehjem i periode A og B.
9. Af de borgere, som plejehjemsgodkendes under opholdet, er opholdstiden længst for de borgere, som udskrives direkte til plejehjem. I periode A er forskellen mellem disse borgere og de øvrige borgere, som plejehjemsgodkendes under opholdet, i gennemsnit 19 dage og i periode B i gennemsnit 9 dage.
10. Der er betydelige forskelle i gennemsnitlige opholdstider i de enkelte bydele. Variationsbredden mellem bydelene er størst for borgere, som godkendes til plejehjem under opholdet, hvor forskellene mellem den korteste og den længste gennemsnitlige opholdstid er på 33 dage. For borgere, som godkendes før ankomst, og borgere, som ikke godkendes under ophold er variationsbredden på hhv. 22 og 9 dage.

#### 4.2. Strømanalyse af rehabiliteringspladser i Københavns Kommune

I dette afsnit præsenteres resultaterne af registerudtrækkene af aktiviteten på Københavns Kommunes rehabiliteringspladser i mere uddybende vendinger. Afsnit 3.2 bygges op således, at afsnit 3.2.1 indeholder en generel oversigt over aktiviteten på rehabiliteringspladserne i de tre ovennævnte perioder. Afsnit 3.2.2 omhandler borgere, som blev plejehjemsgodkendt før eller under rehabiliteringsopholdet, mens afsnit 3.2.3 omhandler borgere, som ikke blev plejehjemsgodkendt i relation til rehabiliteringsopholdet. Afsnit 3.2.4 sammenligner gennemsnitlige opholdstider på bydelsniveau for borgere, som blev godkendt før og under opholdet, samt borgere, som ikke blev godkendt til plejehjem. Endeligt stiller afsnit 3.2.5 skarpt på, hvor borgerne kom hen efter opholdet.

##### Overblik over aktiviteten på rehabiliteringspladserne

I nedenstående tabel ses en oversigt over antallet af borgere, som opholdte sig på en af Københavns Kommunes rehabiliteringspladser i periode A, B og C.

**Tabel 1 Antal borgere på rehabiliteringsafdeling fordelt på forskellige borgerkategorier i periode A, B og C. (1)**

Borgertype	Periode A		Periode B		Periode C (halv)	
Borgere godkendt til plejehjem <i>før</i> ophold	80	= 322	57	= 360	75	= 233
Borgere godkendt til plejehjem <i>under</i> ophold	242		303		158	

Ikke-plejehjemsgodkendte borgere	930		1.054		607	
<b>Alle borgere på rehabiliteringsophold</b>	<b>1.252</b>		<b>1.414</b>		<b>840</b>	

(1) Periode A forløber fra 1. juli 2006 til 1/7-2006 til 30/6-2007, Periode B forløber 1/7-2007 til 30/6-2008, mens periode C forløber fra 1/7-2008 til 31/12-2008. Periode C er således halvt så lang, som de to øvrige perioder.

Af tabellen ses det, at der i periode A ankom i alt 1.252 borgere til en rehabiliteringsplads, mens dette tal i periode B, med 1.414 borgere, var lidt højere. I periode C ankom 840 borgere til en rehabiliteringsplads, men da periode C kun er halvt så lang som de øvrige perioder, tyder tallene på, at antallet af borgere i periode C, samt det følgende halve år, vil overstige antallet i både periode A og B. Der kan således siges at være en tendens til stigende aktivitet på rehabiliteringspladserne<sup>9</sup>.

I nedenstående tabel ses endvidere fordelingen af de forskellige borgertyper udtrykt i procent.

**Tabel 2 Procentvis fordeling af borgere på rehabiliteringsafdeling på forskellige borgertyper i periode A, B og C. (1)**

Borgertype	Periode A	Periode B	Periode C (halv)
Borgere godkendt til plejehjem før ophold	6 %	4 %	9 %
Borgere godkendt til plejehjem under ophold	19 %	21 %	19 %
Ikke-plejehjemsgodkendte borgere	74 %	75 %	72 %
<b>Alle borgere på rehabiliteringsophold</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

(1) Periode A forløber fra 1. juli 2006 til 1/7-2006 til 30/6-2007, Periode B forløber 1/7-2007 til 30/6-2008, mens periode C forløber fra 1/7-2008 til 31/12-2008. Periode C er således halvt så lang, som de to øvrige perioder.

Det ses af tabellen ovenfor, at fordelingen af de forskellige borgertyper har været relativt stabil i de tre perioder. Der er enkelte udsving mellem perioderne, men ikke nogen entydig stigende eller faldende tendens. Således gennemførte omkring 75 pct. af borgerne rehabiliteringsforløbet uden at være eller blive plejehjemsgodkendt, mens ca. 20 pct. blev plejehjemsgodkendt under opholdet. Endeligt blev ca. 5 pct. plejehjemsgodkendt før rehabiliteringsopholdet.

<sup>9</sup> Aktiviteten på rehabiliteringspladserne i en given periode skal ses i lyset af antallet af pladser i perioden. Er aktiviteten steget *uden* at antallet af pladser er steget, må stigningen ved uændret belægningsprocent være udtryk for en lavere gennemsnitlig opholdstid på pladserne. Udviklingen i antal rehabiliteringspladser har i måleperioden været:

1. 2003: 148 pladser
2. Juli 2006: 196 pladser
3. September 2006: 192 pladser.
4. Maj 2007: 200 pladser
5. Januar 2008: 199 pladser + 4 for borgere m. genoptræningsplan
6. Oktober 2008: 202 pladser

Der har således været en stigning i antallet af pladser siden september 2006, hvilket kan være en af årsagerne til, at aktiviteten på rehabiliteringsafdelingerne er steget. Alt tyder således på, at den gennemsnitlige opholdstid er reduceret noget, idet det antages, at den gennemsnitlige belægningsprocent har omkring 98 pct. siden september 2006.

### Borgere, som plejehjemsgodkendes før eller under rehabiliteringsopholdet

I nedenfor ses de borgere, som blev plejehjemsgodkendt før eller under ophold på rehabiliteringspladsen, som en andel af samtlige borgere på rehabiliteringspladserne i periode A, B og C.

**Tabel 3 Plejehjemsgodkendte som procentdel af samlede forløb. (1)**

Borgertype	Periode A	Periode B	Periode C (halv)
Antal borgere påbegyndt rehabiliteringsophold	1.252	1.414	840
- heraf plejehjemsgodkendte før eller under opholdet, antal	322	360	233
- heraf plejehjemsgodkendte før eller under opholdet, pct.	26 %	25 %	28 %

(1) Periode A forløber fra 1. juli 2006 til 1/7-2006 til 30/6-2007, Periode B forløber 1/7-2007 til 30/6-2008, mens periode C forløber fra 1/7-2008 til 31/12-2008. Periode C er således halvt så lang, som de to øvrige perioder.

Af tabellen ses det, at ca. ¼ af samtlige borgere blev plejehjemsgodkendt før eller under rehabiliteringsopholdet, og dette var gældende for alle tre perioder. I tabellen nedenfor ses de plejehjemsgodkendte borgeres opholdsdage, som en procentdel af samtlige borgeres opholdsdage på rehabiliteringspladserne i periode A og B.

**Tabel 4 Plejehjemsgodkendte borgeres opholdsdage, som procentdel af samtlige borgeres opholdsdage på rehabiliteringsafdelingerne i periode A og B (1) (2)**

Borgerkategori	Periode A		Periode B	
	Antal opholdsdage	Opholdsdage som del af opholdsdage i alt	Antal opholdsdage	Opholdsdage som del af opholdsdage i alt
Plejehjemsgodkendte før eller under opholdet	22.769	38 %	22.526	35 %
Øvrige borgere	37.718	62 %	42.540	65 %
<b>Borgere i alt</b>	<b>60.487</b>	<b>100 %</b>	<b>65.066</b>	<b>100 %</b>

(1) Periode C er udeladt af tabellen. Dette skyldes, at en del af de borgere, som har taget ophold på en rehabiliteringsplads i denne periode, endnu ikke har afsluttet deres ophold, og derfor kendes det endelige antal opholdsdage ikke.

(2) Periode A forløber fra 1. juli 2006 til 1/7-2006 til 30/6-2007, Periode B forløber 1/7-2007 til 30/6-2008.

Det ses, at de plejehjemsgodkendte stod for hhv. 38 og 35 pct. af opholdsdagene i periode A og B. Da de plejehjemsgodkendte, jf. Tabel 3, dog kun udgjorde 25-26 pct. af borgerne, er dette ensbetydende med, at de plejehjemsgodkendte borgere har stået for en forholdsmeæssig større del af opholdsdagene, end de øvrige borgere.

I Tabel 5 og Tabel 6 sættes der fokus på de borgere, som blev plejehjemsgodkendt før ankomst til



rehabiliteringspladsen. I Tabel 5 ses udviklingen i den gennemsnitlige opholdstid for disse borgere mellem periode A og B.

**Tabel 5 Udvikling i gennemsnitlig opholdstid mellem periode A og B for borgere godkendt til plejehjem før rehabiliteringsophold. (1) (2)**

	<b>Periode A</b>	<b>Periode B</b>	<b>Udvikling ml. A og B</b>
<b>Samlet opholdstid</b>	40	31	-23 %

(1) Periode C er udeladt af tabellen. Dette skyldes, at en del af de borgere, som har taget ophold på en rehabiliteringsplads i denne periode, endnu ikke har afsluttet deres ophold, og derfor kendes det endelige antal opholdsdage ikke.

(2) Periode A forløber fra 1. juli 2006 til 1/7-2006 til 30/6-2007, Periode B forløber 1/7-2007 til 30/6-2008.

Af tabellen ses det, at den gennemsnitlige opholdstid i periode A for borgere, som allerede var godkendt til plejehjem ved ankomsten til rehabiliteringspladsen, var på 40 dage. I periode B er opholdstiden dog faldet til 31 dage, hvilket svarer til et fald på 23 pct.

Tabel 6 er en udbygning af Tabel 5. Her ses den gennemsnitlige opholdstid i periode A og B for borgere godkendt før ankomst til rehabiliteringspladsen fordelt på borgere, som er omfattet af 4-ugers garantien, og borgere, som ikke er.

**Tabel 6 Antal dage på rehabiliteringsafdeling for borgere, som er godkendt til plejehjem, før ankomst til rehabiliteringsafdeling. (1) (2)**

<b>Borgertype</b>	<b>Periode A</b>		<b>Periode B</b>	
	<b>Antal borgere</b>	<b>Gns. opholdstid</b>	<b>Antal borgere</b>	<b>Gns. opholdstid</b>
Med 4-ugers garanti	51	39	12	21
Uden 4-ugers garanti	29	43	45	33
<b>I alt</b>	<b>80</b>	<b>40</b>	<b>57</b>	<b>31</b>

(1) Periode C er udeladt af tabellen. Dette skyldes, at en del af de borgere, som har taget ophold på en rehabiliteringsplads i denne periode, endnu ikke har afsluttet deres ophold, og derfor kendes det endelige antal opholdsdage ikke.

(2) Periode A forløber fra 1. juli 2006 til 1/7-2006 til 30/6-2007, Periode B forløber 1/7-2007 til 30/6-2008.

Af tabellen ses det, at 51 ud af de 80 borgere, som i periode A var plejehjemsgodkendt ved ankomsten, var omfattet af 4-ugers garantien, mens 29 ikke har var omfattet heraf. I periode B var 12 ud af 57 borgere omfattet af 4-ugers garantien, mens 45 ikke var. Det ses således, at der i periode A var en overvægt af borgere omfattet af 4-ugers garantien, mens det modsatte gjorde sig gældende i periode B.

I forhold til opholdstiderne ses det, at borgere omfattet af 4-ugers garantien generelt havde kortere opholdstider, end de borgere, som ikke var omfattet af garantien. I periode A var denne forskel dog kun i gennemsnit på 4 dage, mens opholdstiden for borgere omfattet af 4-ugers garantien i periode B i gennemsnit var 12 dage kortere end borgere, som ikke var omfattet af 4-ugers garantien. Endvidere har begge borgertyper i periode B kortere opholdstider end i periode A.

I Tabel 7 og Tabel 8 fokuseres der på de borgere, som plejehjemsgodkendes under opholdet på rehabiliteringspladsen. I Tabel 7 ses den gennemsnitlige opholdstid før og efter plejehjemsgodkendelse, samt den samlede gennemsnitlige opholdstid.

**Tabel 7 Gennemsnitlig opholdstid for borgere godkendt til plejehjem under ophold på rehabiliteringsplads før og efter godkendelse til plejehjem i periode A og B, samt udviklingen i opholdstid mellem periode A og B (1) (2)**

	Periode A	Periode B	Udvikling ml. A og B
Opholdstid før godkendelse	34	41	19 %
Opholdstid efter godkendelse	47	28	-40 %
<b>Samlet opholdstid</b>	<b>81</b>	<b>69</b>	<b>-15 %</b>

(1) Periode C er udeladt af tabellen. Dette skyldes, at en del af de borgere, som har taget ophold på en rehabiliteringsplads i denne periode, endnu ikke har afsluttet deres ophold, og derfor kendes det endelige antal opholdsdage ikke.

(2) Periode A forløber fra 1. juli 2006 til 1/7-2006 til 30/6-2007, Periode B forløber 1/7-2007 til 30/6-2008.

Af Tabel 7 ses det, at den samlede gennemsnitlige opholdstid i periode A for borgere godkendt til plejehjem under opholdet, var 81 dage. Endvidere fordelte den samlede opholdstid sig på 34 dage inden godkendelse og 47 dage efter godkendelse. I periode B var den samlede gennemsnitlige opholdstid 69 dage fordelt på 41 dage før godkendelse og 28 dage efter godkendelse.

Således er den samlede opholdstid er reduceret med 12 dage, svarende til 15 pct., mellem de to perioder. Det ses dog også, at denne reduktion udelukkende skyldes et fald i opholdstiden efter godkendelse på 40 pct., mens opholdstiden før godkendelse omvendt steg med 19 pct.

I Tabel 8 ses en oversigt over de samlede gennemsnitlige opholdstider på rehabiliteringspladserne i periode A og B fordelt på borgere, som var omfattet af 4-ugers garantien, og borgere, som ikke var.

**Tabel 8 Opholdstider på rehabiliteringsafdeling for borgere, som godkendes til plejehjem under opholdet i periode A og B fordelt på borgere omfattet af 4-ugers garantien og borgere, som ikke er. (1) (2)**

Periode	Borgertype	Antal borgere	Opholdsdage i alt		
			Gns. opholdstid	Min.	Max
Periode A	Med 4-ugers garanti	150	81	11	369
	Uden 4-ugers garanti	92	80	13	409
	I alt	242	81	11	409
Periode B	Med 4-ugers garanti	165	67	7	367
	Uden 4-ugers garanti	138	71	1	283
	I alt	303	69	1	367

(1) Periode C er udeladt af tabellen. Dette skyldes, at en del af de borgere, som har taget ophold på en rehabiliteringsplads

i denne periode, endnu ikke har afsluttet deres ophold, og derfor kendes det endelige antal opholdsdage ikke.  
 (2) Periode A forløber fra 1. juli 2006 til 1/7-2006 til 30/6-2007, Periode B forløber 1/7-2007 til 30/6-2008.

For periode A ses det, at 150 ud af de 242 borgere, som blev plejehjemsgodkendt under opholdet, var omfattet af 4-ugers garantien, mens 92 ikke var omfattet heraf. For periode B gælder det, at 165 ud af 303 borgere var omfattet af 4-ugers garantien, mens 138 ikke var omfattet af garantien. Således ses det, at der i periode A var forholdsmæssigt flere borgere omfattet af 4-ugers garantien end i periode B. Den samme tendens gjorde sig i øvrigt også gældende for borgere, som blev plejehjemsgodkendt før opholdet, hvilket kunne indikere en tendens til, at en mindre andel af borgerne opfylder kravet om at søge plejehjemsplads bredt og dermed blive omfattet af 4-ugers garantien.

Fokuseres der på opholdstiderne, ses det, at borgere omfattet af 4-ugers garantien i periode A i gennemsnit opholdt sig 81 dage på rehabiliteringspladsen, mens borgere, som ikke var omfattet af garantien, i gennemsnit havde en opholdstid på 80 dage. I periode B var opholdstiden for borgere omfattet af 4-ugers garantien 67 dage, mens opholdstiden for borgere, som ikke var omfattet af 4-ugers garantien, var 71 dage. Således er det generelle fald i opholdstiden fra periode A til B, som ses i Tabel 8, slået lidt mere igennem overfor borgere, som er omfattet af 4-ugers garantien, end borgere, som ikke er omfattet heraf.

I Tabel 9 ses gennemsnit og median for opholdstiden for borgere, som plejehjemsgodkendes *før* og *under* rehabiliteringsopholdet fordelt på bydel.

**Tabel 9 Gennemsnit og median for samlet opholdstid på en rehabiliteringsafdeling, for borgere som godkendes til plejehjem før og under opholdet, i periode B fordelt på bydel. (1)**

Bydel	Godkendt før ophold			Godkendt under ophold		
	Antal borgere	Gns. opholdsdage	Median	Antal borgere	Gns. opholdsdage	Median
A	7	24	16	40	58	55
B	9	17	14	78	61	50
C	12	33	28	80	62	56
D	16	39	34	47	85	76
E	6	29	23	21	65	61
F	7	34	31	37	91	76
<b>I alt</b>	<b>57</b>	<b>31</b>	<b>21</b>	<b>303</b>	<b>69</b>	<b>56</b>

(1) Periode B forløber 1/7-2007 til 30/6-2008.

Det ses, at variationsbredden i den gennemsnitlige opholdstid for borgere, som godkendes *før* ankomst i periode B gik fra 17 dage i bydel B til 39 dage i bydel D, og således opholdt borgerne sig i gennemsnit 22 dage længere på rehabiliteringsafdelingen i bydel D end i bydel B.

For borgere, som plejehjemsgodkendes *under* opholdet ses det, at bydel A havde den korteste gennemsnitlige opholdstid på 58 dage, mens Bydel F havde den længste gennemsnitlige opholdstid på 91. Dermed var opholdstiden i gennemsnit 33 dage længere i Bydel F end i Bydel A.

Endvidere lader der til at være en bydelsspecifik sammenhæng mellem den gennemsnitlige opholdstid for de to typer af borgere. Således havde både bydel A, B og E opholdstider under gennemsnittet for begge borgertyper, mens bydel D og F havde opholdstider over gennemsnittet for begge borgertyper. Bydel C havde dog opholdstider under gennemsnittet for borgere godkendt før opholdet og opholdstider over gennemsnittet for borgere godkendt under opholdet.

Endeligt ses det, at medianen for borgere godkendt før og under opholdet i gennemsnit var på hhv. 21 og 56 dage. Dette betyder, at halvdelen af borgerne godkendt før opholdet, havde opholdstider over 21 dage, og halvdelen af borgerne godkendt under opholdet havde opholdstider over 56 dage. Endvidere ses det, at medianen for samtlige bydele var lavere end gennemsnittet, hvilket er ensbetydende med, at fordelingerne på bydelniveau er højreskæve. En sådan type fordeling er kendetegnet ved, at der er færre borgere over end under gennemsnittet, men at disse borgere til gengæld ligger relativt højt over gennemsnittet og dermed trækker gennemsnittet op over medianen. Dette kan også udtrykkes således: Nogle borgere har en relativt lang opholdstid, hvilket trækker den gennemsnitlige opholdstid op.

I tabellen nedenfor ses gennemsnitlige opholdstider før og efter godkendelse til plejehjem for borgere plejehjemsgodkendt *under* ophold på rehabiliteringspladsen fordelt bydel.

**Tablet 10 Gennemsnit og median for opholdstider på rehabiliteringsafdeling før godkendelse og gennemsnit for opholdstid efter godkendelse til plejehjem for borgere, som i periode B blev godkendt til plejehjem under ophold, fordelt på bydele (1)**

Bydel	Opholdstid før godkendelse			Gns. opholdstid efter godkendelse
	Antal borgere	Gns. opholdsda-ge	Median	
A	40	37	29	22
B	78	40	29	21
C	80	35	25	27
D	47	45	32	40
E	21	37	28	28
F	37	56	38	35
<b>I alt</b>	<b>303</b>	<b>41</b>	<b>29</b>	<b>28</b>

(1) Periode B forløber 1/7-2007 til 30/6-2008.

Det ses, at opholdstiden før godkendelse var kortest i bydel C med 35 dage og længst i bydel F med 56 dage, og forskellen mellem de to bydeles gennemsnit var således på 21 dage. Opholdstiden efter godkendelse varierede i alt 19 dage fra 21 dage i bydel B til 40 dage i bydel D.

Endvidere ses en bydelsspecifik sammenhæng mellem den gennemsnitlige opholdstid før og efter godkendelse til plejehjem. Således havde bydel A, B og C opholdstider under gennemsnittet både før og efter godkendelse, mens bydel D og F havde opholdstider over gennemsnittet både før og efter godkendelse.

Endeligt ses, at medianen er på 29 dage, og således havde halvdelen af borgerne opholdstider før godkendelse på over 29 dage. Endvidere er medianen også her lavere en gennemsnittet for samtlige bydele. Som nævnt tidligere indikerer dette, at der er relativt få store observationer, som medvirker til at trække den gennemsnitlige opholdstid op.

### **Borgere, som ikke plejehjemsgodkendes under rehabiliteringsophold**

I nedenstående tabel ses en oversigt over antallet af borgere, som ikke blev plejehjemsgodkendt i relation til et ophold på en rehabiliteringsafdeling i periode A, B og C. Disse ophold omfatter både borgere på vurderingsophold og borgere på korte ophold. Endvidere er disse borgeres andel af det samlede antal borgere på rehabiliteringsafdelingerne angivet.

**Tabel 11 Borgere, som ikke plejehjemsgodkendes i periode A, B og C. (1)**

	<b>Periode A</b>	<b>Periode B</b>	<b>Periode C (halv)</b>
Ikke-plejehjemsgodkendte borgere, antal	930	1.054	607
Ikke-plejehjemsgodkendte borgere, andel af samlet antal borgere	74 %	75 %	74 %

(1) Periode A forløber fra 1/7-2006 til 30/6-2007, Periode B forløber 1/7-2007 til 30/6-2008, mens periode C forløber fra 1/7-2008 til 31/12-2008. Periode C er således halvt så lang, som de to øvrige perioder.

Det ses, at denne gruppe af borgere udgjorde langt størstedelen af borgerne på rehabiliteringspladserne. Mere præcist godkendes ca.  $\frac{3}{4}$  af borgerne ikke til en plejehjemsplads, hverken før eller under rehabiliteringsopholdet.

I Tabel 12 ses opholdstider for disse borgere i periode A og B, samt udviklingen i opholdstid mellem de to perioder.

**Tabel 12 Opholdstider, samt udvikling heri mellem periode A og B, for borgere, som ikke godkendes til plejehjem i forbindelse med rehabiliteringsophold (1) (2)**

	<b>Periode A</b>	<b>Periode B</b>	<b>Udvikling ml. A og B</b>
<b>Samlet opholdstid</b>	41	40	0,5 %

(1) Periode C er udeladt af tabellen. Dette skyldes, at en del af de borgere, som har taget ophold på en rehabiliteringsplads i denne periode, endnu ikke har afsluttet deres ophold, og derfor kendes det endelige antal opholdsdage ikke.

(2) Periode A forløber fra 1. juli 2006 til 1/7-2006 til 30/6-2007, Periode B forløber 1/7-2007 til 30/6-2008.

Det ses, at borgere, som ikke plejehjemsgodkendes i relation til rehabiliteringsopholdet i periode A opholdte sig gennemsnitligt 41 dage på rehabiliteringspladsen. I periode B var opholdstiden for disse borgere på 40 dage, og således varierer opholdstiden kun med 0,5 procent mellem de to perioder.

I Tabel 13 ses gennemsnit og median for opholdstiden for borgere, som ikke plejehjemsgodkendes i

relation til rehabiliteringsopholdet fordelt på bydel.

**Tabel 13 Gennemsnit og median for opholdstider på en rehabiliteringsafdeling for borgere, som ikke godkendes til plejehjem i periode B fordelt på bydel. (1)**

Bydel	Ikke godkendt til plejehjem		
	Antal borgere	Gns. opholdsdage	Median
A	164	40	35
B	225	38	32
C	186	43	36
D	190	41	31
E	109	47	36
F	180	41	33
<b>I alt</b>	<b>1054</b>	<b>40</b>	<b>32</b>

(1) Periode B forløber 1/7-2007 til 30/6-2008.

Af tabellen ses det, at bydel B havde den korteste gennemsnitlige opholdstid på 38 dage, mens bydel E havde den længste gennemsnitlige opholdstid på 47 dage. Forskellen på de to bydele var dermed 9 dage.

Medianen var på 32 dage og angiver, at halvdelen af borgerne havde opholdstider over 32 dage. Det ses også, at medianen var lavere end gennemsnittet, hvilket er ensbetydende med en højreskæv fordeling, hvor relativt få store borgere har lange opholdstider og dermed trækker gennemsnittet op.

#### Sammenligning af opholdstider på bydelsniveau for de tre borgertyper

I dette afsnit sammenlignes opholdstider for borgere, som godkendes til plejehjem før og under opholdet, og borgere, som ikke godkendes til plejehjem. I Tabel 14 ses de gennemsnitlige opholdstider for de tre borgertyper i periode B.

**Tabel 14 Gennemsnitlige opholdstider på rehabiliteringsafdeling for borgere som godkendes til plejehjem før og under opholdet, og borgere, som ikke godkendes til plejehjem i periode B (1)**

Bydel	Samlet opholdstid		
	Godkendt før ophold	Godkendt under ophold	Kort ophold + ikke godkendt(2)
A	24	58	40
B	17	61	38
C	33	62	43
D	39	85	41
E	29	65	47
F	34	91	41
<b>I alt</b>	<b>31</b>	<b>69</b>	<b>40 (3)</b>

(1) Periode B forløber 1/7-2007 til 30/6-2008

(2) Kategorien indeholder borgere, som har været på en vurderingskonference, men ikke er blevet godkendt til plejehjem, samt borgere, der har været på et kort ophold, og derfor ikke har været på en vurderingskonference.

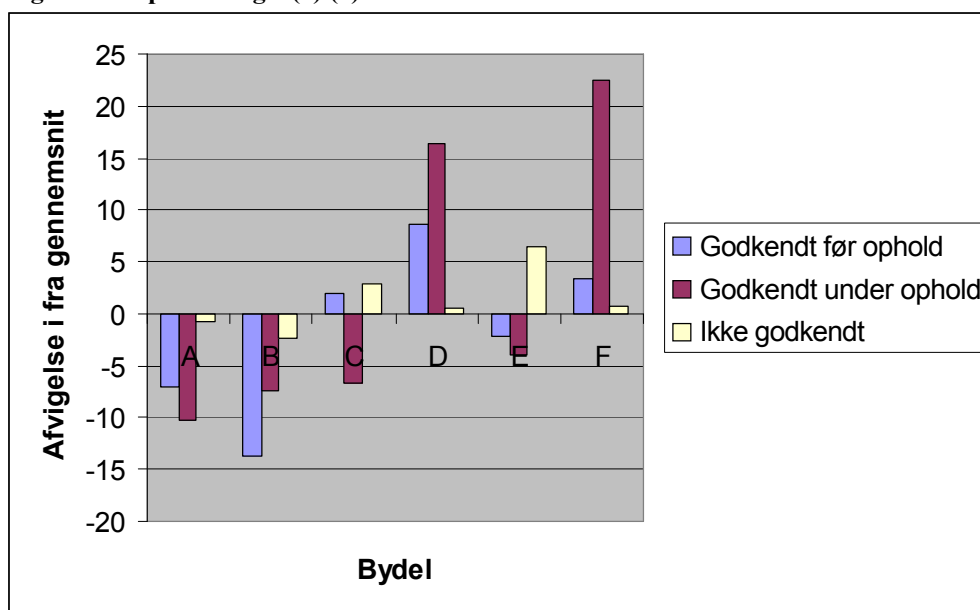
(3) Hvis det antages, at 20 pct. af alle borgere (20 pct. af 1.414 = 283) har været på et kort ophold, og at disse borgere antages at opholde sig i gennemsnit 21 dage på rehabiliteringspladsen (overholder Konceptet), så vil disse borgere have haft i alt  $283 \cdot 21 = 5.939$  opholdsdage. Kategorien "kort ophold + ikke godkendt" omfatter i alt 1.054 borgere med en

opholdstid på gennemsnitligt 40 dage, hvilket i alt giver  $1.054 \cdot 40 = 42.160$  opholdsdage. Antages det endvidere, at samtlige borgere på kort ophold befinder sig i kategorien "Kort ophold + ikke godkendt", så vil antallet af borgere, som har været på en vurderingskonference, men ikke er plejehjemsgodkendt udgøre  $1.054 - 283 = 771$  borgere. Disse borgere vil i alt have opholdt sig  $42.160 - 5.939 = 36.221$  dage på en rehabiliteringsafdeling. Dette giver en gennemsnitlig opholdstid for borgere, som har været på vurderingskonference uden at blive plejehjemsgodkendt på  $36.221/771 = 47$  dage.

Det ses af tabellen, at der er en vis bydelsspecifik sammenhæng mellem opholdstiderne, således at visse bydele generelt har haft kortere opholdstider for samtlige borgertyper end andre. Det ses dog også, at denne sammenhæng særligt gjorde sig gældende for borgere, som blev plejehjemsgodkendt før eller under opholdet, mens forskellene mellem bydelene for borgere, som ikke godkendes til plejehjem, var mindre.

I Figur 2 er bydelenes afvigelser i opholdstider fra de samlede gennemsnitlige opholdstider for hver borgertype præsenteret grafisk.

**Figur 2 Bydelenes afvigelser fra de samlede gennemsnitlige opholdstider for borgere, som godkendes til plejehjem før og under opholdet, og borgere, som ikke godkendes til plejehjem i periode B. Tælleenheden i figuren er opholdsdage. (1) (2)**



(1) Periode B forløber 1/7-2007 til 30/6-2008

(2) I figuren angives opholdstiden for borgere i bydel A, som ikke plejehjemsgodkendes til at være lidt under gennemsnittet. Dette er i modstrid med Tabel 14, hvor opholdstiden i bydel A for borgere, som ikke plejehjemsgodkendes, er angivet til at være 40 dage, hvilket er lig gennemsnittet for denne borgertype. Dette skyldes, at figuren bygger på hele tal, mens Tabel 14 kun indeholder afrundede tal og derfor ikke opfanger denne afvigelse.

Det ses, at bydel A og B havde opholdstider under gennemsnittet for samtlige borgertyper, mens bydel D og F havde opholdstider over gennemsnittet for alle tre borgertyper. Bydel C havde derimod en

opholdstid under gennemsnittet for borgere godkendt under opholdet, men en opholdstid over gennemsnittet for de to andre borgertyper. I bydel E var opholdstiden under gennemsnittet for borgere godkendt før og under opholdet, mens opholdstiden var over gennemsnittet for borgere, som ikke plejehjemsgodkendes.

### Hvor kom borgerne hen efter rehabiliteringsopholdet?

I Tabel 15, Tabel 16 og Tabel 17 er der fokus på, hvor borgerne kom hen efter rehabiliteringsforløbet. I Tabel 15 ses de borgere, som blev plejehjemsgodkendt under rehabiliteringsopholdet, fordelt på de, som blev udskrevet til hhv. plejehjem, eget hjem og hospital eller som døde under opholdet i periode A og B.

**Tabel 15 Antal og fordeling af borgere plejehjemsgodkendt under opholdet, fordelt på de, som kommer direkte på plejehjem efter rehabiliteringsafdelingen, og de, som flyttede til andre steder (1) (2)**

Udflytningsmulighed	Periode A		Periode B	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Plejehjem direkte (2)	141	58 %	198	65 %
Hjem	79	33 %	85	28 %
Død	16	7 %	11	4 %
Hospital	6	2 %	9	3 %
<b>I alt</b>	<b>242</b>	<b>100 %</b>	<b>303</b>	<b>100 %</b>

(1) Periode A forløber fra 1. juli 2006 til 1/7-2006 til 30/6-2007, Periode B forløber 1/7-2007 til 30/6-2008.

(2) Periode C er udeladt af tabellen. Dette skyldes, at en del af de borgere, som har taget ophold på en rehabiliteringsplads i denne periode, endnu ikke har afsluttet deres ophold, og derfor kendes det endelige antal opholdsdage ikke.

(3) Denne kategori indeholder de borgere, som kom på plejehjem samme dag, dagen før eller dagen efter, de blev udskrevet fra rehabiliteringspladsen.

Det ses, at størstedelen af de borgere, der blev godkendt under opholdet, blev udskrevet direkte til plejehjem. I periode A udgjorde disse borgere 58 pct. af alle udskrivninger, mens tallet i periode B var på 65 pct. En relativt stor del af borgerne blev også udskrevet til eget hjem. I periode A gjaldt det 33 pct., og i periode B gjaldt det 28 pct. Endvidere ses det, at hhv. 7 og 4 pct. døde under opholdet i de to perioder, mens 2-3 pct. blev indlagt på hospital.

I Tabel 16 ses en sammenligning mellem opholdstiden for ovennævnte borgere fordelt på de, som blev udskrevet direkte til plejehjem, og de, som blev udskrevet til andre muligheder. Her behandles borgere, der blev udskrevet til eget hjem eller hospital, samt borgere, der døde under opholdet, under ét.

**Tabel 16 Gennemsnitlige opholdstider efter plejehjemsgodkendelse, for borgere godkendt under ophold på rehabiliteringsafdeling fordelt på borgere udflyttet til plejehjem og øvrige muligheder. (1) (2)**



Udflytningsmulighed	Periode A		Periode B	
	Antal	Opholdsdage efter godkendelse	Antal	Opholdsdage efter godkendelse
Plejhjem direkte (2)	141	55	198	31
Øvrige(3)	101	36	105	22
<b>I alt</b>	<b>242</b>	<b>47</b>	<b>303</b>	<b>28</b>

(1) Periode C er udeladt af tabellen. Dette skyldes, at en del af de borgere, som har taget ophold på en rehabiliteringsplads i denne periode, endnu ikke har afsluttet deres ophold, og derfor kendes det endelige antal opholdsdage ikke.

(2) Periode A forløber fra 1. juli 2006 til 1/7-2006 til 30/6-2007, Periode B forløber 1/7-2007 til 30/6-2008.

(3) Denne kategori indeholder de borgere, som kom på plejhjem samme dag, dagen før eller dagen efter, de blev udskrevet fra rehabiliteringspladsen.

(4) Indeholder borgere, som kom til eget hjem, hospital eller som døde under ophold på rehabiliteringspladsen.

Det ses, at borgere, som i periode A blev udskrevet direkte til plejhjem, i gennemsnit opholdt sig 19 dage længere på rehabiliteringspladsen efter plejhjemsgodkendelsen, end borgere, som blev udskrevet til andre steder. I periode B opholdt borgere, som flyttede direkte på plejhjem, sig 9 dage længere efter plejhjemsgodkendelsen, end borgere, der flyttede andre steder hen. Således havde borgere, som flyttede direkte på plejhjem, generelt en længere opholdstid efter plejhjemsgodkendelsen, end de øvrige borgere, om end forskellen er mere end halveret mellem periode A og B.

I Tabel 17 ses en udspecificering af Tabel 15, hvor borgere, der ikke flyttede på plejhjem, er opdelt i borgere, der flyttede til eget hjem eller hospital, samt borgere, der døde under opholdet.

**Tabel 17 Gennemsnitlige opholdstider efter plejhjemsgodkendelse, for borgere godkendt under ophold på rehabiliteringsafdeling fordelt på udflytningsmulighed. (1) (2)**

Udflytningsmulighed	Periode A		Periode B		Udvikling i opholdstid ml. periode A og B
	Antal	Opholdsdage efter godkendelse	Antal	Opholdsdage efter godkendelse	
Plejhjem direkte (3)	141	55	198	31	-44%
Hjem	79	35	85	21	-40%
Død	16	42	11	28	-33%
Hospital	6	20	9	23	15%
<b>I alt</b>	<b>242</b>	<b>47</b>	<b>303</b>	<b>28</b>	<b>-40%</b>

(1): Periode C er udeladt af tabellen. Dette skyldes, at en del af de borgere, som har taget ophold på en rehabiliteringsplads i denne periode, endnu ikke har afsluttet deres ophold, og derfor kendes det endelige antal opholdsdage ikke.

(2) Periode A forløber fra 1. juli 2006 til 1/7-2006 til 30/6-2007, Periode B forløber 1/7-2007 til 30/6-2008.

(3): Denne kategori indeholder de borgere, som kom på plejhjem samme dag, dagen før eller dagen efter, de blev udskrevet fra rehabiliteringspladsen.

Af tabellen ses det, at borgere, der i periode A udflyttede direkte til plejhjem, havde en gennemsnitlig opholdstid på 55 dage. I periode B var opholdstiden for denne gruppe 31 dage, og er således reduceret med 44 pct. For borgere, der udflyttede til eget hjem, var opholdstiden i periode A på 35 dage, mens den i periode B var 21 dage, svarende til en reduktion i opholdstiden på 40 pct. For borgere, som i periode A døde under opholdet, var opholdstiden 42 dage, mens dette tal i periode B var reduceret med 33 pct., til 28 dage. Endeligt var opholdstiden for borgere, som kom på hospital efter rehabiliteringsopholdet i

periode A på 20 dage og i periode B på 23 dage, svarende til en forøgelse af opholdstiden på 15 pct. Alt i alt resulterede dette, som nævnt tidligere, i en reduktion på 40 pct. i opholdstiden, for borgere, som plejehjemsgodkendes under rehabiliteringsopholdet.

# 5. Kapitel: Resultater af spørgeskemaundersøgelse

## 5.1. Indledning og sammenfatning

### Indledning

Følgende kapitel omhandler resultaterne af en tværsnitsundersøgelse af de borgere, der opholdte sig på en rehabiliteringsafdeling i Københavns Kommune mandag d. 11. maj 2009. Undersøgelsen har til formål at belyse forhold vedrørende borgernes ankomst til rehabiliteringsafdelingen, årsagerne til borgernes ophold, samt borgernes aktuelle status på opførelsesdagen. For en gennemgang af de metodiske overvejelser omkring undersøgelsen henvises til kapitel 5. Nedenfor er sammenfattet de vigtigste resultater fra tværsnitsundersøgelsen i punktform.

### Sammenfatning

Kapacitet:

- a. 7 ud af 202 rehabiliteringspladser stod tomme d. 11. maj 2009.
- b. Mere end 30 % af borgerne havde en aktuell status som ventende - enten på at komme tilbage i eget hjem eller til plejehjem/plejebolig.

Kendetegn for borgerne ved ankomst til rehabiliteringsafdelingen:

- a. 82 % af borgerne kom direkte fra hospital.
- b. Næsten 90 % af alle rehabiliteringspladserne var optaget af borgere, der kom på et vurderingsophold.
- c. 66 % af de borgere, der kom på et vurderingsophold direkte fra hospital, kom til rehabiliteringsafdelingen med en genoptræningsplan.
- d. 3 borgere var plejehjemsgodkendte ved ankomst til rehabiliteringsafdelingen

Årsager til borgernes ophold på rehabiliteringsafdelingen:

- a. Over halvdelen af borgerne havde som hovedårsag til opholdet, at de var generelt svækkede eller havde gennemgået operation/havde gips og var svækkede/havde funktionstab. Herudover havde 21 % én af disse årsager som biårsag.
- b. 10 % af borgerne havde som primær årsag, at de var faldtruet, og næsten ligeså mange havde det som biårsag.
- c. Næsten 10 % af borgerne havde som primær årsag, at de havde problemer med egen afklaring om sin fremtidige boligsituation. Derudover havde 14 % denne årsag som biårsag til opholdet.
- d. Næsten 9 % havde som hovedårsag, at de var midlertidigt immobiliseret (fx at de ikke måtte støtte i x antal uger).
- e. 25 % havde kognitive dysfunktioner som biårsag, mens knap 5 % havde det som hovedårsag.

- f. 21 % havde som biårsag, at de havde brug for hjælp til ernæring, kost og dehydrering.

Opdagelser vedrørende problemer i forbindelse med den nuværende registreringspraksis

- Borgere, der kommer på rehabiliteringsophold og ikke kan støtte pga. brud eller operation i benet, passer ikke til de nuværende muligheder for registrering af opholdstype (vurderingsophold og kort ophold).
- Forebyggelsesforløb bliver ikke anvendt som forløbstype, selvom den indgår som et af tre mulige forløb som resultat af vurderingskonferencen (genoptræningsforløb, forebyggelsesforløb og udslusning).

## 5.2. Resultater

Nedenfor ses resultaterne af tværsnitsundersøgelsen præsenteret i frekvenstabeller. Der indgår 195 borgere i undersøgelsen. I de tabeller, hvor frekvenserne er opdelt på opholdstype indgår dog kun 194 borgere, da der mangler oplysninger om opholdstypen for én borger.

### Kapacitet

Tabel 18 viser andelen af pladser på de forskellige rehabiliteringsafdelinger, der var belagte mandag d. 11. maj 2009.

**Tabel 18 Oversigt over belægning på rehabiliteringspladserne i måleperioden**

Afdeling	Belagte pladser	Tomme pladser
Gammel Kloster	34	2
Hasselbo	39	1
Herman Koch Gården	23	1
Hørgården	38	0
Rehabiliteringscenter Indre By	20	0
Dortheagården	41	3 (1)
<b>I alt</b>	<b>195</b>	<b>7</b>

(1) En af de tre pladser var optaget af en plejehjemsbeboer

Det ses, at 7 pladser stod tomme, hvilket svarer til 3,5 % af de i alt 202 pladser. Således var belægningsprocenten for alle pladser d. 11. maj 2009 på 96,5 pct.

### Baggrundsoplysninger

Ved ankomst til rehabiliteringsafdelingen var 3 borgere plejehjemsgodkendte.

I nedenstående tabel ses en opgørelse af, hvilke forløb borgerne påbegyndte ved ankomst til rehabiliteringsafdelingen fordelt på, om de kom fra eget hjem eller fra hospital.

**Tabel 19 Opholdstype ved ankomst fordelt på, hvor borgeren kom fra**

	Opholdstype ved ankomst til rehabiliteringsafdelingen							
	Kort ophold		Vurderingsophold		Andet		I alt	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Hospital	6	3	148	77	5	3	159	82
Eget hjem	8	4	24	12	2	1	34	18

<b>I alt</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>172</b>	<b>89</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>193 (1)</b>	<b>100</b>
--------------	-----------	----------	------------	-----------	----------	----------	----------------	------------

(1) Ud af de 202 pladser var 7 pladser tomme, mens der for 2 borgere ikke var angivet, hvor borgeren kom fra. Tabellen indeholder derfor kun information om 193 borgere.

Næsten 90 % af borgerne påbegyndte et vurderingsophold, mens kun en lille andel påbegyndte et kort ophold. Det fremgår desuden, at 82 % af borgerne kom direkte fra hospital.

Tabel 20 viser hvor mange af de 148 borgere, der kom direkte fra hospital og påbegyndte et vurderingsophold, som havde en genoptræningsplan med fra hospitalet

**Tabel 20 Oversigt over hvor mange af de borgere, som kom fra hospital, der havde en genoptræningsplan**

	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>
Med genoptræningsplan	100	68
Uden genoptræningsplan	48	32
<b>I alt</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

Det fremgår, at en tredjedel af de borgere, der kom fra hospital og påbegyndte et vurderingsophold ikke havde en genoptræningsplan med.

### **Årsager til opholdet**

I Tabel 21 ses hovedårsagerne til rehabiliteringsopholdet fordelt på typen af ophold som borgeren påbegyndte. Der skulle angives én primærårsag til opholdet samt eventuelle biårsager, som belyses efterfølgende.

**Tabel 21 Hovedårsager til ophold på rehabiliteringsophold**

	Opholdstype ved ankomst til rehabiliteringsafdelingen							
	Kort ophold		Vurderingsophold		Andet		I alt	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Generel svækkelse	2	1,0	56	28,9	.	.	58	29,9
Har gennemgået operation/gips og er svækket/har funktionstab	1	0,5	47	24,2	1	0,5	49	25,3
Faldtruget	.	.	20	10,3	.	.	20	10,3
Egen afklaring om sin fremtidige boligsituation	1	0,5	18	9,3	.	.	19	9,8
Midlertidigt immobiliseret	3	1,5	10	5,2	4	2,1	17	8,8
Kognitive dysfunktioner	.	.	7	3,6	2	1,0	9	4,6
Andet	.	.	7	3,6	.	.	7	3,6
Hjælp til ernæring, kost og dehydrering	2	1,0	2	1,0	.	.	4	2,1
Tillæring til markant ændret funktionsniveau	.	.	3	1,5	.	.	3	1,5
Behov for aflastning af familie	3	1,5	.	.	.	.	3	1,5
Ny medicinsk behandling eller medicinregulering	1	0,5	1	0,5	.	.	2	1,0
Boligproblemer	1	0,5	1	0,5	.	.	2	1,0
Infektion	.	.	1	0,5	.	.	1	0,5
Utryk i eget hjem								
Sår (fx skinneben, amputation)								
<b>I alt</b>	<b>14</b>	<b>7,2</b>	<b>172</b>	<b>88,7</b>	<b>7</b>	<b>3,6</b>	<b>194</b>	<b>100,0</b>

Langt de hyppigste hovedårsager var ”Generel svækkelse” eller ”Gennemgået operation/gips og er svækket/har funktionstab”, hvilket tilsammen udgør hovedårsagen for over halvdelen af borgerne. 10 % af borgerne havde som hovedårsag, at de var faldtruget, mens næsten 10 % havde problemer med egen afklaring om egen fremtidige boligsituation.

Borgerne kunne endvidere have ingen, én eller to biårsager til hovedårsagen. Biårsager fremgår nedenfor i Tabel 22, hvor alle biårsager er samlet i én tabel uanset, hvor mange biårsager borgeren havde.

Tabel 22 Biårsager til ophold på rehabiliteringsafdelingen

	Opholdstype ved ankomst til rehabiliteringsafdelingen							
	Kort ophold		Vurderingsophold		Andet		I alt	
	Antal	Pct.*	Antal	Pct.*	Antal	Pct.*	Antal	Pct. (1)
Kognitive dysfunktioner	1	0,5	47	24,2	1	0,5	49	25,3
Hjælp til ernæring, kost og dehydrering			40	20,6	1	0,5	41	21,1
Generel svækkelse	2	1,0	25	12,9	1	0,5	28	14,4
Egen afklaring om sin fremtidige boligsituation			26	13,4	2	1,0	28	14,4
Faldtruet	1	0,5	18	9,3			19	9,8
Har gennemgået operation/gips og er svækket/har funktionstab	1	0,5	12	6,2			13	6,7
Infektion	1	0,5	9	4,6	1	0,5	11	5,7
Andet	1	0,5	9	4,6	1	0,5	11	5,7
Sår (fx skinneben, amputation)	1	0,5	8	4,1			9	4,6
Utryk i eget hjem	2	1,0	6	3,1			8	4,1
Ny medicinsk behandling eller medicinregulering			6	3,1			6	3,1
Midlertidigt immobiliseret			4	2,1			4	2,1
Tillæring til markant ændret funktionsniveau			3	1,5			3	1,5
Boligproblemer			1	0,5			1	0,5
Behov for aflastning af familie								

(1) Procent af det samlede antal (194) borgere

Det ses, at de mest hyppige biårsager var ”Kognitive dysfunktioner”, som var en medvirkende årsag hos ¼ af borgerne og ”Hjælp til ernæring, kost og dehydrering”, som var en biårsag ved en 1/5 af borgerne. Derimod var disse to årsager, jf. Tabel 21, kun relativt sjældent hovedårsager.

”Generel svækkelse” eller ”Gennemgået operation/gips og er svækket/har funktionstab”, som var vigtigste hovedårsager, var også hyppige biårsager, idet de tilsammen gjorde sig gældende ved næsten 25 % af borgerne. Til sammen var det dermed ca. ¾ af borgerne på rehabiliteringsafdelingerne, der havde enten hovedårsag eller biårsag inden for disse områder.

### Borgernes aktuelle status

Tabel 23 viser borgernes aktuelle status på opgørelsesdagen fordelt på borgere, der var i gang med et planlagt forløb og borgere, der var i en ventesituation.

**Tabel 23 Borgernes aktuelle status på rehabiliteringsafdelingen ved måletidspunktet**

Status	Antal	Procent
I færd med planlagt forløb	133	68,2
- Kort ophold	9	4,8
- Midlertidigt immobiliseret	5	2,6
- Vurderingsforløb	72	38,1
- Genoptræningsforløb	47	24,9
I venteposition	62	31,8
- Venter på at komme tilbage i eget hjem	14	7,4
- Venter på at flytte i plejebolig/ældrebolig	34	18,0
- Venter på at komme på hospitalet (1)	5	2,6
- Venter på effekt af medicin	3	1,6
- Andet (2)	6	3,2
<b>I alt</b>	<b>195</b>	<b>100,0</b>

(1) Kategorien omhandler borgere, som venter på demensudredning eller skal indlægges/opereres

(2) Kategorien omhandler borgere, der venter på stillingtagen fra pårørende, afklaring om situation i hjemmet, afklaring om fremtid

Det ses, at der var næsten 25 pct., der var i gang med et genoptræningsforløb, mens der var 38 pct., der var i et vurderingsforløb op til vurderingskonferencen. Der var ingen borgere, der var på forebyggelsesophold.

Dertil ses, at mere end 30 pct. af rehabiliteringspladserne blev optaget af borgere, der ventede – størstedelen ventede på at komme tilbage i eget hjem eller flytte til en ældrebolig/plejehjem

### **5.3. Opdagelser vedrørende problemer i forbindelse med den nuværende registreringspraksis**

Borgere, der kom på rehabiliteringsophold og ikke kunne støtte pga. brud eller operation i benet viste sig ikke at passe til de nuværende muligheder for registrering af opholdstype (vurderingsophold og kort ophold). Disse borgere blev registreret under ”Andet” som opholdstype i spørgeskemaet, hvilket der ikke er mulighed for i KOS.

Som mulige udfald på vurderingskonferencen findes tre typer forløb; Forebyggelsesforløb, genoptræningsforløb og udslusning. Af spørgeskemaundersøgelsen fremgik, at forebyggelsesforløb ikke blev anvendt til at karakterisere den aktuelle status, hvormed der må tages stilling til, om dette forløb



skal slettes som mulighed eller eventuelt erstattes af en anden type forløb.

## 6. Kapitel: Metode

Datagrundlaget for evalueringen består af tre dele. For det første er der gennemført to fokusgruppeinterviews med udvalgte aktører med tilknytning til rehabiliteringsområdet i Københavns Kommune. For det andet er der blevet foretaget en række registerudtræk fra bl.a. KOS og visitationssystemet. For det tredje er der foretaget en tværsnitsundersøgelse af aktiviteten på rehabiliteringspladserne. I nedenstående kapitel vil disse tre datakilder blive gennemgået.

### 6.1. Fokusgruppeinterviews

Som led i afdækningen af arbejdsgange på rehabiliteringsafdelingerne, blev der hhv. d. 23. og 31. marts 2009 afholdt i alt to fokusgruppeinterviews. Udvalgelseskriteriet for deltagerne i interviewene var, at de i deres daglige virke i en eller anden udstrækning har en tilknytning til rehabiliteringsområdet. Endvidere var det afgørende, at de forskellige bydele i Københavns Kommune blev repræsenteret i rimeligt omfang, således at de forskelle, der måtte være mellem bydelene, ville blive afdækket i interviewene. Endeligt var et vigtigt kriterium, at de forskellige funktioner i kommunen, som kommer i spil, når en borger skal på en rehabiliteringsplads, var repræsenteret. Dette skulle bidrage til at opnå det bredeste perspektiv på de forskellige arbejdsgange og samarbejdsrutiner, der eksisterer i forbindelse med borgeres indflytning og ophold på rehabiliteringspladserne.

Det bør påpeges, at to fokusgruppeinterviews formentlig er i underkanten til at opnå et tilstrækkeligt detaljeret og nuanceret billede af praksis på samtlige rehabiliteringsafdelinger, men det var dog af tidsmæssige hensyn ikke muligt at gennemføre supplerende interviews. Dog vurderes de to gennemførte interviews, i sammenhæng med de øvrige dele af evalueringen, at udgøre et tilstrækkeligt solidt datagrundlag til at påpege de overordnede linier omkring praksis på rehabiliteringsafdelingerne.

Deltagerne i de to fokusgruppeinterviews var:

- Lotte Alslöv, træningscenterleder, Indre By  
Jennie Wilson, visitator, Bispebjerg/Nørrebro  
Sisse Petersen, fysioterapeut, Herman Koch Gården  
Charlotte Brejnebøl, udskrivningskoordinator
- Inge-Lise Mahler, visitator, Østerbro  
Tine Skovgaard, teamleder for udskrivningskoordinatorerne i Sjællandsgade  
Lene Wind, leder af rehabiliteringsafdelingen på Amager  
Tina Nørgaard, gruppeleder i hjemmeplejen på Nørrebro  
Maj-Britt Ørby Poulsen, trænende ergoterapeut, Brønshøj-Husum rehabiliteringsafdeling

Interviewene var tilrettelagt således, at de som udgangspunkt fulgte den kronologi, der normalt er i perioderne før, under og efter en borgers ophold på rehabiliteringspladsen. Hensigten med denne fremgangsmåde var at sikre et helhedsperspektiv på rehabiliteringsforløbene, således at det blev muligt at afdække arbejdsgange og samarbejdsrutiner hos forskellige aktører, der er involveret i denne proces.

Efter interviewene blev der skrevet uddybende referater af begge interviews. Disse blev siden

sammenskrevet til ét samlet referat, som blev sendt i høring hos de medvirkende aktører. Deres – forholdsvis få og mere tekniske - kommentarer er herefter indarbejdet i det endelige referat, som foreligger i denne rapport som bilag A.

## **6.2. Datagrundlag for registerudtræk**

Med henblik på at beskrive opholdstiden på rehabiliteringsafdelingerne for borgere, der enten var plejehjemsgodkendte før eller under opholdet eller ikke var plejehjemsgodkendte, blev der foretaget udtræk fra VI-systemet. Disse blev desuden kombineret med udtræk fra KOS for at belyse, hvad der skete med borgerne efter rehabiliteringsopholdet.

Udgangspunktet for registerudtrækkene var alle rehabiliteringsophold opstartet i perioderne A (1. juli 2006 til 31. juni 2007), B (1. juli 2007 til 31. juni 2008) og C (1. juli 2008 til 31. december 2008).

### **Opholdstid og plejehjemsgodkendelse**

Opholdstid for rehabiliteringsopholdene blev opgjort på baggrund af start- og slutdatoer for opholdet, som blev trukket i VI-systemet. Borgere, der var ankommet til en rehabiliteringsafdeling i hver af de tre perioder, blev inddelt i hhv. 'plejehjemsgodkendt før ophold', 'plejehjemsgodkendt under ophold' og 'ikke plejehjemsgodkendt', afhængig af, om en eventuel dato for plejehjemsgodkendelse lå før eller under opholdet på rehabiliteringsafdelingen. Hvis datoen for plejehjemsgodkendelse lå på samme dag, som rehabiliteringsopholdet startede, blev borgeren karakteriseret som værende plejehjemsgodkendt før opholdet. I tilfælde af, at borgere havde flere plejehjemsgodkendelser f.eks. pga. annullering, valgtes den sidste dato for godkendelse, som samtidig lå før udskrivningsdatoen fra rehabiliteringsafdelingen. For borgere, der blev plejehjemsgodkendt under opholdet, blev der desuden opgjort tiden fra ankomst til plejehjemsgodkendelse samt opholdstid på rehabiliteringsafdelingen efter plejehjemsgodkendelse.

### **Efter opholdet**

For at undersøge hvad der skete med borgerne på afslutningsdatoen for rehabiliteringsopholdet, blev der trukket data fra hhv. KOS og VI-systemet, som tilsammen beskriver, om borgeren blev indlagt, kom på plejehjem, døde eller kom til eget hjem. Indlæggelsesdatoer blev trukket i KOS, mens død på afslutningsdatoen og indflytning på plejehjem blev trukket i VI-systemet. Kriteriet for, at et ophold blev karakteriseret som værende direkte efterfulgt af en indlæggelse var, at der var et overlap på  $\pm 1$  dag for indlæggelsesdag og afslutningsdatoen for rehabiliteringsopholdet. Data vedrørende indlæggelser trukket i KOS må forventes at være behæftet med en del usikkerhed, idet indlæggelser ikke registreres systematisk i KOS<sup>10</sup>.

## **6.3. Metode til gennemførelse af spørgeskemaundersøgelsen**

Med henblik på at undersøge hvilke borgere, der visiteres til rehabilitering, blev foretaget en tværnsundersøgelse på alle seks rehabiliteringsafdelinger, der skulle belyse aktiviteten på afdelingerne på en bestemt dag – mandag d. 11. maj 2009. Spørgeskemaerne blev udfyldt af personalet på afdelingen, og der blev udfyldt ét skema pr. beboer. Spørgeskemaet kan ses i bilag F. I den elektroniske udgave, som afdelingerne modtog, fyldte skemaet én A-4 side. I den udgave er der nogle

---

<sup>10</sup> Sammenligning mellem fra sundhedsstyrelsen kendte udskrivninger af færdigbehandlede viste stor usikkerhed ved sammenligning med registreringerne i KOS.

afkrydsningsfelter, som ikke fremgår af bilag F. Spørgeskemaet blev fremsendt til afdelingerne sammen med en vejledning.

Skemaet blev udviklet i samarbejde med medarbejdere fra hhv. Valby og Østerbro lokalområde og blev kvalificeret på baggrund af interview med en afdelingsleder og en tidligere ansat på en rehabiliteringsafdeling. På den måde blev det tilstræbt, at spørgeskemaet var dækkende for afdelingernes borgertyper, samt at svarmulighederne var meningsfulde i forhold til aktiviteten på afdelingerne. Grundet meget begrænset tid blev det fravalgt at foretage en pilottestning af spørgeskemaet. I bilag G ses en del af forarbejdet til spørgeskemaet i form af et øjebliksbillede af årsagerne til borgernes ophold på én enkelt rehabiliteringsafdeling.

I spørgeskemaet blev der spurgt ind til baggrundsoplysninger om, hvor borgeren kom fra, og hvilket forløb de påbegyndte ved ankomst til rehabiliteringsafdelingen. Dertil blev der spurgt til årsagerne til borgerens rehabiliteringsophold, hvor der skulle angives én hovedårsag og op til to biårsager. Afslutningsvist blev der spurgt til borgerens aktuelle status på rehabiliteringsopholdet med valgmuligheder inden for to hovedområder; i gang med et planlagt forløb eller ventende efter afsluttet forløb.

Flere af baggrundsoplysningerne bliver af visitator allerede registreret i KOS. Som test af datakvaliteten lavede vi et datatræk på en given dato for at vurdere, om registreringerne i KOS var foretaget konsistent nok til at danne grundlag for en analyse. Idet der var mange mangelfulde registreringer, valgte vi i stedet at inddrage disse oplysninger i spørgeskemaerne til rehabiliteringsafdelingerne, således at vi sikrede en høj svarprocent.

Tværsnitsundersøgelsen er foretaget på en tilfældig udvalgt dag og skulle give et nogenlunde repræsentativt billede af, hvilke borgere, der i gennemsnit opholder sig på en rehabiliteringsafdeling. Der kan dog sagtens tænkes at forekomme sæsonafvigelser, eksempelvis i forhold til ferieperioder på hospitalerne mm.

# Bilag A: Uddybende referat af fokusgruppeinterviews

Dette bilag indeholder et uddybende referat af to fokusgruppeinterviews gennemført med udvalgte personer med tilknytning til rehabiliteringsområdet i Københavns kommune. Interviewene blev gennemført d. 23. og d. 31. marts 2009.

## A.1. Hvor kommer borgerne fra?

Der er grundlæggende to indgange til en rehabiliteringsafdeling. Enten kommer borgeren fra hospital eller også kommer borgeren fra eget hjem. I få tilfælde fra en kommunal akutplads eller fra andre særlige midlertidige pladser.

### Visiteret fra hospital

Der findes grundlæggende tre måder hvorpå visitationen fra sygehus til rehabiliteringsafdeling kan ske:

- Sygehusafdelingen tager direkte kontakt til visitationen, som på baggrund af kendskab til borgeren og indholdet af henvendelsen fra sygehuset foretager en "skrivebordsvisitation" til rehabiliteringsafdeling.
- Sygehuset kontakter visitationen som herefter kontakter udskrivningskoordinator, som herefter overtager sagen.
- Sygehuset kontakter udskrivningskoordinatoren direkte, som herefter håndterer sagen.

De borgere, som udskrivningskoordinatorene bliver direkte involveret i via sygehusets kontakt, er typisk tungere end de borgere, hvor sygehuset kontakter visitationen. Med andre ord er udskrivningskoordinatorenes opgave at tage sig af de mest komplekse borgere.

Udskrivningskoordinatoren vil ofte have kontakt, både med hospital, pårørende og borger. Både visitatorer og udskrivningskoordinatorer kan visitere borgere på sygehus til hhv. kort ophold og vurderingsophold<sup>11</sup>. Det er en hovedregel, at borgere, som påbegynder et kort ophold, skal have en slutdato for ophold på rehabiliteringsafdelingen før ankomsten til denne afdeling.

Det blev i et interview anført, at det hyppigt forekom, at sygehuset på den ene side havde erklæret, at nu var en borger klar til at komme videre på en rehabiliteringsafdeling, mens afdelingen og visitationen på den anden side kunne opleve, at alt var gjort klar til at modtage borgeren, og så sagde sygehuset, at borgeren alligevel ikke var klar. Det stod ikke klart for de interviewede om det altid skyldtes en forværring i borgerens tilstand eller om det skyldtes at sygehuset "bare" havde været for hurtig til at "klarmelde" borgeren.

Det fremgik også af samme interview, at de tilstedeværende var af den opfattelse, at der også fandtes gode forløb, hvor der skete en uproblematisk overgang fra hospital til rehabiliteringsafdeling, og at tingene kørte, som de var aftalt.

---

<sup>11</sup> Umiddelbart kan det undre, at der visiteres borgere fra hospital til kort ophold, men det kan skyldes at allerede plejehjemsgodkendte indplaceres som kort ophold frem for vurderingsophold.

### **Visiteret fra eget hjem**

Det kan være hjemmeplejen, især hjælperne, som via hjemmesygeplejersken/gruppelederen retter henvendelse til visitationen mhp. at få en borger på et rehabiliteringsophold. Hjemmeplejen har endvidere den erfaring, at hjemmeboende borgere kan rette henvendelse til hjemmeplejen med ønske om at komme på en rehabiliteringsafdeling, men det kan også være pårørende som eksempelvis har været hjemme eller har besøgt den ældre borger i forbindelse ferie (typisk jul, påske eller sommerferie). Endvidere kan borgerens egen læge, eller det dagtilbud (fx dagcenter eller træningscenter), som borgeren går i, have kontaktet visitationen. Afhængigt af sagens indhold og visitators forudgående kendskab til borgeren vil visitator enten foretage en "skrivebordsvisitation" eller forinden aflægge borgeren et besøg. Det er forholdsvist sjældent, at borgeren og/eller pårørende kontakter visitationen direkte mhp. at komme på en rehabiliteringsafdeling.

Det blev i et interview vurderet, at borgere, der kommer fra eget hjem til en rehabiliteringsafdeling, ikke altid har en slutdato på det korte ophold. Det kan fx skyldes, at de midlertidigt er fraflyttet deres bolig på grund af boligændringer. I samme interview blev det vurderet, at der går i størrelsesorden 4 uger fra at der sker en henvendelse til visitationen vedrørende en hjemmeboende, til at borgeren kommer ind på rehabiliteringsafdelingen. En interviewet forklarede, at der kan være det problem, at hjemmeplejen ikke altid får beskrevet årsagen til at en borger bør komme på en rehabiliteringsafdeling – og om det haster. Det kan i sig selv føre til, at en hjemmeboende bliver nedprioriteret.

Der går muligvis en uges tid fra en hjemmeboende borger har fået anvist en plads til der sker en indflytning på rehabiliteringsafdelingen. På den anden side blev det også sagt, at når en plads er anvist på f.eks. en mandag, så bliver borgeren kraftigt opfordret til at flytte ind allerede om tirsdagen.

I en af fokusgrupperne blev der spurgt om ventetiden for hjemmeboende havde gjort, at hjemmeplejen var blevet mere tilbageholdene med at rette henvendelse til visitationen mhp. at få visitation til et rehabiliteringsophold end man ellers ville have været med kortere ventetid, blev der svaret, at det var man ikke blevet. Tilsvarende var det fornemmelsen, at visitationen ikke var mere tilbageholdene med at visitere hjemmeboende pga. ventetiden fra eget bolig.

### **Visiteret fra anden midlertidig plads**

Endelig kan nogle borgere visiteres til en rehabiliteringsplads fra kommunens akutpladser på Gl. Kloster – og kan i princippet - også visiteres fra de midlertidige pladser på Dronning Ingrid og fra de kommende APE-pladser (akut pleje enhed) på Fælledgården.

### **Forventningsafstemning**

På spørgsmålet om der fandt en forventningsafstemning sted inden borgeren ankom til rehabiliteringsafdelingen, blev det anført som noget generelt, at det var lettere at lave en forventningsafstemning med de borgere, der kom fra eget hjem, end med de borgere der kom direkte fra sygehus. Det var de interviewedes vurdering, at de borgere, der kom direkte fra sygehus, ofte havde haft en periode præget af enten langvarig og/eller omfattende sygdom. I tilgift havde borgerne måske også oplevet afdelingsskift på sygehuset. Med sådanne forløb i ”rygsækken” kunne det i nogle tilfælde være vanskeligt for borgerne at forstå, hvor de nu kom hen (når de ankom til en rehabiliteringsafdeling). Med andre ord kunne rehabiliteringsafdelingerne godt have en oplevelse af, at en række borgere ankom uden egentligt at vide og have forstået, hvorfor de kom netop på det sted.

Det blev også forklaret, at de borgere, der kommer direkte fra et sygehus, er vant til én måde at gøre tingene på, mens måden at gøre tingene på er anderledes på en rehabiliteringsafdeling. På rehabiliteringsafdelingen skal borgeren selv hente mad og i det hele taget selv kunne udføre så mange dagligdags gøremål som overhovedet muligt. Nogle borgere kommer måske til rehabiliteringsafdelingen

med en forventning om, at det er ligesom på hospitalet, og andre borgere har ikke forstået – hvis det ellers er søgt dem det forklaret – at man på rehabiliteringsafdelingen sigter på, at borgeren i videst mulig grad selv tager affære om egne ting og gøremål.

Det blev nævnt, at der findes en generel pjece, som alle de repræsenterede rehabiliteringsafdelinger kender til og bruger. Der er eksempler på, at både udskrivningskoordinatorer og visitatorer giver en pjece til borger og pårørende. Pjecen fortæller noget om hvad et rehabiliteringsforløb går ud på. Der findes en fælles (generel) pjece. Og der er eksempler på, at rehabiliteringsafdelingerne har udarbejdet deres egen (supplerende?) pjece. Den generelle pjece trænger dog til et eftersyn. I et interview blev det anført, at man var usikre på, om hvorvidt borgerne og pårørende altid forstod, hvad der stod i pjecen. På den anden side var der også enighed om, at man bør have en pjece og dele den ud.

### **Herman Koch Gården har inviteret geriatrik afdeling på besøg.**

På Herman Koch Gården (HKG) har man inviteret Geriatrik Afdeling (GA) fra Hvidovre Hospital til at besøge rehabiliteringsafdelingen. Det gav GA mulighed for at se, hvordan HKG gør tingene. Det giver GA et bedre grundlag til at forberede borgerne på opholdet på HKG allerede mens borgerne er på geriatrik afdeling. Og det gør GA bedre til at skyde sig ind på, hvilket patienter der er egnede til et ophold på Herman Koch Gården.

### **Borgerens ankomst til rehabiliteringsafdelingen**

#### *På ankomstdagen*

Der finder ”automatisk” en samtale sted på den dag, hvor borgeren ankommer til rehabiliteringsafdeling. Det vil ofte ske med deltagelse af pårørende og plejepersonale – men ikke med terapeuter. Her bliver der den første snak med borgeren og pårørende om, hvad der skal ske på opholdet, og hvad det er for et sted osv.

#### *Modtagelsessamtale indenfor ca. en uge efter ankomst*

Det er udbredt på rehabiliteringsafdelingerne at afholde en modtagelsessamtale ca. 3-7 dage efter borgeren er ankommet. Pårørende inviteres på flere afdelinger til at deltage i samtalen. I nogle tilfælde opstilles der mål for borgerens ophold.

Personalesammensætningen kan være forskellig på rehabiliteringsafdelingerne. Der er eksempler på, at der er en tværfaglig personalesammensætning, således at der både deltager plejepersonale (1 person) og trænende terapeut (1 person). I de tilfælde, hvor afdelingen har en forløbskoordinator, er den pågældende medlem af modtagelsesteamet. (Eksempelvis har Indre By en beskrivelse af funktionen som forløbskoordinator. Formålet er at sikre en sammenhængende forløb med udgangspunkt i borgerens livssituation og at borger og pårørende ved hvem på afdelingen de kan kontakte).

Den generelle erfaring forekommer at være, at der er flere pårørende som deltager i vurderingskonferencen (se nedenfor) end i modtagelsessamtalen.

### **Opholdet bidrager til en erkendelse**

I et af interviewene blev der spurgt, hvorvidt borgerne altid er klar over, hvorfor de er på rehabiliteringsafdelingen? Svaret var, at det er de ikke altid. I nogle tilfælde er det sådan, at hospitalet på et ret tidligt tidspunkt har lagt op til, at borgeren skulle videre på et rehabiliteringsophold. Borgeren kan måske have for høje forventninger (måske om ”betjening”), eller er ikke klar over hvad et rehabiliteringsophold indebærer.

I andre tilfælde kan det være børn eller ægtefælle, som synes at det er rigtigst at borgeren kommer på en

rehabiliteringsafdeling. Endelig kan der være nogen som mener, at den rigtigste løsning for borgeren er at komme på et plejehjem, medens borgeren ikke rigtig er indstillet på dette. Således kan man måske se opholdet på rehabiliteringsafdeling som at borgeren skal bruge dette til at erkende, at den rigtigste fremtidige løsning for borgeren formentligt er at komme på en permanent kommunal døgnplads, altså plejehjem. Derfor forsøger man at "sælge" opholdet til borgeren, hvilket kan give problemer med forventningsafstemningen.

### **Der er borgere som bare vil hjem**

Endelig var der en af de interviewede som sagde, at der er mange borgere, som ikke er i stand til at sætte mål for, hvad de vil. De kan aller højest sige, at de gerne vil hjem. Men de er ikke rigtigt i stand til at formulere, hvad det kræver af genoptræning for at de atter kan fungere i eget hjem.

## **A. 2 Plejehjemsgodkendte på rehabiliteringsafdeling?**

Der kommer borgere på rehabiliteringsafdelingerne, som er plejehjemsgodkendte ved ankomsten. Disse borgere kommer i vidt omfang direkte fra hospitalerne.

Nogle af de interviewede svarede adspurgt, at borgere, som er plejehjemsgodkendte, som hovedprincip intet har at gøre på en rehabiliteringsafdeling. Nogle interviewede havde den opfattelse, at man i et vist omfang kan sige, at "systemet køber sig tid" ved at en plejehjemsgodkendt borger kommer direkte fra hospital til en rehabiliteringsafdeling. Det rigtige ville være en direkte overgang fra hospital til plejehjem.

Dette gælder også borgere, som har en genoptræningsplan med sig fra sygehuset. Denne genoptræningsplan burde så realiseres under ophold på plejehjemmet efter den normale måde at gøre dette på.

Undtagelsen fra hovedreglen om, at plejehjemsgodkendte bør komme direkte fra hospital til plejehjem, kan dog være, at disse borgere kommer på et kort ophold på en rehabiliteringsafdeling. Et formål kan være, at de med udgangspunkt i rehabiliteringsafdelingen skal have mulighed for at se det plejehjem, som de på et tidspunkt får tilbudt. Det kan også give mening at tilbyde nogle borgere ADL-træning, medens de er på det korte ophold.

Nogle interviewede havde observeret, at de borgere, der kom plejehjemsgodkendt til rehabiliteringsafdelingen, i stigende grad havde en genoptræningsplan med sig. Og det kunne i et vist omfang medvirke til at give en vis mening ved opholdet på rehabiliteringsafdelingen, idet afdelingen i ventetiden kunne tilbyde den genoptræning som genoptræningsplanen lagde op til.

Grunden til at plejehjemsgodkendte ikke kan komme i eget hjem:

- Borgeren kan ikke betjene nødkald
- Borgeren har brug for massiv observation (tangerende fast vagt døgnet rundt)
- Borgeren kan ikke bede om hjælp eller har en urealistisk vurdering af egen formåen – borgeren kan nok gå, men falder alt for hyppigt
- Borgeren er meget alene og er bange for at være alene

Visitationen er meget tilbageholdende med at visitere fast vagt (som i nogle tilfælde kan få behov for at tilkalde endnu en fra hjemmeplejen, når særlige opgaver skal løses).

I et vist omfang har åbningen af pladserne på Dr. Ingrid i begyndelsen af 2008 givet mulighed for, at der kommer færre på en rehabiliteringsafdeling.



### **”Man tager ikke konfrontationen under indlæggelsen”.**

Med den bemærkning sagde en af de interviewede, at der er borgere, som kommer fra hospital til rehabiliteringsafdeling, som ikke tilhører målgruppen for rehabiliteringsafdelingerne. Det kan eksempelvis være borgere uden genoptræningspotentialer og som oplagt vil blive plejehjemsgodkendt under opholdet på rehabiliteringsafdelingen.

### **Dr. Ingrid og APE-pladser**

Visitor og udskrivningskoordinator havde en oplevelse af, at efter åbningen af Dronning Ingrid var der borgere, som før kom på en rehabiliteringsafdeling, som nu blev henvist til Dronning Ingrid – og snart de kommende pladser på Akut Plejeenheden (APE) på Fælledgården. Det drejer sig om borgere, som enten er plejehjemsgodkendt allerede før ankomsten til Dronning Ingrid, eller som bliver det under opholdet. Fælles for alle, der kommer på Dronning Ingrid, er, at der er en slutdato på deres ophold, og at plejehjemsgodkendelsen kun knytter sig til 4-ugersgarantien. De borgere, der ikke vil acceptere 4-ugers garantien, stiller større krav til ”det kommunale system”. I et interview blev det nævnt, at SUF skal være opmærksom, at der er borgere, som plejehjemsgodkendes under ophold på sygehus og som søger snævert (dvs. ikke er omfattet af 4-ugers garantien) og dermed ikke kan få en slutdato for ophold på Dr. Ingrid, Fælledgården (eller tilsvarende midlertidig plads). Det blev også nævnt, at borgere, som er omfattet af 4-ugers garantien, men som siger nej til det plejehjem de bliver tilbudt, stiller større krav til kommunen – især hvis de ikke kan bo i eget hjem. Endelig bør SUF erindre, at der kommer borgere på Dronning Ingrid (og vel snart på Fælledgården) med en genoptræningsplan efter sundhedsloven.

### **Terminale på rehabiliteringsafdeling?**

En af fokusgrupperne berørte spørgsmålet om, hvorvidt borgere, som er eller kommer i et terminalt forløb, bør opholde sig på en rehabiliteringsafdeling. Der var lidt forskellige synspunkter. En var tilbøjelig til at mene, at terminale som hovedprincip burde flyttes, enten til Håndværkerforeningen eller til Bispebjergs Hospitals palliative afdeling. Andre sagde at borgeren skulle have lov at dø, hvor borgeren foretrak at dø. Det kunne være på rehabiliteringsafdelingen, det kunne også være hjemme. Flere af de interviewede kunne nævne eksempler på, at borgere på en rehabiliteringsafdeling havde ytre ønske om at dø hjemme, og at man derefter gjorde hvad man kunne for at borgeren kunne komme hjem. De samme havde også oplevet at der var borgere, som ønskede at dø på rehabiliteringsafdelingen, hvilket var blevet accepteret.

Det bør bemærkes, at vilkårene for rehabiliteringsafdelingerne på mindst ét punkt er forskellige mht deres muligheder for at håndtere døende. Det er ikke alle rehabiliteringsafdelinger, som har enestuer.

## **A.3 To opholdstyper**

Visitorerne skelner – i overensstemmelse med Konceptet, jvf Bilag J - mellem

- kort ophold og
- vurderingsophold.

Det er ikke altid sådan, at visitationen ved borgerens ankomst har meddelt rehabiliteringsafdelingen om borgeren kommer på et kort ophold eller på et vurderingsophold – på trods af, at der findes et skema, hvori valget skal afkrydses. I så fald vil rehabiliteringsafdelingen ofte kontakte visitationen for at få dette afgjort. Langt de fleste korte ophold har en udskrivningsdato sat på fra starten.

Vurderingsopholdet skal indenfor 3 uger efter borgerens ankomst til rehabiliteringsafdelingen – ifølge Konceptet – munde ud i en vurderingskonference med deltagelse af visitationen, samt borger og evt. pårørende. Ifølge Konceptet kan vurderingskonceptet beslutte, at borgeren skal fortsætte i ét af tre forløb:

- Udslusningsforløb (maksimalt 1 uge)
- Forebyggelsesforløb (1-3 uger)
- Genoptræningsforløb (1-8 uger).

Årsagerne til kort ophold kan være:

- Aflastning af ægtefælle som fx skal på ferie.
- Ægtefællen indlægges på hospital, f.eks. til operation
- Der skal ske reovering af bolig, eksempelvis udskiftning af faldstammer
- Vandskade, brand mv.

I langt de fleste tilfælde sættes der en ud-dato på opholdet, men for ægtefæller der bliver opereret kan der selvfølgelig opstå komplikationer, som gør at denne udskrivningsdato ikke kan overholdes.

Borgere, som kommer på kort ophold, får i mange tilfælde en (tværfaglig) modtagelsessamtale. Men de ressourcer, der afsættes hertil, er ikke så omfattende som for de borgere der kommer på et vurderingsophold. Det er forskelligt, om borgere på kort ophold tilbydes at deltage i holdtræning.

I det ene interview blev det skønnet, at ud af ”dagens ventende” til rehabiliteringsafdelingerne, er godt halvdelen hjemmeboende. I det andet interview blev det skønnet, at 50-75 % af de borgere, som kommer på rehabiliteringsafdelingerne, kommer fra hospital. Det blev dog også understreget, at disse procenter kan svinge ganske betragteligt – måske med en tendens til, at der er noget ”sæsonafhængigt” som bestemmer andelen som kommer fra hhv. eget hjem og hospital.

I et interview blev det skønnet, at i størrelsesorden ca. 80 % af alle ophold er vurderingsophold.

Endelig blev det skønnet, at af de borgere, der kommer fra sygehus, har 60-80 % en genoptræningsplan med sig.

## A.4 Vurderingskonferencen

I dette afsnit omtales de forhold, som danner ramme og grundlag for vurderingskonferencen.

### Løbende intern tværfaglig konference

Det er formentlig sådan, at på de fleste rehabiliteringsafdelinger afholdes der hyppigt interne tværfaglige konferencer, hvilket er uden deltagelse af borger og evt. pårørende. I flere tilfælde er der tale om en ugentlig konference. På nogle afdelinger tages alle borgere typisk op under denne konference – på andre afdelinger er det udvalgte borgere, som tages op. Dog er der altid fokus på de borgere, som skal på en forestående vurderingskonference. På en intern konference kan det også besluttes at fremrykke et allerede planlagt tidspunkt for hvornår en konkret borger skal på vurderingskonference.

For borgere, som skal op på førstkommende vurderingskonference, udarbejdes på nogle – men ikke alle - afdelinger en skriftlig sammenfatning af borgerens situation. Den sammenfatning sendes typisk til visitator før vurderingskonferencen. På mindst en afdeling er det sådan, at såfremt rehabiliteringsafdelingen er af den opfattelse, at vurderingskonferencen skal munde ud i en

plejehjemsgodkendelse, så vil afdelingen invitere en boligvisitator og ikke en ”almindelig” visitator til at deltage i vurderingskonferencen.

For borgere, som er på kort ophold på rehabiliteringsafdelingen, gælder, at de kun kommer på den tværfaglige ugentlige konference, hvis de har en genoptræningsplan med sig fra sygehuset. Dette gælder både på Amager og på Brønshøj-Husum.

### **Hjemmebesøg før vurderingskonferencen?**

Hjemmebesøg aflægges i en række tilfælde både af rehabiliteringsafdeling og visitation. I så fald sker det sammen. Nogle lokalområder aflægger ikke hjemmebesøg. Andre lokalområder gør det i begrænset omfang.

### **Hvordan aftales vurderingskonferencen?**

Grundlæggende er der i Københavns Kommune to modeller for hvorledes vurderingskonferencen planlægges:

1. Der er aftalt en vurderingskonference i en fast kadence (typisk en eller to gange om ugen i et nærmere aftalt antal timer). Der er ofte afsat to timer til konference og i løbet af det tidsrum visiteres 3-4 borgere. Det kan være en boligvisitator, som deltager i konferencen. For nogle borgere forsøger man at tidsfaste vurderingskonferencen før borgeren er ankommet til rehabiliteringsafdelingen.
2. Rehabiliteringsafdelingen kontakter visitationen efter behov og aftaler tidspunkt for den konkrete vurderingskonference.

Den første model er formentlig karakteriseret ved, at det er nogle få og faste visitatorer, som kommer på rehabiliteringsafdelingen, medens det i den anden model er ”borgerens visitator”, som deltager i konferencen.

### **Vurderingskonferencen kan aftales tidligt i forløbet og kan fremrykkes**

I nogle tilfælde aftales vurderingskonferencen før borgerens ankomst til rehabiliteringsafdelingen. Det drejer sig især om borgere om hvem det er oplagt at de skal plejehjemsgodkendes, eller at de på ingen måde er motiveret for et rehabiliteringsforløb. Vurderingskonferencen for andre borgere aftales i nogle tilfælde meget kort tid efter borgerens ankomst, og den kan aftales til at ligge før borgeren har opholdt sig tre uger på rehabiliteringsafdelingen. Dette er især for borgere, hvor det er ret oplagt at de skal plejehjemsgodkendes.

### **Hvem deltager i vurderingskonferencen?**

Faste deltagere er visitationen og ansatte på rehabiliteringsafdelingen. Fra afdelingen deltager typisk mindst to medarbejdere, som repræsenterer hver sin faglige baggrund (pleje, pædagogik, træning). Endvidere deltager borgerne i langt de fleste tilfælde også. Samt ofte pårørende, jf. næste afsnit.

På mindst en afdeling er det sådan, at på dagen for vurderingskonferencen taler afdelingen med visitationen i fem minutters tid *før* den egentlige konference begynder med deltagelse af borger og eventuelle pårørende.

### **Pårørendes deltagelse i vurderingskonferencen**

Typisk inviteres pårørende til at deltage i visitationskonferencen. Det sker hyppigt at borgerne deltager i denne konference.

Hvis pårørende meddeler, at de ikke kan deltage eller at det er vanskeligt, så prøver man at finde en løsning, ligesom man vurderer om det er afgørende, at den pårørende deltager i vurderingskonferencen. I nogle tilfælde flyttes den planlagte vurderingskonference til et andet tidspunkt, således at pårørende kan deltage, men det er sjældent at det bliver nødvendigt at flytte en allerede planlagt vurderingskonference.

Der er forskellige vurderinger af, i hvilket omfang pårørende deltager i vurderingskonferencer. I nogle afdelinger skønnes det at være 75 % i andre afdelinger 90 %.

### **Visitationen sammenfatter vurderingskonferencen**

Efter vurderingskonferencen udarbejder visitationen et sagsnotat, hvor man sammenfatter det overordnede mål med det efterfølgende forløb.

### **Hvor mange procent af plejhjemsgodkendte godkendes på v-konferencen?**

Udgangspunktet for det følgende er de borgere, som ender med at blive plejhjemsgodkendt under ophold på rehabiliteringsafdelingen. En fokusgruppe blev bedt om at vurdere, hvor mange af de borgere, som plejhjemsgodkendes under rehabiliteringsopholdet, som blev plejhjemsgodkendt på selve vurderingskonferencen. Svarene svingede fra 90-95 % til 95-98%. Således peger disse udsagn på, at ca. 95 % af plejhjemsgodkendelserne sker på selve vurderingskonferencen.

Borgere, som plejhjemsgodkendes på selve vurderingskonferencen får en dato for plejhjemsgodkendelsen i VI-systemet, som er identisk med datoen for vurderingskonferencen – også hvis visitator først lægger oplysninger ind i VI-systemet et par dage efter afholdelsen af vurderingskonferencen.

### **Visitationen kan udbede sig test op til vurderingskonferencen**

Op til en vurderingskonference vil visitationen i nogle tilfælde anmode om, at terapeuterne foretager en MMSE-test. Der kan også være tale om, at terapeuterne anmodes om at gennemføre en AMPS-test<sup>12</sup>.

### **Mulig undtagelse for vurderingskonference indenfor 3 uger: Borgeren må ikke støtte i seks uger**

Det blev nævnt, at i de fleste tilfælde giver det ikke mening, at borgere med fx hoftebrud og som ikke må støtte i seks uger, kommer på en vurderingskonference indenfor de tre uger. De to rehabiliteringsafdelinger (Amager og Brønshøj-Husum) gør som udgangspunkt heller ikke dette.

## **A.5 Resultat af vurderingskonferencen**

Som anført kan vurderingskonferencen beslutte, at borgeren skal fortsætte i ét af tre forløb:

- Udslusningsforløb (maksimalt 1 uge)
- Forebyggelsesforløb (1-3 uger)
- Genoptræningsforløb (1-8 uger).

---

<sup>12</sup> MMSE = Mini Mental State Examination. AMPS = Assessment of Motor and Process Skills.

Disse tre punkter udgør ikke dispositionen for det følgende, men vil blive berørt. Disponeringen i det følgende er styret af de temaer, som blev berørt i de to fokusgruppeinterviews.

### Videre i ældrebolig

I nogle tilfælde opfylder borgerne ikke kriterierne for at komme på et plejehjem. Men den rigtige løsning kan måske være en ældrebolig. Det kan eksempelvis være fordi borgeren har en reduceret gangfunktion og der ikke findes elevator for den borger, som måtte bo på eksempelvis 3. sal.

I en fokusgruppe var der blandt de interviewede lidt forskelligt syn på, om der overhovedet kunne ske en godkendelse af en borger til en ældrebolig, mens borgeren var på en rehabiliteringsafdeling. Et synspunkt var, at borgeren skulle tilbage til eget hjem før man kunne visitere til en ældrebolig. Andre havde det synspunkt, at hvis man kendte til borgerens boligforhold allerede mens borgeren var på rehabiliteringsafdelingen, så kunne godkendelsen til en ældrebolig ske mens borgeren havde ophold på rehabiliteringsafdelingen.

Disse overvejelser mandede vel nærmest ud i følgende konklusion: Hvorvidt godkendelsen til ældrebolig kunne ske på en rehabiliteringsafdeling eller først kunne ske bagefter, afhæng af om visitator var "borgerens visitator", og dermed en visitator som kender til borgerens bolig / boligområde, eller om der var tale om ganske få faste visitatorer, som kom på rehabiliteringsafdelingen. I sidste tilfælde kunne det være vanskeligt for visitator at have overblik over boligforholdene i alle de boliger fra lokalområdet, hvorfra borgerne kommer. I så fald er det dog muligt for rehabiliteringsafdelingen og visitator at tage på hjemmebesøg for at vurdere om borgeren kan vende tilbage til egen bolig i ventetiden.

### Plejehjemsgodkendelse

For borgere, som plejehjemsgodkendes på vurderingskonferencen, gælder, at de skal hjem og vente, eller de kan sige ja tak til at forblive på rehabiliteringsafdelingen, hvis de accepterer en 4-ugersgaranti<sup>13</sup>.

Godkendelse efter 4-ugers garantien indebærer, at borgeren højst skal vente 4 uger på at få tilbudt en konkret plejehjemsplads. Fra borger modtager det konkrete tilbud – og siger ja tak til dette - går der i gennemsnit 14 dage før borgeren kan flytte ind på plejehjemspladsen<sup>14</sup>.

De borgere, som godkendes under 4-ugersgarantien, og som har en genoptræningsplan med sig, vil få tilbudt genoptræning så længe de er på rehabiliteringsafdelingen. De borgere, som ikke har en genoptræningsplan, får på flere afdelinger tilbudt vedligeholdende træning. I øvrigt gælder det, at de borgere, som plejehjemsgodkendes under 4-ugersgarantien, i nogle lokalområder skal have en slutdato for deres ophold på rehabiliteringsafdelingen. I andre områder gøres dette ikke.

Der er borgere under 4-ugersgarantien, som kommer ud og ser deres første tilbud, og som ender med at sige nej tak. På rehabiliteringsafdelingerne var man lidt i tvivl om, hvor disse borgere skulle hen. En af

---

13 Gældende visitationskriterier har et tema, som kaldes: *"Status på vurderingsforløb på baggrund af funktionsvurdering fra visitationen og den faglige vurdering fra rehabiliteringsafdelingen."* I henhold til dette tema skal der afholdes en vurderingskonference mellem borgeren, evt. pårørende, rehabiliteringsafdelingen og visitationen, hvor det videre forløb afklares. Det fremgår indirekte, at vurderingskonferencen kan plejehjemsgodkende borgerne: *"Borgere, der venter på en plejebolig på et bestemt plejehjem, hvor der er lang ventetid kan enten vente i eget hjem eller tilbydes en midlertidig plejebolig på et andet plejehjem indenfor 4-ugers garantien."* Kopieret d. 22. april 2009 fra SUF's intranet, boligkataloget: <http://Inosund03/boliguide/boliguide.nsf/31c8f912bfc7c75fc1256ba50038a9d8/ce03f1fdd6a2b04fc1256d8700371f2f?OpenDocument>

14 Friktionstiden er den tid der går fra en plejehjemsgodkendt borger modtager et tilbud om en konkret plejebolig til borgeren flytter ind i plejeboligen. Friktionstiden i 2008 til §140 plejeboliger (den "gamle type" uden lejekontrakt) var 13,8 dage i gennemsnit. Til moderniserede plejeboliger var den 18,4 dage.

de interviewede påpegede, at de skal ud af 4-ugers garantien, men praksis er, at man ikke sender borgere hjem, hvis de ikke kan klare sig selv. Så bliver de på rehabiliteringsafdelingen og de får et nyt tilbud.

### **Genoptræningsforløb**

Det er visitator, som efter vurderingskonferencen skriver det overordnede formål med genoptræningsforløbet. Interviewene har efterladt det indtryk, at det er få eller ingen afdelinger, som bruger eller har kendskab til, at der på rehabiliteringsafdelingerne anvendes et forebyggelsesforløb. Det var opfattelsen, at elementerne er de samme i de tre forskellige forløb (udslusning, forebyggelse, genoptræning), hvor borgeren, ifølge rehabiliteringskonceptet, skal videreføres i ét af disse tre forløb efter vurderingskonferencen. Forskellen på forløbene ligger – ifølge flere af de interviewede – stort set kun i varigheden af forløbene.

Når vurderingskonferencen beslutter, at borgeren skal påbegynde et genoptræningsforløb vil man ofte angive, at dette skal afsluttes i den og den uge. Forløbet vil meget ofte have en varighed af mindst tre uger – andre siger mindst 4 uger. I andre tilfælde vil det på vurderingskonferencen blive sat til at vare otte uger. På mindst en afdeling er det sådan, at der *ikke* på vurderingskonferencen sættes en slutdato på genoptræningsforløbet, men det sættes typisk til en varighed af mindst 4 uger.

I nogle tilfælde bliver genoptræningsforløbet forlænget yderligere i forhold til det, som blev aftalt på vurderingskonferencen.

Når ugen, hvori ophøret skal finde sted, nærmer sig, kontakter rehabiliteringsafdelingen visitationen mhp at finde den endelige slutdato.

Der kan dog i sjældne tilfælde være tale om, at der afholdes endnu en visitationskonference.

Kontakten mellem rehabiliteringsafdeling og visitation om den nøjagtige udslusningsdato foregår typisk telefonisk.

### **Udslusningsforløb**

Nogle borgere sættes af vurderingskonferencen til at komme på et udslusningsforløb. Det kan være borgere som er kognitivt mindre velfungerende, det kan være borgere som er demente eller hukommelsessvækkede. I mange tilfælde er der ikke et genoptræningspotentiale hos disse borgere.

Der kan også være borgere, som ikke har et genoptræningspotentiale eller som ikke er motiverede for genoptræning efter at de i vurderingsperioden har fået mulighed for at deltage i holdtræning eller individuel træning. Der kan også være alkoholikere, som ikke er motiveret for genoptræning, men snarere har et ønske om at komme tilbage i eget hjem.

I et lokalområde udsluses nogle borgere (måske omkring 1%), som er bekymrede for at komme hjem. Visitationen holder rehabiliteringspladsen åben i 3-4 dage efter borgeren har forladt den. Afdelingen forbliver som leverandør. Dermed kan afdelingen følge i KOS, hvordan det går med borgeren.

De interviewede i en fokusgruppe skønnede at 10-20 % bliver udsluset til eget hjem, som følge af beslutning på vurderingskonferencen. Resten fortsætter i et genoptræningsforløb.

### **Borgere, som plejehjemsgodkendes på vurderingskonferencen**

I et interview oplyses det, at i en række tilfælde er det muligt på rehabiliteringsafdelingen meget hurtigt at se, at en ankommet borger bør plejehjemsgodkendes. Man behøver ikke at vente 3 uger på en vurderingskonference. Der er således i interviewene nævnt eksempler på, at man har fremskyndet tidspunktet for afholdelse af vurderingskonferencen af borgere, som oplagt skal plejehjemsgodkendes. I

flere tilfælde giver det ikke mening, at påbegynde genoptræning af disse borgere – med mindre de har en genoptræningsplan med sig fra hospitalet. Der kan være forskellige årsager til at borgeren ikke har behov for genoptræning. Det kan være, at der ikke er noget genoptræningspotentiale, eller det kan være at borgeren er træt og har mistet gnisten.

De interviewede var inde på, at i nogle tilfælde kan opholdet på en rehabiliteringsafdeling have karakter af en erkendelsesproces for borgeren, som ender med, at borgeren beslutter sig for eller tilslutter sig, at den rigtig bolig i fremtiden vil være en plejehjemsbolig. Det fremgik også, at i nogle tilfælde medvirker personalet til at borgeren når frem til det resultat.

Det vil ofte være sådan, at en borger, der bliver plejehjemsgodkendt på vurderingskonferencen, får muligheden for enten at komme under 4-ugers garantien eller få tilbud om at komme tilbage til eget hjem hvis borgeren har ønske om et bestemt plejehjem<sup>15</sup>. Det fremgik i interviewene, at borgere, der er under 4-ugers garantien, ofte får tilbudt plejehjem, som ligger indenfor borgerens lokalområde eller i det lokalområde, som borgerens lokalområde samarbejder med.

På spørgsmålet om borgeren kunne føle sig lidt tvunget til at acceptere en plejehjemsgodkendelse under 4-ugers garantien blev der svaret, at det følte nogle borgere nok nogle gange. Med andre ord indebærer en plejehjemsgodkendelse med 4-ugers garanti typisk et tilsagn til borgeren om, at denne kan blive på rehabiliteringsafdelingen indtil der sker en indflytning på plejehjem. I hvilket omfang der er plejehjemsgodkendte, som ikke kan komme tilbage til eget hjem og som vælger at søge snævert (altså uden 4-ugers garanti), blev ikke belyst i interviewene.

I almindelighed er det sådan, at de borgere, der bliver plejehjemsgodkendt på vurderingskonferencen, i det store og hele ikke har så meget mere at gøre på rehabiliteringsafdelingen set ud fra et terapeutfagligt synspunkt. Med andre ord ville det rigtigste være ud fra et fagligt synspunkt, at borgeren snarest muligt kom på sin plejehjemsplads - og var der stadig noget genoptræning, som skulle realiseres, så måtte det ske med udgangspunkt i plejehjemspladsen og de procedurer der er for at give plejehjemsbeboere genoptræning, herunder på basis af en genoptræningsplan udfærdiget på et hospital. En af de interviewede oplyste, at der typisk går 2-3 uger før borgeren kan flytte ud af rehabiliteringsafdelingen. Det skyldes, at der først skal findes en plejehjemsplads og en række praktiske ting skal bringes i orden.

De interviewede blev bedt om at sammenligne to grupper af borgere, som begge kommer på en vurderingskonference: den gruppe som bliver plejehjemsgodkendt og den gruppe der ikke bliver godkendt. Herefter blev de interviewede spurgt om, hvilken af de to grupper der bør have den korteste tid fra ankomst til rehabiliteringsafdeling indtil vurderingskonferencen. Der blev svaret, at de borgere som ender med at blive plejehjemsgodkendt, bør have enten den samme eller en mindre opholdstid fra ankomst til vurderingskonference end den gruppe der ikke bliver plejehjemsgodkendt på vurderingskonferencen. En af de interviewede anførte dog, at de fleste borgere vil have brug for 3 uger fra ankomst til vurderingskonference.

Borgere, der bliver plejehjemsgodkendt, får tilbudt at se det første tilbud om plejehjemsplads. I den forbindelse kan pårørende deltage. Det sker sjældent, at pårørendes deltagelse i besigtigelse af et muligt plejehjem fører til en forsinkelse af borgerens udflytning fra plejehjem. Derimod kan fastsættelsen af selve flyttedagen godt give anledning til nogen forsinkelse. Det skyldes at pårørende ofte bliver involveret i en række ting: opsigelse af lejemål, pakning af borgerens ejendele, deltagelse i flytningen, ankomst til plejehjem sammen med borgeren, osv. Disse procedurer opleves nogle gange af rehabiliteringsafdelingerne som forsinkende.

## A.6 Samarbejdspartnere i forbindelse med udslusning

---

<sup>15</sup> Redaktionel bemærkning.: Den sidste valgmulighed understreger vel også, at borgeren ikke har noget særligt genoptræningsbehov, eller at det kan imødekommes på anden måde)

### **Tilbage til eget hjem uden boligændring**

En af de interviewede fortalte, at borgere, som kommer tilbage til eget hjem uden boligændring, alligevel kan vise sig at have behov for en "hospitalsseng" (altså en særlig seng i eget hjem). Hjemmesygeplejen kan godt opleve, at de borgere, der kommer tilbage til eget hjem, alligevel efter en kort periode falder noget sammen og ikke genvinder deres funktionsevne svarende til den, som rehabiliteringsafdelingen med rimelighed kunne forvente ved udskrivningstidspunktet.

På den anden side fortalte rehabiliteringsafdelingerne og visitatorerne, at i nogle tilfælde udskrives borgeren fra rehabiliteringsafdelingen med et ophold på et daghjem/dagcenter eller med mulighed for at komme på et træningscenter i en begrænset periode.

Visitatorerne påpegede, at hvis borgeren skal have en form for (genop)træning i eget hjem, så er det for en tidsbegrænset periode, da det skal være meget målrettet, ligesom det i øvrigt sjældent at borgere får tildelt dette. En af de interviewede fandt, at i en række tilfælde ville den bedste løsning nok være, at der i tildelingen til den almindelige hjemmehjælp blev indlagt, at hjælperen gav borgeren aktiverende pleje med henblik på, at gennem genoptræning opnåede funktionsniveau.

En af de interviewede efterlyste, at visitationen aflagde et hjemmebesøg kort efter at borgeren var kommet tilbage til eget hjem for at se, om tingene fungerede i forlængelse af det, der var sket på rehabiliteringsafdelingen.

### **Socialt fællesskab fra rehabiliteringsafdelingen videreført på daghjem/dagcenter eller træningscenter**

En af de interviewede anførte, at en lokal forankring kunne bestå i, at borgere fandt sammen på rehabiliteringsafdelingen og så at sige gav hinanden håndslag på, at når de kom ud fra rehabiliteringsafdelingen kunne de mødes igen på et daghjem/dagcenter. Dermed kunne et socialt fællesskab, som måtte være udviklet på rehabiliteringsafdelingen, videreføres på daghjemmet/dagcentret.

En af de interviewede fortalte, at hvis borgeren ikke er udskrevet fra rehabiliteringsafdelingen med "plads på" daghjem/dagcenter eller træningscenter, så vil hjemmesygeplejen i nogle tilfælde anmode visitationen om at borgeren bliver visiteret til noget sådant.

### **Kan boligændringer forlænge opholdet?**

Generelt gælder, at rehabiliteringsafdelingerne for nogle borgeres vedkommende aflægger hjemmebesøg hos de borgere, som skal tilbage til eget hjem. Formålet er at danne sig et overblik over nødvendige boligændringer og hjælpemidler. Terapeuterne på rehabiliteringsafdelingerne kan også tage kontakt til de terapeuter, som sidder i den lokale visitation. I nogle tilfælde kan visitationens sagsbehandlende terapeut aflægge hjemmebesøg, i andre tilfælde er det terapeuten fra rehabiliteringsafdelingen der gør det. Eller man aflægger et fælles besøg.

Flere interviewede gav udtryk for, at det kun er sjældent, at behovet for boligændringer kan føre til en forlængelse af opholdet på rehabiliteringsafdelingen – og under alle omstændigheder forekommer det kun at være et lille problem. Rehabiliteringsafdelingen ville ofte planlægge og aflægge et hjemmebesøg – nogle gange i samvirke med visitationen - så bestilling på boligændring kunne afgives i så god tid, at selve udførelsen ikke ville forsinke borgerens overgang fra afdelingen til eget hjem. En af de interviewede mente, at boligændringer godt kan føre til en forlængelse af opholdet på rehabiliteringsafdelingen. I forlængelse af dette tilføjede en anden, at nogle boligændringer kan kræve



tilladelse fra boligforeningen. Fx fjernelse af dørttrin. Dette – men også håndværkerne kan føre til en forlængelse. Det blev også anført, at etablering af nødkald kan virke forsinkende. Det blev nævnt at det forhold, at nødkald skal lægges i regi af TDC, kan føre til forsinkelser.

I de tilfælde, hvor det ikke er ”borgerens visitator”, som kommer på rehabiliteringsafdelingen (men en eller to faste visitatorer), ville disse ting kunne afklares, hvis visitationen aflagde hjemmebesøg hos borgeren. Omfanget af sådanne besøg er formentlig forskelligt fra lokalområde til lokalområde. Det blev også nævnt, at rehabiliteringsafdelingen kunne aflægge et hjemmebesøg hos borgeren for at afklare om borgeren kan komme direkte fra en rehabiliteringsafdeling til en ældrebolig.

På spørgsmål blev det afklaret, at i nogle tilfælde kunne man måske nok planlægge et hjemmebesøg noget tidligere i forløbet, evt. op til vurderingskonferencen, og dermed etablere et grundlag for beslutning og planlægning af boligændringer, som ville være gennemført før borgerens planmæssigt udskrives fra rehabiliteringsafdelingen. Men i andre tilfælde er det nødvendigt at se, hvorledes eksempelvis borgerens gangfunktion udvikler sig, og først når dette er afklaret, kan man begynde at overveje og beslutte, hvilke boligændringer der skal iværksættes.

Når borgere skal udskrives til eget hjem, kan de have brug for boligændring og/eller hjælpemidler. Ingen af de interviewede har oplevet, at et evt. behov for hjælpemidler har forsinket udflytningen fra rehabiliteringsafdelingen.

De interviewede i en af fokusgrupperne skønnede, at for de borgere, der kommer tilbage til eget hjem fra rehabiliteringsafdelingen, bliver udflytningen fra rehabiliteringsafdelingen måske forsinket for 25 % af borgerne pga. boligændringer.

## **A.7 Særlige grupper?**

Afdelingerne har nogle borgere, som kommer med apopleksi, men det er få. De fleste borgere med apopleksi kommer på Nørrebro Træningscenter i dagtiden. Vurderingen var, at det er forholdsvis få af disse borgere, som har fået genoptræning under indlæggelse på sygehus.

# Bilag B: Visitationskriterier<sup>16</sup>

## Kriterier for visitation til rehabiliteringsophold

### Rehabiliteringstilbud

Et rehabiliteringstilbud er et tilbud om midlertidigt døgnophold i en afdeling med tilbud om rehabilitering og fokus på træning. Desuden er der mulighed for, efter endt træning, at vurdere borgerens fremtidige boligform. Pladserne ligger samlet i enheder af minimum 20 pladser, så der sikres en høj faglighed og et aktivt træningsmiljø.

Ved rehabilitering forstås: en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats. (fra "Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet", Marselisborgcentret).

Hensigten med at borgere med behov for midlertidigt døgnophold tilbydes ophold i en rehabiliteringsafdeling er, at sikre, at ældre borgere så vidt muligt bevarer deres funktionsevne. Tilbuddet om midlertidigt ophold på en rehabiliteringsafdeling gælder dog ikke borgere med svær demens og alvorligt syge borgere, idet Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har oprettet særlige tilbud til disse målgrupper.

### Fælles Sprog

Profilen i Fælles Sprog ligger på funktionsniveau 3 eller 4 i mindst én af de 9 kategorier, således at det forventes, at borgeren på baggrund af et ophold vil være i stand til at forbedre sit funktionsniveau indenfor denne kategori.

### Arbejdsgange:

Handling	Uddybning
----------	-----------

<sup>16</sup> Kilde: Københavns Kommunes boligkatalog,

<http://lnosund03/boliguide/boliguide.nsf/31c8f912bfc7c75fc1256ba50038a9d8/ce03f1fdd6a2b04fc1256d8700371f2f?OpenDocument>, d. 20/4-2009.

<p>Visitationen vurderer en borger til et rehabiliteringsforløb.</p>	<p>Borgeren godkendes som udgangspunkt til et 3 ugers vurderingsophold, hvorefter der i samarbejde mellem borgeren, rehabiliteringsafdelingen og visitationen tages stilling til det videre forløb (beskrives senere). Ind imellem vil der være borgere, som kommer pga behov for et kortere ophold (1-3 uger), hvor formålet er kendt og vurdering som regel ikke nødvendig - fx ved ferie eller renovering af bolig. Disse ophold kan være planlagte og varigheden aftales inden opholdets begyndelse.</p>
<p>Visitationen udarbejder kommunikations- og dokumentationsmateriale.</p>	<p>Visitationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• giver en afgørelse til borgeren (skriftlig ved skriftlig ansøgning)</li> <li>• opretter borgerens ventesak i VI-systemet straks når afgørelsen er truffet</li> <li>• sætter borgeren på venteliste til et ophold</li> <li>• sender informationsmateriale og brev til borgeren</li> <li>• udarbejder kommunikationsrapport</li> </ul>
<p>Visitationen anviser en rehabiliteringsplads til en borger.</p>	<p>Rehabiliteringsafdelingen meddeler til visitationen, når de har en ledig plads. Visitationen giver rehabiliteringsafdelingen besked om hvilken borger, der skal have pladsen og sender kommunikationsrapport og andet relevant dokumentation til afdelingen.</p>
<p>Borgeren modtages på rehabiliteringsafdelingen.</p>	<p>Rehabiliteringsafdelingen opretter borgerens opholdssag i VI-systemet samme dag.</p>
<p>Borgeren er på et tre ugers vurderingsophold.  eller Borgeren er på et kortere ophold.</p>	<p>Når vurderingsforløbet er gennemført, beslutter visitationen på baggrund af rehabiliteringsafdelingens vurdering – og i dialog med denne - hvorvidt borgerens ophold afsluttes eller borgeren tilbydes et videre rehabiliteringsforløb. Beslutningen tages på en konference (se denne). eller Opholdet afsluttes som planlagt, og visitator iværksætter foranstaltninger - fx hjemmepleje - i forbindelse med opholdets afslutning.</p>

<p>Rehabiliteringsafdelingen udarbejder en skriftlig status.</p>	<p>For borgere, som har været på et vurderingsophold udarbejder rehabiliteringsafdelingen forud for konferencen "sammenfatning af modtagelsessamtale", som udleveres til visitationen.</p> <p>For borgere, som har været på et kort ophold udarbejder rehabiliteringsafdelingen ved opholdets afslutning "sammenfatning af ophold på rehabiliteringsafdeling", som sendes til visitationen og efter borgerens samtykke til egen læge og hjemmepleje.</p>
<p>Status på vurderingsforløb på baggrund af funktionsvurdering fra visitationen og den faglige vurdering fra rehabiliterings-afdelingen.</p>	<p>Der afholdes en konference* mellem borgeren, evt. pårørende, rehabiliteringsafdelingen og visitationen, hvor det videre forløb afklares, fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• borgeren skal hjem og visitator iværksætter foranstaltninger - fx hjemmepleje - i forbindelse med opholdets afslutning.</li> <li>• borgeren har brug for boligskift, og visitator foretager en boligvisitation. Boligvisitationen kan foregå på rehabiliteringsafdelingen eller i borgerens hjem, og opholdet afsluttes, idet der ikke kan ventes på ledig bolig på en rehabiliteringsafdeling. Borgere, der venter på en plejebolig på et bestemt plejehjem, hvor der er lang ventetid kan enten vente i eget hjem eller tilbydes en midlertidig plejebolig på et andet plejehjem indenfor 4-ugers garantien.</li> <li>• borgeren tilbydes et videre rehabiliteringsforløb. Visitator beskriver formålet med forløbet og forløbets varighed fastsættes.</li> </ul>
<p>Rehabiliteringsafdelingen udarbejder en handleplan = "overordnet mål for indsatsområderne"</p>	<p>Handleplanen udarbejdes alene for borgere, der efter vurderingsperioden tilbydes et videre rehabiliteringsforløb.</p> <p>Handleplanen - med mål og handlinger - udarbejdes efter konferencen af medarbejdere på rehabiliteringsafdelingen i samarbejde med borgeren og med udgangspunkt i formålet.</p>
<p>Borgeren er på et rehabiliteringsforløb.</p>	<p>Rehabiliteringsforløbet er et forløb, hvor indholdet er tilpasset borgerens behov. For alle rehabiliteringsforløb gælder det, at forløbets varighed aftales ved forløbets begyndelse og indenfor den angivne ramme.</p>

Rehabiliteringsforløbet afsluttes	<p>Visitor iværksætter foranstaltninger - fx hjemmepleje - i forbindelse med opholdets afslutning.</p> <p>Opholdet evalueres tværfagligt i en afslutningssamtale mellem borgeren, evt. pårørende og den primære person i teamet. På baggrund af afslutningssamtalen udarbejdes en statusrapport med sammendrag af indsats, forløb, resultater samt forslag til opfølgning, som sendes til visitationen og efter borgerens samtykke til egen læge, hjemmepleje, træningscenter eller institution.</p> <p>Visitationen foretager en revisitation af borgeren mhp. opfølgning på rehabiliteringsforløbet og for at sikre, at de ydelser, borgeren visiteres til, tildeles med henblik på at borgerens færdigheder bevarer.</p>
-----------------------------------	---

\* Der udarbejdes en lokal aftale om, hvordan og hvornår tidspunktet for konferencerne aftales.

### 1. Rehabiliteringstilbud

A. Pladsen	- det betyder
<ul style="list-style-type: none"> <li>er til midlertidigt døgnophold</li> </ul>	<p>at opholdet ikke medfører flytning af folkeregister-adresse.</p> <p>at borgeren skal betale den kommunalt fastsatte takst for mad og vask af linned mv.</p> <p>at der visiteres til ophold af aftalt va-righed</p> <p>at boligen er delvis møbleret.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>har et fysiske miljø, som er træningseg-net med velindrettede fysiske rammer</li> </ul>	<p>at der er adgang til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>et handicapvenligt badeværelse</li> <li>et træningsegnet køkkenmiljø</li> <li>de mest almindelige hjæl-pemidler (gangredskaber, kørestole, trykafastende madrasser og puder samt amå hjælpemidler)</li> </ul> <p>at der er el-senge på alle stuer.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• har personale med de nødvendige kvalifikationer og kompetencer</li> </ul>	<p>at personalet - uanset basisuddannelse - har en særlig interesse for og viden om rehabilitering.</p> <p>at der arbejdes målrettet og bevidst med udvikling af kompetencer i forhold til rehabilitering, således at personalet kan tilrettelægge et individuelt, helhedsorienteret ophold i overensstemmelse med formålet for rehabiliterings-ophold - generelt såvel som i forhold til den konkrete borger.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• har et fagligt miljø, som er træningsorienteret</li> </ul>	<p>at træning så vidt muligt integreres i alt, hvad der foregår på stedet på alle tider af døgnet.</p> <p>at der på alle relevante tider af døgnet kan være træningsterapeutisk personale til stede.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• har en målrettet tværfaglig indsats</li> </ul>	<p>at der ud over træningsterapeutisk kompetence også er socialpædagogisk såvel som sundhedsfaglig kompetence, og at alle kompetencer inddrages i borgerens rehabiliteringsforløb.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• har en sammenhængende, helhedsorienteret indsats</li> </ul>	<p>at personalet er særlig opmærksom på samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen og bevidst om øvrige tilbud i lokalområdet.</p> <p>at træning indgår i rehabiliteringen med det sigte at gøre borgeren bedre fungerende fysisk, intellektuelt, følelsesmæssigt og socialt.</p> <p>at hjælp og støtte til de pårørende indgår som en integreret del af tilbudet.</p>
<p><b>B. Borgeren</b></p>	<p><b>- det betyder</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• kan være i en akut såvel som en afklaret fase</li> </ul>	<p>at tilbudet er fleksibelt og at formål og mål for opholdet kan justeres i overensstemmelse med borgerens ændrede behov.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• har behov for et midlertidigt døgnophold</li> </ul>	<p>at borgeren har behov for træning og/eller pleje og omsorg hele døgnet.</p> <p>at et af følgende behov er til stede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• døgnovervågning er nødvendig i forhold til vurdering af, hvad der skal til for at øge borgerens funktionsniveau eller modvirke fald i det nuværende funktionsniveau (udredning af det videre behov for rehabilitering)</li> <li>• opmærksomhed på træning i alle dagens gøremål er nødvendigt for at borgerens funktionsniveau kan øges/fald i funktionsniveau kan modvirkes</li> <li>• pleje og omsorg i en periode, fx fordi boligen skal renoveres eller en pårørende, som normalt varetager borgerens behov for pleje og omsorg., er indlagt eller på ferie</li> <li>• forebyggelse i forhold til hospitalsindlæggelse og/eller øget behov for hjælp fra hjemmeplejen</li> </ul> <p>at borgeren ikke har en adfærd eller et misbrug, som kræver specialud-dannet personale eller andre særlige tiltag.</p>
--	---

# Bilag C: Visitationskriterier og arbejdsgange

## Notat vedrørende implementering af nye visitationskriterier og arbejdsgange for rehabiliteringsophold.

### Baggrund

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i 2003 etableret rehabiliteringspladser<sup>17</sup> på seks institutioner i seks lokalområder. Ved etableringen blev der udarbejdet en beskrivelse af målgruppen for tilbuddet samt visitationskriterier og arbejdsgange for anvendelse af pladserne.

Rehabiliteringspladserne har fungeret i 3 år, og det har vist sig, at en del af pladserne bliver anvendt til borgere, der venter på en plejehjemsplads. Det er ikke hensigtsmæssigt, og det er derfor besluttet at udarbejde et nyt visitationskoncept, som skal sikre et større flow gennem afdelingerne for dermed at udnytte kapaciteten og fagligheden optimalt.

Dette notat beskriver konsekvenserne af det ændrede visitationskoncept.

### Visitation

Udgangspunktet er, at borgerne kommer på et vurderingsophold af max 3 ugers varighed. Når vurderingen er fuldført kan borgeren enten udsluses til eget hjem eller visiteres til et rehabiliteringsforløb. Efter vurderingsopholdet afholdes en konference med deltagelse af borgeren, evt. dennes pårørende, medarbejdere fra rehabiliteringsafdelingen incl. terapeuter samt visitationen. På konferencen besluttet det videre forløb.

Udslusningen må max tage 1 uge, således at opholdet i alt har varet max 4 uger for borgere, som ikke tilbydes et egentligt rehabiliteringsforløb. Borgere, der efter vurderingsperioden godkendes til boligskift – fx til plejehjem/-bolig – skal hjem i ventetiden til boligskiftet.

Ved visitation til et rehabiliteringsforløb, aftales opholdets længde under konferencen, således at borger, evt. pårørende, afdeling og visitation kan begynde at forberede hjemkomsten.

Nogle borgere godkendes til et kortere ophold i stedet for til et vurderingsophold. Det vil fx være tilfældet i forbindelse med pårørendes ferie eller renovering af bolig. I disse tilfælde aftales opholdets længde, inden det påbegyndes og en vurdering af borgeren vil som regel ikke være nødvendig.

<sup>17</sup> Formålet med rehabiliteringspladserne er at yde rehabilitering, herunder genoptræning og pleje/omsorg til hjemmeboende borgere over 65 år. Indsatsen retter sig imod, at borgeren generhverver størst mulig grad af selvstændighed og handlemuligheder i forhold til egen tilværelse, og at borgeren fortsat kan mestre livet i en egen bolig - evt. med assistance fra hjemmeplejen.



## **Indhold**

Sammensætningen af ydelser, dvs. opholdets træningsmæssige indhold, vil være afhængigt af handleplanen, som er godkendt af visitationen på baggrund af det opstillede formål for opholdet.

Der vil foregå træning på alle slags ophold – også i vurderingsperioden og for borgere på kort ophold, i det omfang de har behov for det. Ligeledes vil der blive ydet pleje og omsorg på alle slags ophold i det omfang borgerne har behov for det.

For alle forebyggelses- og genoptræningsophold gælder det, at borgerne skal have behov for træning og være motiverede for at træne. Træning forstås bredt og kan enten bestå af træning ved terapeut eller ved medarbejder fra rehabiliteringsafdelingen.

## **Hjemkomst**

Når en borger afslutter et rehabiliteringsophold, skal borgeren revisiteres for at sikre, at de ydelser, borgeren visiteres til, tildeles med henblik på bevarelse af færdigheder. Det er i den forbindelse vigtigt at være opmærksom på muligheden for at tildele træning ved hjælper.

Når borgeren skal hjem kan der visiteres til følgende ydelser:

- Træning i eget hjem
- Overdragelse til hjemmepleje eller plejehjem
- Ambulant træning på træningscenter

## **Implementering**

Arbejdsgruppen foreslår, at de nye visitationskriterier og arbejdsgange til rehabiliteringsforløb implementeres pr. 1.1.2007. Det giver mulighed for forberedelse i lokalområderne.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der i november afholdes et møde for alle involverede ledere med henblik på introduktion til det nye koncept. Desuden bør hvert lokalområde afholde et møde mellem visitationen og rehabiliteringsafdelingen for at aftale, hvordan det nye koncept implementeres i praksis. Ældrechef og P&O-chef er ansvarlige for at de lokale møder bliver afholdt.

Inden implementeringen bør alle involverede introduceres til ICF. Ligeledes bør KOS være implementeret på rehabiliteringsafdelingerne, idet det vil være en forudsætning for det tætte samarbejde mellem visitation og rehabiliteringsafdeling.

## **Afslutning**

Under arbejdet med det nye koncept for rehabilitering er arbejdsgruppen stødt på problemstillingen omkring hjælpemidler til borgere på rehabilitering. Dels kommer flere borgere på et ophold uden at medbringe nødvendige hjælpemidler, dels er det uklart hvordan regler og arbejdsgange er for bevilling af et hjælpemiddel – både når borgeren skal hjem i egen bolig eller flytter på plejehjem. Det vil være hensigtsmæssigt, hvis der var klare arbejdsgange for ansøgning til og bevilling af hjælpemidler i begge situationer. Arbejdsgruppen anbefaler, at visitationen ved konferencen visiterer til de nødvendige

hjælpebidler.

Arbejdsgruppen foreslår at mødes og evaluere og evt. justere kriterier og arbejdsgange, når de har været i anvendelse i et halvt år – dvs. juni 2007.

# Bilag D: Dagsordenspunkt til direktionsmøde i december 2005

Den 15. december  
2005

J. nr.: DD

## Overskrift/emne

Omorganisering af de midlertidige døgnpladser, herunder:

- Omdannelse af aflastningspladser til rehabiliteringspladser
- Jævn fordeling af rehabiliteringspladser mellem lokalområderne
- Etablering af rehabiliteringsafdeling i Indre By/Vesterbro/Kgs. Enghave

Sagen er til

Beslutning.

## ***Indstilling***

***Bestillerstaben og styregruppen for rehabilitering indstiller, at  
direktionen beslutter:***

- ***at arbejdet med de midlertidige døgnpladser i Københavns  
Kommune fortsættes som beskrevet i bilag 1 – indstilling om de  
midlertidige døgnpladser i Københavns Kommune, herunder  
omorganisering og drift af rehabiliteringspladserne***
- ***at etableringen af en rehabiliteringsafdeling i Indre  
By/Vesterbro/Kgs. Enghave finansieres som foreslået i bilag 2 –  
indstilling om finansiering af rehabiliteringsafdeling på  
Rosenborgcentret i lokalområdet Indre By/Vesterbro/Kgs.  
Enghave***

## ***Resume***

Sundhedsforvaltningen er i gang med en omorganisering af de midlertidige døgnpladser. I den forbindelse blev der som projekt i 2003 etableret 6 rehabiliteringsafdelinger med samlet 148 pladser. Det er på baggrund af erfaringerne fra rehabiliteringspladserne besluttet at udbygge rehabiliteringstilbuddet, og der er nedsat en styregruppe til dette arbejde.

Målet med omorganiseringen er:

- at samle de midlertidige døgnpladser i større enheder
- at aflastningstilbuddet integreres i tilbuddet om rehabilitering og derfor nedlægges i sin nuværende form
- at fordelingen af pladserne i lokalområderne tilpasses demografien

Styregruppen har udarbejdet forslag til fordeling af rehabiliteringspladser mellem lokalområderne. Forslaget har været sendt i høring hos PO- og ældrechefer. På fællesmødet mellem PO- og ældrechefer den 22. november var der enighed om at iværksætte styregruppens plan for det videre arbejde med udviklingen af de midlertidige døgnpladser.

Det betyder, at arbejdet med at konvertere aflastningspladser til rehabiliteringspladser, at samle pladserne i større afdelinger (én pr. lokalområde) og at fordele pladserne i lokalområderne efter befolkningsgrundlag kan igangsættes primo 2006.

Formålet med ovennævnte tiltag er:

- Højere kvalitet i tilbuddet til borgerne
- Sikring af ensartet tilbud til borgere i alle lokalområder
- Bedre mulighed for lokalt samarbejde omkring borgerne – afdeling/træningscenter/dagtilbud
- Hensigtsmæssige arbejds gange mellem afdeling og den lokale visitation
- Tværfaglig sammensætning af medarbejdere og fastholdelse af kompetencer
- Sikring af hensigtsmæssig drift

Som trin 1 i arbejdet med omorganisering af de midlertidige døgnpladser er det besluttet at etablere en rehabiliteringsafdeling på Rosenborgcentret i lokalområdet Indre By/Vesterbro/Kgs. Enghave. Det var oprindeligt planen, at finansiere etablering og drift af afdelingen ved anvendelse af midlerne til rehabilitering af 65–67-årige og konvertering af de 7 døgntræningspladser på Plejebo. Det har siden vist sig at være nødvendigt at finansiere dele af etablering og drift ved lukning af aflastningspladser i et andet lokalområde (se bilag).

Desuden lægges der op til at begynde omorganiseringen i lokalområderne – fx i form af samling af midlertidige døgnpladser. Styregruppen foreslår, at hvert lokalområde har udarbejdet en implementeringsplan pr. 1.1.2006, som styregruppen arbejder videre med for at sikre koordinering mellem lokalområderne.

Den samlede plan for det videre arbejde er således:

- Etablering af en rehabiliteringsafdeling på Rosenborgcentret
- Udarbejdelse af lokale implementeringsplaner
- Udarbejdelse af en overordnet plan for alle lokalområder incl. overordnet kapacitet og

- økonomisk sammenhæng
- Samling af pladserne i lokalområderne
  - Lukning af aflastningspladser og konvertering af disse til rehabiliteringspladser
  - Udjævning af kapaciteten af rehabiliteringspladser mellem lokalområderne
  - Udarbejde/tilpasse visitationskonceptet, så der sikres et større flow gennem afdelingerne

Som en midlertidig foranstaltning er der primo december 2005 etableret 10 aflastningspladser på Ryholtgård, som er ved at lukke til ombygning. Pladserne er etableret for at nedbringe antallet af plejehjemsgodkendte borgere på H:S hospitalerne. Planen er at pladserne afvikles pr. 1.3.2006.

### ***Økonomi***

Omorganiseringen og den fremtidige drift holdes indenfor den nuværende økonomiske ramme.

### ***Eventuelle bemærkninger***

De to bilag er identiske med dem, der var medsendt ved behandlingen af sagen på det fælles PO- og ældrechefmøde den 22. november.

### ***Bilag***

- ***Indstilling om de midlertidige døgnpladser i Københavns Kommune, herunder omorganisering og drift af rehabiliteringspladserne.***

Indstilling om finansiering af rehabiliteringsafdeling på Rosenborgcentret i lokalområdet Indre By/Vesterbro/Kgs. Enghave

# Bilag E: Dagsordenspunkt til direktionsmøde i oktober 2005

Den 10. november  
2005

J. nr.: IKO/DD

<u>Sagen ønskes behandlet på mødet den</u> I december
<u>Overskrift/emne</u> Midlertidige døgnpladser i Københavns Kommune – herunder omorganisering og drift af rehabiliteringspladserne.
<u>Sagen er til</u> Beslutning

## *Indstilling*

Styregruppen for rehabilitering indstiller, at direktionen beslutter:

- At tilbuddet om aflastning - de nuværende aflastningspladser – i fremtiden dækkes af rehabiliteringstilbuddet og derfor nedlægges i sin nuværende form
- At det nuværende koncept for rehabiliteringspladserne samt visitationspraksis til disse justeres som beskrevet
- At der iværksættes en plan for den fremtidige dokumentation og effektmåling af rehabiliteringsindsatsen
- At antallet af rehabiliteringspladser i lokalområderne planlægges i forhold til/tilpasses demografien som beskrevet
- At rehabiliteringspladserne pr. 1.1.2006 overgår til lokal drift i ældrekontorerne

## *Resume*

### *Nuværende tilbud om midlertidigt døgnophold*

De midlertidige døgnpladser i Sundhedsforvaltningens regi udgør pr. 1.8.2005 271 pladser fordelt på:

- 19 palliative pladser
- 5 pladser for borgere i respirator
- 34 midlertidige døgnpladser for borgere, der har demens (øges til 40)
- 7 døgntræningspladser
- 58 almindelige aflastningspladser
- 148 rehabiliteringspladser

De **palliative pladser** er placeret samlet på én afdeling på Bispebjerg, og pladserne for

**borgere i respirator** er placeret samlet på én afdeling på Østerbro. De midlertidige døgnpladser, for borgere der har **demens**, er beliggende i de tre demenscentre. **Døgntræningspladserne** blev etableret som projekt og ligger samlet på én afdeling på Vesterbro. **Aflastningspladserne** ligger spredt enkeltvis eller i små grupper på i alt 16 institutioner i 6 lokalområder. **Rehabiliteringspladserne** er fordelt på 6 institutioner i 6 lokalområder. Pladserne blev etableret som et projekt på baggrund af en bevilling til etablering af ”midlertidige korttidsboliger samt anden døgntræningsindsats”.

#### *Omorganisering*

Sundhedsforvaltningen er i gang med en omorganisering af de midlertidige døgnpladser.

Der er nedsat en styregruppe bestående af projektledelsen for rehabiliteringsprojektet samt repræsentanter for ældrechefgruppen, pensions- og omsorgschefgruppen, visitationen, træningscentrene, rehabiliteringsafdelingerne og økonomistaben. Denne indstilling indeholder styregruppens forslag til det videre arbejde med omorganiseringen, herunder det fremtidige koncept for rehabilitering og fordelingen af pladser i lokalområderne.

Målet med omorganiseringen er:

- at samle de midlertidige døgnpladser i større enheder
- at aflastningstilbuddet integreres i tilbuddet om rehabilitering
- at fordelingen af pladserne i lokalområderne tilpasses demografien

De palliative pladser og pladserne for borgere i respirator er specialpladser og indgår derfor ikke i omorganiseringen.

Udvidelsen af antallet af pladserne for borgere med demens varetages særskilt og indgår ikke i denne indstilling.

Tilbuddet om døgntræning indgår i indstillingen, fordi det tidligere er besluttet, at konvertere døgntræningspladserne til rehabiliteringspladser. Det betyder, at der bliver etableret en rehabiliteringsafdeling i Indre By/Vesterbro/Kgs. Enghave, der som det eneste lokalområde endnu ikke har rehabiliterings- og aflastningspladser. Lokalområdet har udarbejdet en indstilling til direktionen, der specifikt omhandler dette.

De nuværende aflastningspladser indgår i indstillingen, da erfaringen viser, at det er nødvendigt at samle disse pladser i større enheder af hensyn til driftsøkonomi, høj faglighed og fastholdelse af kompetencer. Det anbefales, at de nuværende aflastningspladser nedlægges i deres nuværende form og konverteres til rehabiliteringspladser, som indeholder tilbud om aflastning.

#### *Det tidligere forløb omkring omorganiseringen*

Der blev i marts 2004 afholdt et temamøde mellem direktionen, ældrechefer, pensions- og omsorgschefer og projektledelsen om planlægningen af de midlertidige døgnpladser - herunder rehabiliteringspladser.

På mødet var der enighed om:

- at arbejde på at rehabiliteringsprojektet overgår til drift i relation til økonomi og organisering så hurtigt som muligt. Det vil betyde, at lokalområderne overtager ansvaret for driften og for det lokale samarbejde mellem visitation og rehabiliteringsafdeling/træningscenter - herunder ansvaret for de nuværende lokale projektgrupper
- at tilbuddet om aflastning - de nuværende aflastningspladser - på sigt vil blive dækket af rehabiliteringstilbuddet og derfor skal nedlægges i sin nuværende form
- at etablere flere rehabiliteringspladser i tæt samarbejde med lokalområderne – herunder etablering af en rehabiliteringsafdeling i lokalområdet Indre By/Vesterbro/Kgs. Enghave og udvidelse af de eksisterende afdelinger i nogle af de andre lokalområder
- at etablere en styregruppe, der får til opgave at sikre den samlede overordnede planlægning, ensretning og koordinering af de midlertidige døgntilbud på tværs af lokalområderne

I april 2005 blev der holdt en evalueringsdag med deltagelse af projektledelsen, visitatorer, træningscenterledere og afdelingsledere fra rehabiliteringsafdelingerne. På baggrund af drøftelserne på dagen - hvor erfaringerne med rehabiliteringspladserne var fokus for evalueringen – er der udarbejdet en evalueringsrapport.

Evalueringsrapporten peger på:

- at det er en stor fordel, at afdelingerne er forankret lokalt. Borgerne bliver i deres nærområde, hvor de evt. er kendt af aktørerne på ældreområdet i forvejen. Det giver mulighed for videndeling og samarbejde mellem aktørerne i lokalområdet. Der bør derfor være en rehabiliteringsafdeling i alle 7 lokalområder.
- At den brede målgruppe for rehabilitering er en styrke i afdelingerne. Det betyder imidlertid, at afdelingerne modtager borgere med forskellige behov, og at de skal have en vis størrelse for at kunne bevare fleksibiliteten i tilbuddet.
- at rehabiliteringskonceptet lægger op til høj faglighed og krav om forskellige kompetencer, hvilket bør afspejles i den fremtidige rekruttering til afdelingerne og i de afsatte løn- og uddannelsesmidler.
- at forudsætningen for at rehabiliteringstilbuddet udnyttes optimalt er, at borgerne visiteres korrekt. Det er u hensigtsmæssigt, at anvende pladserne som ventepladser til plejehjem, fordi det blokerer for ”flowet” i afdelingerne og dermed også for muligheden for at anvende pladserne forebyggende.
- at rehabiliteringsafdelingernes opgaver adskiller sig væsentligt fra plejehjemmenes, bl.a. fordi der er fokus på, at borgerne skal tilbage til egen bolig. Man bør derfor overveje, at organisere rehabiliteringsafdelingerne sammen med træningscentre, dagtilbud og sundhedscentre, idet disse tilbud har samme forebyggende fokus og snitflader til hinanden.

En efterfølgende besøgsrunde i de 7 lokalområder har vist, at alle lokalområder er



interesserede i at samle aflastningspladser og rehabiliteringspladser, så de udgør en større samlet enhed med tilbud om træning, rehabilitering og aflastning tilpasset borgernes behov. Lokalområderne er indstillede på, at det vil betyde nedlæggelse af et antal af de nuværende aflastningspladser, som er beliggende i mindre enheder. Ligeledes er de lokalområder med flest rehabiliterings- og aflastningspladser indstillede på, at ”afgive” et antal pladser til de lokalområder, som aktuelt ikke kan dække eget behov. Til gengæld vil de fremover i mindre udstrækning skulle kunne tilbyde pladser til borgere fra andre lokalområder.

#### *Samlet tilbud*

De nuværende aflastningspladser ligger spredt enkeltvis eller i mindre enheder på plejehjemsafdelinger. De borgere, der er på et aflastningsophold på disse pladser modtager den samme pleje/omsorg og træning som plejehjemsbeboerne.

Rehabiliteringsafdelingerne har et samlet antal pladser i en selvstændig afdeling med fokus på rehabilitering. Medarbejderne arbejder tværfagligt med henblik på at borgeren efter opholdet kan klare sig i eget hjem. Der opstilles – og arbejdet ud fra - mål for opholdet, og der er mulighed for træning efter et individuelt vurderet behov.

Styregruppen anbefaler derfor:

- **At tilbuddet om aflastning - de nuværende aflastningspladser – i fremtiden dækkes af rehabiliteringstilbuddet og derfor nedlægges i sin nuværende form**

Målgruppen for rehabilitering er fortsat borgere med behov for enten:

- **omsorg**, f.eks. i forbindelse med tab af ægtefælle, utryghed, renovering af bolig eller aflastning af ægtefælle/pårørende.
- **pleje**, f. eks. ved cancerdiagnose, smerter, infektionssygdomme eller dehydrering
- **genoptræning**, f.eks. efter sygdom, fald, traumer og hospitalsophold
- **vurdering af funktionsevne** m.h.p. boligændringer/boligsift, f.eks. efter sygdom, fald, traumer og hospitalsophold

Tilbuddet om aflastning vil være en del af rehabiliteringstilbuddet. Der vil i fremtiden være én rehabiliteringsafdeling i hvert lokalområde. Hver afdeling har på sigt minimum 20 pladser, da det sikrer erfaring, høj faglighed og effektiv drift. Afdelingen har en størrelse, der sikrer, at den kan opfylde lokalområdets behov for pladser.

#### *Fremtidigt koncept for rehabiliteringspladserne og for visitationen til disse*

Rehabiliteringsafdelingerne skal have et ensartet tilbud i alle syv lokalområder, hvilket betyder, at rammerne for rehabiliteringskonceptet skal følges på tværs af byen. Der skal være plads til, at der kan indgås aftaler med lokalområderne om

kvalitetsudviklingsprojekter indenfor de overordnede rammer. Rehabiliteringsafdelingen, som skal etableres i Indre By/Vesterbro/Kgs. Enghave skal ind i det fremtidige koncept for rehabilitering fra begyndelsen og kan fungere som en form for test af konceptet.

For at sikre en målrettet tværfaglig indsats bør der ud over træningsterapeutisk kompetence også være socialpædagogisk såvel som sundhedsfaglig kompetence på rehabiliteringsafdelingerne. Rehabiliteringsafdelingerne skal til enhver tid kunne målrette tilbuddet til borgerens behov.

Normeringen af plejefaglige medarbejdere i afdelingerne skal som minimum være 1,2, hvilket svarer til den nuværende normering på rehabiliteringsafdelingerne. Årsagen til, at normeringen fortsat bør være højere end i en plejehjemsafdeling er, at de plejefaglige medarbejdere deltager i rehabiliteringsindsatsen for borgerne. Desuden er der meget administrativt arbejde, planlægningsarbejde samt koordinerende arbejde forbundet med at modtage borgere, opstille mål og planlægge indsatsen, tage på hjemmebesøg, evaluere løbende og planlægge hjemkomst sammen med borgeren, evt. pårørende, visitation og hjemmepleje. Den nuværende terapeutnormering på rehabiliteringspladserne er 0,27 til halvdelen af pladserne og bør fastholdes for at bevare en høj træningsfaglig indsats overfor borgeren.

Styregruppen foreslår, at visitationen fremover bestiller en udredning af en borger på rehabiliteringsafdelingen. Udredningen kan tage 2-3 uger, og resultatet meldes tilbage til visitationen. Visitationen afgør derefter, om borgeren skal have et rehabiliteringsophold, formålet med opholdet og opholdets varighed. Formålet med denne procedure er, at kvalificere visitationen.

Styregruppen foreslår, at der arbejdes på at indføre standardydelse/pakker på rehabiliteringsafdelingerne som en beskrivelse af de forskellige indsatser, der tilbydes. Et rehabiliteringsophold er tidsbegrænset, og borgeren skal hjem, når den planlagte handleplan er gennemført. Som udgangspunkt skal borgere, der bliver vurderet til boligskift også hjem i ventetiden til en ny bolig. Desuden foreslår styregruppen, at de forskellige afdelinger organiseres forskelligt indenfor rammerne, således at det er muligt at høste erfaringer for de forskellige organisationsformer.

Styregruppen anbefaler:

- **At det nuværende koncept for rehabiliteringspladserne samt visitationspraksis til disse justeres som beskrevet**

#### *Dokumentation og effektmåling*

I forhold til udvikling af et relevant og omkostningseffektivt rehabiliteringstilbud er det

vigtigt at dokumentere resultaterne for de borgere, som modtager et rehabiliteringstilbud. Vi mangler fortsat dokumentation og effektmåling af den indsats, vi yder på rehabiliteringsafdelingerne.

Styregruppen anbefaler:

- **At der iværksættes en plan for den fremtidige dokumentation og effektmåling af rehabiliteringsindsatsen**

#### *Fordeling af pladser i lokalområderne*

Det er besluttet, at der skal etableres en rehabiliteringsafdeling i lokalområdet Indre By/Vesterbro/Kgs. Enghave, så der tilbud om rehabilitering i alle lokalområder. Da pladserne er meget ujævnt fordelt i lokalområderne, anbefaler styregruppen:

- **At antallet af rehabiliteringspladser i lokalområderne planlægges i forhold til/tilpasses demografien som beskrevet**

Den ændrede fordeling af pladser mellem lokalområderne bør ske i forbindelse med konvertering af aflastningspladser til rehabiliteringspladser.

Forslaget til fordeling af rehabiliteringspladser i lokalområderne er beregnet ud fra det samlede antal rehabiliteringspladser, som Sundhedsforvaltningen vil kunne etablere ved konvertering af aflastningspladser og døgntræningspladser. Pladserne er herefter fordelt i lokalområderne med udgangspunkt i befolkningsprognose for lokalområderne pr. 1.1.2006. Antallet af pladser er beregnet med udgangspunkt i den gruppe, vi ved, der er flest af på rehabilitering og aflastning i dag - det vil sige de 80+-årige. Antallet af borgere, der bor i pleje- og beskyttede boliger fratrukket. Antallet af boliger er baseret på det forventede antal pr. 1.1.2006.

Befolkningsprognose pr. 1.1.2006:

Lokalområde	Antal 80+	Antal i pleje- og beskyttede boliger	Antal 80+ - boliger
Amager	3.734	593	3.141
Bispebjerg	2.129	416	1.713
Indre By/Vest./Kgs.E	2.073	341	1.732
Nørrebro	2.158	1.015	1.143
Valby	2.483	641	1.842
Vanløse/Brh./Husum	4.327	1.215	3.112

Østerbro	3.352	560	2.792
I alt	20.256	4.781	15.475

Ved etableringen af pladserne er det nødvendigt at tage højde for de eksisterende afdelinger og de fysiske rammer, det er muligt at benytte. Der er derfor stillet et forslag til den fremtidige fordeling, som tager højde for dette.

Forslag til fordeling af rehabiliteringspladser i lokalområderne:

Lokalområde	Antal aflastn. pl. pr. 1.8.05	Antal rehab. pl. pr. 1.8.05	Antal rehab.pl. Ved fordeling iht. 80+ (-b)	Forslag til fremtidig fordeling af rehab.pl.
Amager	6	38	40	38
Bispebjerg	5	10	22	20
Indre By/Vest./Kgs.E	7*	0	22	20
Nørrebro	7	24	14	20
Valby	4	24	23	23
Vanløse/Brh./Husum	29	28	40	40
Østerbro	7	24	36	36
I alt	65	148	197	197

Forslaget til fremtidig fordeling af pladserne er udarbejdet med henblik på at ligge så tæt på det antal pladser, som fordelingen i forhold til demografi lægger op til. Da det ikke kan anbefales at Nørrebro har en afdeling med 14 pladser, og da rehabiliteringsafdelingen på Sølund er velfungerende, foreslås det at nøjes med at reducere afdelingen til 20 pladser. Det foreslås, at tre lokalområder – valgt ud fra mulighederne i forhold til fysiske rammer samt antallet af pladser – bidrager til dette.

Forslaget til fordeling af rehabiliteringspladser mellem lokalområderne har været sendt i høring hos Pensions- og Omsorgscheferne og hos Ældrecheferne. Samlet gives der udtryk for enighed i forhold til koncept og principper omkring udviklingen af rehabiliteringstilbuddet. En del Pensions- og Omsorgschefer (4) udtrykker dog bekymring over reduktionen i det samlede antal midlertidige døgnpladser og/eller lukningen af aflastningspladser. Fem ud af de seks lokalområders ældrekontorer giver udtryk for, at de er i stand til at gennemføre de foreslåede ændringer, og flere kommer med konkrete forslag

til, hvordan de vil gøre dette.

Da medlemmerne i styregruppen er enige om, at kvaliteten i tilbuddet til borgeren er det vigtigste, og at reduktionen i det samlede antal midlertidige døgnpladser på 16 er beskedent, fastholder styregruppen forslaget om konvertering af aflastningspladser til rehabiliteringspladser. Styregruppen mener, at der for at sikre at antallet af rehabiliteringspladser er dækkende, bør arbejdes på en strammere visitation til pladserne og på en sikring af, at de ikke anvendes som ventepladser.

Styregruppen anbefaler:

- **At rehabiliteringspladserne pr. 1.1.2006 overgår til lokal drift i ældrekontorerne**

Styregruppen forslår, at hvert lokalområde udarbejder en implementeringsplan, som er færdig ved udgangen af 2005. Styregruppen vil være ansvarlig for koordinering af implementeringsplanerne samt de økonomiske beregninger i forbindelse med dette.

#### *Konsekvenser for lokalområderne*

Omorganiseringen får konsekvenser for alle lokalområder, da nogle skal afgive pladser og de dertil hørende budgetmidler, mens andre skal modtage pladser samt budgetmidler til disse.

Beregningerne for hvor mange budgetmidler det enkelte lokalområde skal afgive og modtage er foretaget med udgangspunkt i driftsomkostningen for henholdsvis aflastningspladser, døgntræningspladser og rehabiliteringspladser. Da omorganiseringen går på tværs af flere lokalområder vil de endelige beregninger skulle foretages i takt med at ændringerne implementeres.

## ***Økonomi***

Omorganiseringen af Sundhedsforvaltningens midlertidige døgnpladser skal ske indenfor de økonomiske rammer for de eksisterende midlertidige døgnpladser.

En aflastningsplads koster 224.153,71 kr. pr. plads

En døgntræningsplads koster 349.036,75 kr. pr. plads<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> 224.153,71 x 1,15 + 0,27 x 338.000,00

En rehabiliteringsplads koster 314.614,46 kr. pr. plads<sup>19</sup>

Det betyder, at de 58 aflastningspladser kan omdannes til 41,3 rehabiliteringspladser, og de 7 døgntræningspladser kan omdannes til 7,8 rehabiliteringspladser.

Sammen med de i forvejen etablerede 148 rehabiliteringspladser bliver det til i alt 197 rehabiliteringspladser.

Etableringsomkostningerne er ikke medregnet. Derudover kommer der udgifter til møblering af lokaler og evt. træningsudstyr samt kontorfaciliteter til medarbejderne.

I forbindelse med overtagelsen af genoptræningsopgaven for de 65 – 67-årige har Sundhedsforvaltningen fået en bevilling til rehabilitering af denne gruppe. Bevillingen er ikke medregnet i driften (og dermed i antallet af pladser), da den anvendes til etablering og omorganisering af rehabiliteringstilbuddet.

Besparelsen ved lukning af de nuværende aflastningspladser kræver, at pladserne ikke omdannes til fx plejeboliger. Til gengæld vil der nogle steder være mulighed for etablering af plejeboliger, hvis det bliver nødvendigt i forbindelse med ombygninger af plejehjem og overholdelse af 4 ugers garantien.

Konsekvenser ved lukning af pladser:

Lokalområde	Antal aflastn. pr. 1.8.05	Antal rehab. pr. 1.8.05	Konver- teres indenfor lokalomr.	Pladser, der skal afgives	Budgetmidler, der skal afgives
Amager	6	38	-	6 afl.pl	1.345.000
Bispebjerg	5	10	5 afl.pl	-	-
Indre By/ Vest./Kgs.E	7*	0	7 døgntr.	-	-
Nørrebro	7	24	-	7 afl.pl 4 rehab.	2.828.000

<sup>19</sup> 224.153,71 x 1,2 + ½ x 0,27 x 338.000,00

Valby	4	24	-	4 afl.pl. 1 rehab.	1.211.000
Vanløse/Brh./ Husum	29	28	17 afl.pl	12 afl.pl	2.690.000
Østerbro	7	24	7 afl.pl.	-	-
I alt	65	148			8.074.000

\*døgntræningspladser

Konsekvenser ved etablering af pladser:

Lokalområde	Antal aflastn. pr. 1.8.05	Antal rehab. pr. 1.8.05	Etableres indenfor lokalomr. omorg.	Etableres ved lukning i andre lokalomr.	Budgetmidler, der skal medgives
Amager	6	38	-	-	-
Bispebjerg	5	10	3½ rehab.	6½ rehab.	2.034.000
Indre By/Vest./Kgs.E	7*	0	8 rehab.	12 rehab.	3.838.000
Nørrebro	7	24	-	-	-
Valby	4	24	-	-	-
Vanløse/Brh./Hus um	29	28	12 rehab.	-	-
Østerbro	7	24	5 rehab.	7 rehab.	2.202.000
I alt	65	148			8.074.000

\*døgntræningspladser

***Særlige forhold, som man skal være opmærksom på***

***Eventuelle bemærkninger***

***Bilag***

# Bilag F: Spørgeskema til tværsnitsundersøgelse

## 1. Baggrundsoplysninger

---

1. Cpr.nr. **OBS: Fra felt til felt: Brug mus, tabulator eller piletast.**
2. Borgerens for- og efternavn: \_
3. Borgeren er ankommet fra:
  - hospital
  - eget hjem
4. Opholdstype ved ankomst:
  - Kort ophold
  - Vurderingsophold
  - Andet (angiv venligst):
5. Har borgeren genoptræningsplan fra hospital

## 2. Årsager til opholdet

---

I bedes markere **én hovedårsag** med et **1**-tal og maksimalt **yderligere to årsager**, som markeres med et **0**-tal. Dvs. der må maksimalt registreres tre årsager, hvoraf den ene skal markeres som hovedårsag.

Borgeren var/havde ved ankomst:

- a. faldtruet
- b. generel svækkelse (kan komme både fra eget hjem eller hospital)
- c. kognitive dysfunktioner (herunder hukommelsessvækkelse)
- d. brug for hjælp til ny medicinsk behandling eller medicinregulering
- e. midlertidigt immobiliseret (fx ikke støtte i X antal uger)
- f. har gennemgået operation og/eller har gips og er svækket og/eller har funktionstab
- g. brug for tillæring til markant ændret funktionsniveau (fx amputation, stomi, lammelse)
- h. brug for terminal pleje
- i. sår (fx skinneben eller amputation)
- j. behov for hjælp til ernæring, kost og hydrering
- k. problemer i forbindelse med infektion
- l. problemer med egen afklaring om sin fremtidige boligsituation
- m. behov for aflastning af familie (fx ægtefælle på ferie eller hospital)
- n. boligproblemer (fx faldstammer, nyt køkken, hovedrengøring)
- o. utryk i eget hjem
- p. Andet (skriv venligst årsag):

## 3. Borgerens aktuelle status

---

Borgerens aktuelle status kan **enten** være, at borgeren er **i gang med et planlagt forløb** på rehabiliteringsafdelingen, **eller** at borgeren har afsluttet et planlagt forløb og er **i en venteposition**.



Nedenfor vælges den mulighed, som passer til borgerens aktuelle situation. Således må der kun vælges **én mulighed, enten 3a eller 3b:**

**Enten:** 3a) Borgeren er i færd med at gennemføre et af følgende planlagte forløb på afdelingen:

- a. Kort ophold
- b. Kan ikke støtte i x antal uger eller er på anden måde midlertidigt immobiliseret
- c. Vurderingsforløb op til vurderingskonference
- d. Forebyggelsesforløb (efter vurderingskonference)
- e. Genoptræningsforløb (efter vurderingskonference)
- f. Andet (angiv venligst):

**Eller:** 3b) Borgeren har afsluttet oprindeligt formål med ophold og er nu i en ventesituation (måske deltager

borgeren i træning, måske gør borgeren ikke, det afgørende er her, hvad borgeren venter på):

- g. Borgeren venter på at komme tilbage i eget hjem
- h. Borgeren venter på at komme på at flytte i plejebolig/ældrebolig
- i. Er i en §129-proces (umyndiggørelse)
- j. Andet (angiv venligst):

# Bilag G: Øjebliksbillede fra Hermann Koch gården 1. maj 2009

## Årsager til rehabiliteringsophold

### 1. Metode

For at tegne et billede af årsagerne til, at borgerne kommer på rehabiliteringsophold, er der

1. foretaget samtale med afdelingslederen på Hermann Koch Gårdens rehabiliteringsafdeling
2. foretaget gennemgang af KOS-siden ”Rehab-Visitation til rehabilitering” og/eller genoptræningsplaner og/eller udskrivningsrapporter fra hospitalet fra de 22 borgere, der befandt sig på Hermann Koch Gårdens rehabiliteringsafdeling den 1. maj 2009.

#### Ad. 1.

**Afdelingslederen beskriver**, at de borgere, der er på rehabilitering på Hermann Koch Gården, overvejende falder i to grupper:

- Borgere med ortopædkirurgiske lidelser - komplicerede brud, borgeren må ikke støtte / belaste bruddet i flere uger (ml.4-12 uger). Derefter følger et genoptræningsforløb, som også foregår på rehabiliteringsafdelingen. Da flere ugers immobilisering svækker musklerne, er det generelt langvarige genoptræningsforløb, der er behov for. Derfor er det ikke ualmindeligt, at sådanne ophold strækker sig over i alt flere måneder. Oftest er det mere end halvdelen af rehabiliteringspladserne, der er i brug til dette formål.
- Borgere der formelt kommer på vurderingsophold, men hvor det efter ganske få dage er tydeligt, at borgeren ikke kan klare sig alene i eget hjem. De allerfleste pga. hukommelsessvækkelse og andre demensrelaterede problemer. Disse borgere godkendes oftest til plejebolig under opholdet.

#### Ad. 2.

**Gennemgang af den sundhedsfaglige dokumentation** afdækkede 4 hovedårsager til opholdene:

- Vurdering mhp. træningspotentiale / behov for fremtidig bolig.
- Genoptræning pga svækkelse efter svær sygdom
- Knoglebrud (kan opdeles i to grupper: De borgere, der ikke må støtte i x antal uger, og de borgere, der straks kan begynde genoptræningen)
- Aflastning af ægtefælle

## 2. Gennemgang af dokumentationen viser følgende årsagsbilleder:

(Hver af de nedenstående punkter = 1 borger.)

Nogle af de forløb, der her er kategoriseret under ”gruppen med knoglebrud” og ”genoptræning pga. svækkelse” kunne sikkert ligeså vel registreres under ”vurdering mhp træningspotentiale/behov for

fremtidig bolig”, da det karakteriserer de fleste af borgerne, at de har flere lidelser og et komplekst sygdoms- og årsagsbillede. Afdelingslederens vurdering er, at flere af disse borgere vil blive godkendt til plejehjem under opholdet på rehabiliteringsafdelingen.

#### Vurdering mhp. træningspotentiale / behov for fremtidig bolig.

- Almen svækkelse, utryghed, faldtruet – vurdering mhp fremtidig bolig.
- Undervægt, fald, smerter ved gang. Trænings- og vurderingsophold.
- Gentagne fald. Vurdering af evt. genoptræningspotentiale. Evt. vurdering mhp fremtidig bolig.
- Hjerter-karsygdom. Eftervirkninger efter apopleksi. Flere fald. Generelt aftagende funktionsniveau. Infektion. Sår. Hukommelsesproblemer.
- Funktionsniveauet faldende i længere tid, har eftervirkninger af større apopleksi og flere mindre blodpropper i hjernen. Infektion. Ernæringsproblemer. Depression. Belastet ægtefælle. Vurdering mhp. fremtidig bolig.
- Generelt faldende funktionsniveau. Flere fald. Insufficient ernæring. I behandling for depression.

#### Genoptræning pga svækkelse

- Behov for genoptræning pga svækkelse efter langvarig sygdom (lungeemboli, anden kredsløbslidelse, nedsat nyrefunktion)
- Genoptræning (efter Servicelov) efter fald på trappe der medførte rygsmerter. Samtidig nedsat kognitiv funktion, bl.a. hukommelsessvækkelse.

#### Gruppen med knoglebrud

- Knoglebrud. Ikke støtte i 3 uger. Derefter genoptræning. Samtidigt hukommelsessvækket. Behov for hjælp og guidning ved al ADL.
- Knoglebrud. Ikke støtte i 6 uger. Derefter genoptræning. Desuden hjerter-karsygdom.
- Knoglebrud. Ikke støtte i 4 uger. Derefter genoptræning. Behov for fokus på ernæring.
- Knoglebrud. Ikke støtte i 6 uger. Derefter genoptræning.
- Infektion i hofte, der er opereret pga hoftebrud nogle måneder tidligere. Må ikke støtte. Aflastningsperioden uvis (afhænger af infektionen). Sårpleje.
- Knoglebrud hånd. Flere fald. Rehab.ophold mens armen er i gips.
- Knoglebrud for nogle måneder siden. Derefter haft gentagne fald. Rehab. mhp. genoptræning.
- Flere fald. Brud på både arm og hofte. Desuden hjerter-karlidelse og lungelidelse, samt svimmelhed og træthed.
- Knoglebrud. Trægt, langvarigt genoptræningsforløb.
- Knoglebrud. Genoptræningsforløbet kompliceres og forlænges pga psykosyndrom
- To knoglebrud indenfor 2 måneder. Genoptræning.
- Knoglebrud. Vurdering mhp evt. plejehjem.
- Knoglebrud. Genoptræning samt vurdering mhp fremtidig bolig.

#### Aflastning af ægtefælle

- Planlagt 10 dages aflastning for ægtefælle.

## Bilag H: Hvad kan opnås ved en ændring af praksis – et skøn

I tabellen nedenfor gives et *skøn* over antal forløb og varigheden af disse med udgangspunkt i perioden 1. juli 2007- 30. juni 2008. Der er i betydeligt omfang tale om skøn, da det kun er få af tallene som kan trækkes direkte i VI-systemet og/eller KOS. I kapitel 4 er der redegjort for, hvorledes tallene er beregnet.

I kolonne 2 er der forsøgt *skønnet*, hvor mange dage de forskellige forløbstyper rent faktisk varede for de borgere, som kom på et rehabiliteringsophold i ovennævnte periode. I kolonne 4 er det *skønnet*, hvor mange opholdsdage der vil være i fremtiden under forudsætning af, at anbefalingerne i kapitel 1 implementeres.

**Table H.1: Skønnede "aktuelle" og fremtidige antal ophold og opholdsdage på rehabiliteringspladserne (1)**

Pladstype	Skønnede antal ophold	Forbrug af opholdsdage, gns.	Forbrug af opholdsdage i alt	Fremtidige opholdsdage, gns.	Fremtidige opholdsdage i alt
° urderingsophold med efterfølgende udslusning til eget hjem	482	36	17.180	28	13.496
° urderingsophold med efterfølgende udslusning til plejehjem	198	72	14.256	42	8.316
° urderingsophold med efterfølgende genoptræning/forebyggelse og overgang til eget hjem	573	50	28.650	50	28.650
° urderingsophold, øvrige (død, hospital)	20	66	1.326	66	1.326
Kort ophold (3)	141	27	3.852	21	2.961
<b>I alt</b>	<b>1.414</b>	<b>46</b>	<b>65.264</b>	<b>39</b>	<b>54.763</b>

(1) Tallene i tabellen dækker perioden 1/1-2008 til 31/6-2008. Dette skyldes, at tallene er trukket i KOS, og at registreringen i dette register har været mangelfuld indtil 1/1-2008. Denne periodeinddeling adskiller sig derfor fra den inddeling der ellers anvendes i rapporten. Det bør også nævnes at tallene i KOS kan være omfattet af betydelig usikkerhed.

(2) Da der arbejdes med afrundede tal er der en vis usikkerhed. Således er det beregnede forbrug af opholdsdage 198 dage større end det faktiske antal opholdsdage i perioden på 65.066 dage.

(3) Indeholder 57 borgere, som er godkendt til plejehjem før ankomst til rehabiliteringspladsen. Opholdstiden for disse borgere er 31 dage.

Af tabellen ses det, at antallet af opholdsdage på et år kan reduceres med 10.501 dage, (65.264- 54.763) såfremt de fremtidige opholdstider realiseres. Dette er ensbetydende med, at der bliver frigjort pladser på rehabiliteringsafdelingerne, som kan anvendes til at tilbyde flere især hjemmeboende borgere ophold

herpå.

Det bør understreges, at den opnåede besparelse i opholdsdage på rehabiliteringsafdelingen formentlig vil forudsætte, at en del af de borgere, som har afsluttet et planlagt forløb, men ikke kan klare sig i eget hjem, flyttes fra rehabiliteringsafdelingerne til andre midlertidige pladser. Dette betyder, at den reelle besparelse i forbruget af kommunale døgnpladser bliver betydeligt mindre end angivet ovenfor.

Ovenstående beregning forholder sig således udelukkende til, hvor mange *rehabiliteringspladser*, der kan frigøres og ikke, hvor mange pladser kommunen samlet set kan frigøre ved en adfærdsændring.

Under antagelse om uændret kapacitet på rehabiliteringspladserne, kan reduktionen i opholdsdage omregnes til et specifikt antal forløb, som det frigjorte pladser kan medføre. Det bør understreges, at der er tale om et skøn, og at resultaterne bør tages med forbehold.

Såfremt reduktionen i opholdsdage anvendes udelukkende til vurderingsophold med efterfølgende genoptræning (gns. opholdstid på 50 dage), så vil de 10.501 opholdsdage resultere i 210 yderligere forløb. Med andre ord bliver det muligt at tilbyde 210 yderligere borgere et genoptræningsforløb på en rehabiliteringsafdeling af en varighed på i gns. 50 dage.

Anvendes reduktionen i stedet til borgere på korte ophold, vil reduktionen i opholdsdage kunne resultere i 500 ekstra ophold af en varighed på 21 dage.

## Metode til beregning af skønnede og fremtidige antal ophold

### *Skønnede antal ophold*

Beregningen er foretaget med udgangspunkt i de 1.414 borgere, som har opholdt sig på en rehabiliteringsafdeling i periode B. På baggrund af spørgeskemaundersøgelsen af rehabiliteringsafdelingerne, jf. Tabel 19, vides at ca. 90 pct. = 1.273 borgere kommer på et vurderingsophold, mens ca. 10 pct.=141 borgere kommer på et kort ophold.

I tabel H.2 ses tal fra KOS for resultatet af vurderingskonferencen, og her fremgår det at 45 pct. = 573 af de borgere, som kommer på vurderingsophold efter vurderingskonferencen modtager et genoptrænings- eller forebyggelsesforløb. Således bliver 55 pct.=700 borgere udsluset til enten eget hjem eller plejehjem efter vurderingskonferencen.

**Tabel H.2: Resultatet af vurderingskonferencen for alle borgertyper. (1) (2)**

Forløbstype	Antal	Pct.
Forløb 1: Udslusning	96	55 %
Forløb 2: Forebyggelse	17	10 %
Forløb 3: Genoptræning	61	35 %

(1) Tallene i tabellen dækker perioden 1/1-2008 til 31/6-2008. Dette skyldes, at tallene er trukket i KOS, og at registreringen i dette register har været mangelfuld indtil 1/1-2008. Denne periodeinddeling adskiller sig derfor fra den inddeling der ellers anvendes i rapporten. Det bør dog understreges, at tallene kan være omfattet af en vis usikkerhed.

(2) Tabellen omfatter alle borgertyper, og skelner således ikke mellem borgere, som plejehjemsgodkendes, og borgere, som ikke gør.

For at finde fordelingen af borgere, som hhv. udsluses til eget hjem eller plejehjem, ses der på, hvor mange af borgerne, der plejehjemsgodkendes under opholdet. I periode B er dette 303 borgere. Da en plejehjemsgodkendelse er forudsætningen for at kunne komme på plejehjem, må det maksimale antal borgere, som udsluses til plejehjem efter vurderingskonferencen således være 303 i periode B (borgere

plejehjemsgodkendt før opholdet medregnes i kategorien ”kort ophold”). Endvidere vides det, jf. kapitel 3, at 65 pct. af de plejehjemsgodkendte borgere udsluses direkte til plejehjem. Antallet af borgere, som i periode B udsluses til plejehjem må således være 65 pct. af  $303=197$ . Endvidere udsluses 28 pct.=85 af disse borgere til eget hjem. Det samlede antal borgere, som udsluses til eget hjem må således være  $700-303+85=482$ . Dermed er der 20 borgere, som hverken udsluses til eget hjem eller plejehjem.

#### *Forbrug af opholdsdage*

For kunne foretage et skøn over forbruget af opholdsdage for de forskellige pladstyper er en række beregninger nødvendige.

For borgere, som kommer på et vurderingsophold med efterfølgende udslusning til plejehjem vides, at disse har en gennemsnitlig opholdstid efter godkendelse på 31 dage. Samtlige borgere, der plejehjemsgodkendes *under* opholdet har en opholdstid før godkendelse på 41 dage. Således må det bedste bud for en samlet opholdstid for borgere på et vurderingsophold med efterfølgende udslusning til plejehjem være  $41+31=72$  dage. I alt bliver dette  $198*72=14.256$  opholdsdage

For borgere, som kommer på et vurderingsophold med efterfølgende udslusning til eget hjem vides, at 85 af disse er plejehjemsgodkendte med en opholdstid på 21 dage efter godkendelse. Disse borgeres skønnede opholdstid bliver således  $41+21=62$  dage. Om de resterende 397 borgere i denne kategori vides ikke noget specifikt om deres opholdstid, men det antages, at deres opholdstid har været kortere end den gennemsnitlige opholdstid for ikke-plejehjemsgodkendte borgere på 40 dage. Således fastsættes disse borgeres opholdstid til 32 dage. Forbruget af opholdsdage for denne pladstype er således  $(85*62)+(397*32)= 17.974$  dage.

For borgere, som kommer på vurderingsophold med efterfølgende genoptræning/forebyggelse og overgang til eget hjem kendes heller ikke den præcise opholdstid, men det antages, at deres opholdstid vil ligge over gennemsnittet for ikke-plejehjemsgodkendte borgere på 40 dage og fastsættes til 50 dage. Forbruget af opholdsdage for disse borgere er således  $50*573=28.650$  dage.

Borgere, som kommer på et kort ophold, er delt mellem, borgere plejehjemsgodkendt *før* ankomst til plejehjem, og borgere, som ikke plejehjemsgodkendes. Førstnævnte gruppe omfatter 57 borgere og disse har en gennemsnitlig opholdstid på 31 dage. Disse borgeres samlede opholdstid bliver således  $57*31=1752$  dage. For 84 borgere, som ikke plejehjemsgodkendes, antages det, at opholdstiden vil være kortere end den gennemsnitlige opholdstid på 40 dage. Opholdstiden fastsættes i stedet til 25 dage, hvilket svarer til  $84*25=2100$  dage. I alt bliver antallet af opholdsdage således  $1752+2100= 3.852$  dage.

For borgere som kommer på et af de øvrige vurderingsophold, dør 11 under opholdet, mens 9 kommer på hospitalet. De borgere, som dør har en opholdstid på 28 dage efter godkendelse, og har således en samlet opholdstid på  $28+41=69$  dage, svarende til  $11*69=746$  opholdsdage. Borgere der kommer på hospitalet har en opholdstid efter godkendelse på 23 dage, svarende til en opholdstid på  $41+23=64$  dage. Dette svarer til  $9*64=572$  opholdsdage. I alt har de to pladstyper  $746+572=1.326$  opholdsdage.

#### *Fremtidige opholdsdage*

De fremtidige opholdsdage er en vurdering af antallet af opholdsdage, såfremt de gennemsnitlige opholdstider for de forskellige pladstyper reduceres til et niveau, som er mere i overensstemmelse med rehabiliteringskonceptet. Disse fremtidige opholdstider er fastsat på baggrund af en vurdering af, hvad opholdstiderne burde kunne reduceres til i relation til rehabiliteringskonceptet.



# Bilag I: Målhierarki – BUM genoptræning

Dette bilag beskriver hvordan målhierarkiet er opbygget, hvem der agerer ift. de forskellige niveauer for mål, og hvad de enkelte niveauer for mål indeholder, ??? husk

## Faglig referenceramme

I relation til træning anvendes International klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredstilstand (dansk oversættelse, 2003 - forkortes ICF) som referenceramme.

ICF er valgt fordi det udover sygdoms- og helbredsmæssige aspekter også omfatter det der har betydning for deltagelse i et almindeligt hverdagsliv, i fællesskab med andre og i samfundet.

## ICF beskriver 3 niveauer for funktionsevne:

**Kropsniveauet** omfatter alle anatomiske strukturer (f.eks. knogler, led, muskler, organer) og alle fysiologiske funktioner (inkl. hjernens funktioner).

**Aktivitetsniveauet** omfatter alle aktiviteter, sammensatte bevægelser og handlinger som et individ udfører i relation til sin egen person. Dette kan fx være personlig hygiejne og dagligdags gøremål i hjemmet. (udførelse af opgave eller handling)

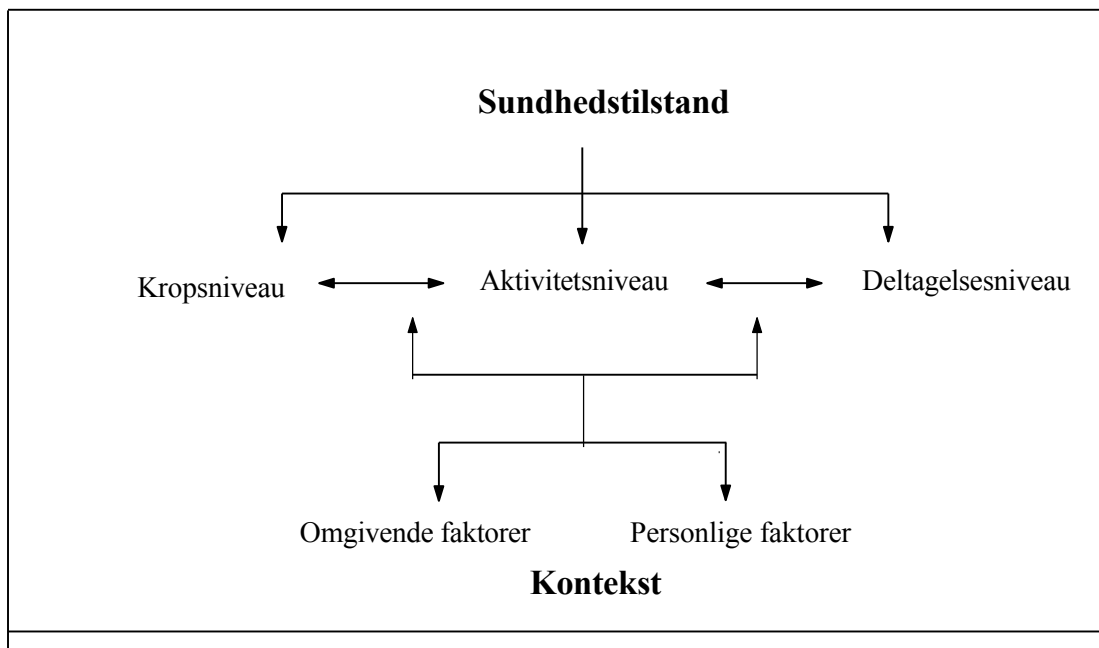
**Deltagelsesniveauet** omfatter en persons deltagelse i aktiviteter og handlinger i samspil med omgivelser og andre personer (involvering i dagliglivet). Dette kan fx være at kunne færdes udendørs og deltage i fritidsaktiviteter

ICF understreger, at funktionsevnetab i de enkelte niveauer påvirker hinanden indbyrdes, ligesom personlige faktorer og faktorer i personens omgivelser spiller en væsentlig rolle i forhold til den enkeltes oplevelse af konsekvenser af traume eller sygdom, og i forhold til den enkeltes muligheder for livsudfoldelse efter traume eller sygdom.

Personlige faktorer, der kan påvirke oplevelse og konsekvenser af traume/sygdom er fx: alder, køn, uddannelse, livserfaring og personlighed. Faktorer i personens omgivelser kan fx være de fysiske, sociale og holdningsmæssige omgivelser, som mennesker bor og lever i. Fx boligens indretning, adgangsforhold, pårørendes indstilling, hjælpeforanstaltninger, ledsageordninger mv.

Begrebsrammen kan ses som en dynamisk model for samspillet mellem komponenterne i ICF, og kan illustreres som nedenfor:

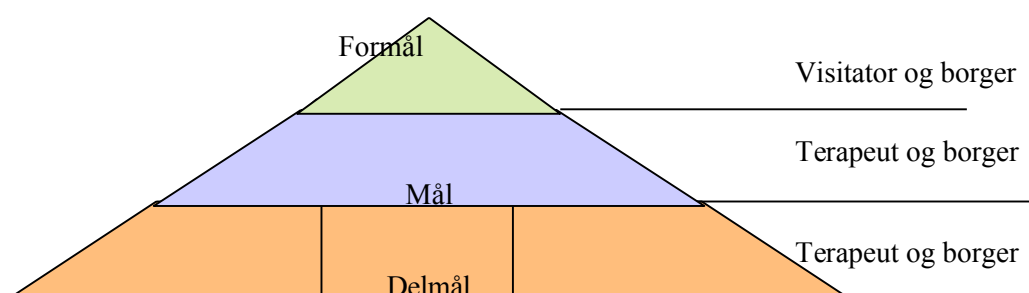




Modellen viser, at en persons funktionsevne, indenfor en af komponenterne, bestemmes af et dynamisk samspil mellem kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter og deltagelse, samt omgivelsesfaktorer og personlige faktorer.

### MÅLHIERARKI

Målhierarkiet har 3 niveauer: formål, mål og delmål. Det er forskellige aktører, som sætter de forskellige mål i hierarkiet. (se skema nedenfor)



#### Formål

Visitor beskriver sammen med borgeren formål med træningsindsatsen.

Formålet formuleres på baggrund af en individuel funktionsvurdering (efter Fælles Sprog) samt en helhedsvurdering af borgerens samlede situation, herunder afdækning af borgerens genoptræningspotentiale og motivation for at træne.

Formålet skal:

- angive om indsatsen skal rette sig imod en forbedring af funktionsevne eller mod at forbygge tab af funktionsevne (retningsgivende for indsatsen), samt

- angive hvilke begrænsninger i funktionsevnen på aktivitets- og/eller deltagelsesniveau som træningsindsatsen skal rette sig imod,

Formålet med at forbedre funktionsevne kan fx være, at borgeren opnår de fysiske og kognitive forudsætninger for igen at planlægge og varetage de almindelige dagligdags aktiviteter i hjemmet og/eller i nærmiljøet.

Formålet med at forebygge tab af funktionsevne er, at forhindre et potentielt funktionsevnetab i at udvikle sig til et reelt/varigt tab af funktionsevne. Det kan fx være borgere, som henvender sig første gang om praktisk hjælp (rengøring, indkøb o.a.).

Formålet skal formuleres så præcist, at det:

- kan evalueres
- er så overordnet, at det giver leverandøren fleksibilitet ift at planlægge indsatsen og indholdet heri sammen med borgeren.
- afspejler kommunens kvalitetsstandarder for genoptræning.

### **Mål**

Med udgangspunkt i formålet fastsætter borgeren og leverandøren (terapeuten) et eller flere mål med træningsindsatsen. Mål beskriver hvilke enkeltfunktioner på aktivitets og deltagelsesniveau, der skal styrkes for at formålet kan opnås.

Mål for genoptræningen fastlægges ved forløbsstart og formuleres på baggrund af terapeutiske undersøgelser, observationer, funktionsevnetests og interview.

### **Delmål**

Endelig formulerer leverandøren(terapeuten) i samarbejde med borgeren et eller flere delmål. Delmål beskriver hvilke enkeltfunktioner (ofte på kropsniveau) der skal styrkes, for at mål og formål kan opnås. Herunder fx delmål vedr. gangfunktion, balanceevne, evne til at planlægge hverdagsaktiviteter mv.

Målhierarkiets opdeling med aktører og indhold er skematisk fremstillet nedenfor:

<b>Aktør</b>	<b>Målhierarki</b>	<b>ICF niveau</b>	<b>Kategorier</b>	<b>Karakter</b>
Visitator og borger	Formål med indsats	Deltagelse Aktivitet	Forbedre funktionsevne  Forebygge tab af funktionsevne	
Terapeut og borger	Mål for indsats	Deltagelse Aktivitet	Forbedre funktionsevne  Forebygge tab af funktionsevne	Bevægelsesmæssig Aktivitetsmæssig Kognitiv Emotionel Social
Terapeut og borger	Delmål for indsats	Aktivitet Krop	Forbedre funktionsevne  Forebygge tab af funktionsevne	Bevægelsesmæssig Aktivitetsmæssig Kognitiv Emotionel Social

I det følgende er der givet et par eksempler på hvordan formål, mål og delmål kan formuleres. Se næste side.

### **Borger 1**

---

Formål Igen at kunne færdes selvstændigt udendørs, med henblik på at købe ind og deltage i sociale aktiviteter

Mål At gå til Brugsen i Ndr. Frihavsgade og retur.  
At kunne tage bussen, så familie og venner kan besøges.  
At kunne fortsætte med at spille bridge i bridgeklubben.

Delmål At kunne gå mindst 800 meter.  
At kunne løfte rollator op i bussen.

### **Borger 2**

---

Formål At blive bedre til at klare personlig hygiejne.

Mål At vaske sig fornedet.  
At gå sikkert på toilettet.

Delmål At kunne stå og holde balancen ved håndvasken i badeværelset.  
At kunne rejse/sætte sig, og vende sig.  
At tage tøj på i den rigtige rækkefølge.

### **Borger 3**

---

Kilde: Træning og Aktivitet, København

14. april Formål At afdække borgerens genoptræningspotentialer med henblik på at genvinde sit funktionsevneniveau som før lungebetændelse, og med henblik på evt. tildeling af relevant træningsforløb.  
IKO

# Bilag J: Standardiserede rehabiliteringsforløb

Gældende fra 1. januar 2007

"Kort ophold"	Vurdering
Observation	
	Undersøgelse
	Vurdering
Grundtræning på kropsniveau	Grundtræning på kropsniveau
Træning på aktivitetsniveau (daglige gøremål)	Træning på aktivitetsniveau (daglige gøremål)
Pædagogisk intervention	Pædagogisk intervention
Pleje/omsorg	Pleje/omsorg
Vurdering af kontekstuelle faktorer (omgivelsernes og personlige faktorer)	Vurdering af kontekstuelle faktorer (omgivelsernes og personlige faktorer)
	Konference
Planlægning af hjem-komst med visitationen	
Varighed: 1 – 3 uger	Varighed: max 3 uger

Rehabiliteringsforløb 1	Rehabiliteringsforløb 2	Rehabiliteringsforløb 3
Udslusning til eget hjem	Forebyggelse	Genoptræning
Grundtræning på kropsniveau	Grundtræning på kropsniveau	Grundtræning på kropsniveau
Træning på aktivitetsniveau (daglige gøremål)	Træning på aktivitetsniveau (daglige gøremål)	Træning på aktivitetsniveau (daglige gøremål)
	Funktionstræning på deltagelsesniveau	Funktionstræning på deltagelsesniveau
Pædagogisk intervention	Pædagogisk intervention	Pædagogisk intervention
Pleje/omsorg	Pleje/omsorg	Pleje/omsorg
Vurdering af kontekstuelle faktorer (omgivelsernes og personlige faktorer)	Vurdering af kontekstuelle faktorer (omgivelsernes og personlige faktorer)	Vurdering af kontekstuelle faktorer (omgivelsernes og personlige faktorer)
Planlægning af hjem-komst med visitationen	Planlægning af hjem-komst med visitationen	Planlægning af hjem-komst med visitationen
Varighed: max 1 uge	Varighed: 1 – 3 uger	Varighed: 1 - 8 uger

Kilde: Træning og Aktivitet København

Konceptet var især nyt på to områder: 1) De hidtidige aflastningspladser skulle ”integreres i rehabiliteringsafdelingerne” i form af korte ophold. Således skal de 202 pladser også rumme de ”korte ophold”, som tidligere var placeret som midlertidige aflastningsophold på plejehjem. 2) Vurderingskonferencen skulle ligge et stykke inde i opholdet og afslutte det der blev kaldt vurderingsforløbet. På vurderingskonferencen, hvor visitationen deltager, skal der grundlæggende tages stilling til om borgeren skal på 1) plejehjem (og helst via eget hjem), 2) direkte tilbage til eget hjem med henblik på at blive dér permanent eller 3) i et forbyggelses- eller genoptræningsforløb med henblik på at komme tilbage til eget hjem for at blive dér permanent.