

## Effektanalyse på midlertidige pladser

## Indhold

Indhold.....	1
Indledning.....	1
Baggrund: .....	1
Resultat af effektmåling på midlertidige pladser 2017 .....	2
Highlights – palliation, hjerneskade, demens, rekonvalescens.....	5
Sammenfatning og anbefaling.....	6
Konsekvenser for personalesammensætning .....	7
Kilde .....	7

## Indledning

Status for de midlertidige pladser, beskrevet ultimo 2016, gav anledning til, at udvide registreringen af effekten af et ophold på Blomstergårdens midlertidige pladser. De midlertidige pladser består af henholdsvis aflastningspladser, midlertidige pladser samt rehabiliteringspladser. Registreringen af effekten har foregået fra marts 2017 og frem. Registreringen danner baggrund for en databaseret analyse af den optimale fordeling af de forskellige typer midlertidige pladser, hvis formål er forskelligt.

## Baggrund:

### De forskellige typer af midlertidige pladser på Blomstergården:

Der er i alt 24 midlertidige pladser på Blomstergården, der fordeler sig på ca. 3 aflastningspladser, ca. 15 midlertidige pladser og 6 rehabiliteringspladser i praksis.

- **Et aflastningsophold** er en bunden opgave kommunen er forpligtet til at levere (lov om social service §84), til pårørende der har brug for aflastning af syg ægtefælle op til 3 uger x 4 årligt. Denne type plads anvendes typisk til ægtefælle med stort plejebehov, hvor den raske ægtefælle varetager flere tunge opgaver i hjemmet og/eller demens, der har brug for et ophold med skærmede trygge rammer.
- **En midlertidig plads** anvendes typisk til borgere der er for syge til at komme hjem efter sygehusophold, eller hvor det er uforsvarligt at lade borger være hjemme, fx pga brændt hus, eller lignende.
- **Et rehabiliteringsophold** har til formål, at borger udvikler, fastholder eller genvinder hele eller dele af deres funktionsevne og derved opnår en mere selvstændig livsførelse. Denne type plads benyttes ofte til borgere der efter sygehus ophold er svækkede, med brug for rehabilitering.

Vi har ikke en præcis registrering på fordelingen af de forskellige typer midlertidige pladser, dvs hvor mange borgere der får tilbudt et henholdsvis aflastnings-, midlertidigt- eller rehabiliteringsophold på Blomstergården i dag. På samme måde har vi i dag ikke en præcis viden

om, hvor mange borgere der afvises eller ikke visiteres til et midlertidigt ophold pga. kapacitetsmangel. Hertil må vi i dag basere vores vurdering på oplevelser fra praksis.

### **Oplevelser fra praksis om behovet for pladser:**

I praksis er der en oplevelse af, at der på Blomstergården altid er 2-3 borgere på aflastning. Da dette er en skal opgave, er dette en gruppe borgere der altid prioriteres plads til. I modsætning hertil, har alle visitatorer dagligt en oplevelse af at møde borgere, der kunne have effekt af et rehabiliteringsophold, for at vende en nedadgående spiral, eller opnå et højere niveau af selvhjulpethed, men som ikke henvises da kapaciteten ikke giver mulighed herfor. Disse borgere registreres ikke nogen steder.

Det faktiske behov for rehabiliteringspladser og midlertidige pladser er således ikke registreret og derfor må det aktuelle behov baseres på et skøn fra praksis. I praksis skelnes mellem om borgeren har et potentielt behov eller et reelt/uopsætteligt behov.

- Borgere med et potentielt behov er borgere som pga angst, gentagne indlæggelser, et komplekst behov for sygepleje, pleje, træning eller forebyggelse af indlæggelse og lignende.
- Borgere med uopsættelige behov er borgere som er konfuse, ikke kan betjene et nødkald, går fra hjemmet, falder ud af kørestolen pga manglende sygdomserkendelse og som ikke har pårørende der kan passe dem.

Borgere med uopsættelige behov får en midlertidig plads, eller forbliver indlagt som færdigbehandlede på sygehuset. Alle andre sendes hjem med hjemmepleje, hvor rehabiliteringen selvsagt er langt mindre intensiv og hvor effekten forventes derefter.

Visitatorerne og udskrivningsvisitatorer kommer samlet set med et forsigtigt bud på, at hvis muligheden for at tilbyde et midlertidigt ophold til alle potentielle borgere så ville yderligere 30 borgere pr. uge have gavn af et midlertidigt eller rehabiliterings ophold på Blomstergården.

For at kvalificere dette skøn er der i gang sat en registrering af borgere der, hvis muligheden var der, ville blive visiteret til et midlertidigt eller rehabiliteringsophold på Blomstergården. Der forventes anvendelige data herfra ultimo maj 2018.

Som baggrund for en samlet vurdering af, hvilke typer pladser og dermed personalesammensætning der er brug for fremadrettet, vil data fra den sundhedsfaglige effektanalyse af de registrerede opholdene blive gennemgået i det følgende.

## **Resultat af effektmåling på midlertidige pladser 2017**

Der er registreret data på alle rehabiliteringsforløb, men ikke på alle forløb på henholdsvis aflastning- og midlertidig plads. Fordelingen af pladser er derfor ikke retvisende i datamaterialet<sup>1</sup>.

Den registrerede effekt af ophold er pålidelig og kan anvendes i den samlede vurdering som følger:

---

<sup>1</sup> Datamaterialet kan tilgås [her](#). Materialet opdateres løbende i takt med nye borgere registreres.

- Tabel 1: Viser aldersfordelingen blandt de registrerede forløb. Aldersfordelingen er som forventet, med en markant stigning i gruppen af 61-70 årige (16%), flest borgere mellem 71-80 år (41%) og en stor andel i gruppen 81-90 årige (34%).
- Tabel 2: Viser fordelingen af de registrerede forløb på typer af pladser. Denne fordeling afspejler ikke virkeligheden, da alle aflastnings- og midlertidige pladser ikke er registreret.
- Tabel 3+4: Viser hvor borgerne henvises fra til de forskellige typer af pladser og afspejler virkeligheden, hvor alle borgere der henvises til aflastningsophold kommer fra hjemmet og størstedelen af borgerne der henvises til midlertidigt- og rehabiliteringsophold kommer fra sygehus. Denne fordeling er samtidig udtryk for, at borgere i hjemmene ofte ikke får mulighed for et intensivt rehabiliteringsophold pga det store tryk af udskrivningsklare borgere fra sygehusene. Om borgeren kommer på en midlertidig plads eller en rehabiliteringsplads fra sygehuset er i dag ikke udtryk for borgerens behov, men hvilken plads der er ledig.  
En interessant observation er borgere der henvises fra hospice, hvilket er udtryk for borgere der i første omgang er henvist til hospice, dvs de er terminale og i den sidste fase af livet, men er henvist retur til kommunen igen. Disse borgere må forventes at have brug for palliativ (lindrende) pleje, mere end et ophold på et intensivt rehabiliteringssted. I praksis opleves det at 1 borger om måneden har brug for/ønsker en hospice plads, men ikke kan få dette og yderligere 5-7 om ugen har brug for et palliativt ophold. Sidst nævnte gruppe gemmer sig under henvisningen "uholdbar situation i hjemmet (pga konfusion eller lign.). Disse fremgår af tabel 6.
- Tabel 5: Viser hvilke diagnoser borgere henvises med og udtrykker som forventet en overrepræsentation af apopleksi (hjerneblødning/blodprop i hjernen), demens og nedsat funktionsevne.  
I praksis opleves at 50-75% af alle borgere på midlertidige pladser har en demens problematik (ikke nødvendigvis primær diagnose) og at andelen af diagnosen: nedsat funktionsevne efter indlæggelse er væsentlig højere i praksis
- Tabel 6: Viser den overordnede årsag til opholdet. Der er registreret flere faktorer pr. ophold og der kan derfor ikke siges noget konklusivt, men fordelingen i henholdsvis tabel a,b og c er genkendelig fra praksis.
- Tabel 7: Viser hvilken effekt der har været af de forskellige typer ophold.  
Tabel 7a, viser som forventet, at der for 50% vedkommende, ingen effekt er af et aflastningsophold på de målte parametre.  
Borgere på et aflastningsophold har i højere grad effekt af opholdet ved at opnå bedre ernæringstilstand, stabil medicinadministration, hjælp til ansøgning om personlige hjælpemidler og lign. Men disse parametre er ikke registreret i denne sammenhæng.

Tabel 7b, viser 35% ikke har effekt af midlertidig ophold, hvilket formentlig svarer til de borgere der i praksis venter på fast plads i plejebolig (henvist pga uholdbar situation i hjemmet), eller de tidligere optalte borger der er terminale.

Tabel 7c, viser stor effekt af et rehabiliteringsophold på parametre der angiver, at borgerne har opnået større fysisk og mental funktionsevne. Tabellen viser samtidig, at 20% ikke har effekt af rehabiliteringsophold. Dette kan forklares med de borgere der indlægges og derfor afslutter forløbet, eller som faktisk er for dårlige fysisk eller mentalt til at indgå i et rehabiliteringsforløb. Denne observation giver anledning til en vurderingen af, om opfølgningen og justeringen af de tildelte pladser er optimal, set ud fra et drifts optimerings perspektiv.

Tabel 8: Viser effekt af opholdet set i forhold til opholdets længde. Tabellen viser en markant stigning i effekt på ophold der varer 21-30 dage og igen på ophold der varer mere end 50 dage. Effekten efter et ophold på mere end 50 dage kan være udtryk for, at forløbet er kommet i gang for tidligt. Denne gruppe af borgere, kan være borgere der de første 2-3 uger faktisk var for syge til at indgå i et genoptræningsforløb og derfor først senere i forløbet opnår effekt på de målte parametre.

På baggrund af disse data vil et rehabiliteringsopholds optimale varighed være 21-30 dage forudsat, at borgeren er fysisk og mentalt klar til rehabiliteringsforløbet, dvs. de er mobiliseret, har god ernæringsstatus og er smertedækket. Andre sammenlignelige kommuner opererer ligeledes med ophold af 3 ugers varighed (med mulighed for individuel vurdering)

Tabel 9: Viser effekt af opholdet set ud fra henvisningsdiagnosen og her viser Apopleksi, som forventet, at have god effekt på de målte parametre der udtrykker fysisk og mental funktionsevne. De borgere med apopleksi, der ikke har effekt af opholdet (17%) er formentlig svarende til de borgere der venter på plejebolig. At kun 11% af borgere med nedsat funktionsevne har effekt på Barthelscoren (udtryk for fysisk funktionsevne) er måske udtryk for, at disse borgere ikke er registreret i lige så høj grad, som borgere på rehabiliteringspladserne, som nævnt indledningsvist i dette afsnit.

Tabel 10: Retter fokus på de borgere der ikke har haft effekt af opholdet og viser, at en del af de tidligere nævnte borgere med apopleksi ikke har haft effekt. Diagnosen apopleksi rummer således både borgere der har rigtig god effekt af opholdet og borger, med samme diagnose, der ikke har effekt. Man kan på den baggrund ikke kun anvende diagnosen som sikker henvisningsårsag til et effektivt ophold. For at sikre en optimal effekt på en større andel af de midlertidige pladser, er man således nødt til at sikre en arbejds gang, hvor man løbende følger op og lægger alternative planer for den gruppe af borgerne som viser sig ikke at have effekt. På den måde vil pladsen frigives til en ny borger der har effekt af opholdet.

Tabel 11-14: Indeholder ikke data der kan belyse effekten.

Tabel 15: Dækker over et meget lille datamateriale og skal derfor håndteres i overensstemmelse hermed. Dataene giver en pejling på, hvilke borgere der ved ankomst var så dårlige, at de var i risiko for genindlæggelse allerede ved ankomst til Blomstergården. Disse data afspejler fordelingen af borgere i de forskellige diagnosegrupper på de forskellige typer af pladser.

Tabel 16 a,b,c: Viser at 9 borgere med apopleksi blev indlagt under opholdet, hvilket er meget ud af 43 borgere i alt. Oplysninger fra praksis fortæller, at disse borgere indlægges med ernæringsproblemer, da apopleksien kan give synkebesvær med risiko for lungebetændelse til følge. En afstemning af behandlingsansvar mellem sygehuslæge og praktiserende læge i forhold til ernæring via fx sonde, kunne hjælpe denne gruppe borgere til at undgå indlæggelse og dermed danne fundamentet for at borgeren kan opnå øget effekt af opholdet.

Tabel 17: Viser henvisningssted set i forhold til indlæggelser under opholdet, hvilket ikke føjer nye oplysninger til.

## Highlights – palliation, hjerneskade, demens, rekonvalescens

På baggrund af ovenstående gennemgang, ridses de interessant highlights op i det følgende.

### **Stor effekt af rehabilitering og midlertidigt ophold på Blomstergården:**

Data viser en stor effekt af ophold på både en midlertidig- og en rehabiliteringsplads med overvægt til effekten af et rehabiliteringsophold.

### **Varigheden opholdet:**

Varigheden af opholdet synes optimal indenfor 21-30 dage, hvorfor det kan anbefales at etableres en praksis, hvor et ophold på Blomstergården fastsættes til 21-30 dage. På samme måde viser data, at der er borgere der ikke har effekt af opholdet og det vil derfor give mening at kunne give disse borgere et andet tilbud og således frigive den midlertidige plads på Blomstergården til en anden borger der kan have positiv effekt af et ophold. Den positive effekt, set i forhold til øget grad af selvhjulpethed, forventes at kunne ses direkte afspejlet i efterfølgende nedsat behov for praksis hjælp og pleje.

Den beskrevne praksis med at afslutte et forløb og tilbyde noget andet målrettet den enkelte borger kan kun iværksættes, hvis der reelt kan mobiliseres et andet tilbud. I dag kan dette andet tilbud være begrænset idet de midlertidige pladser kun tildeles de absolut dårligste borgere.

### **Brug pladsen til de borger der har effekt og etabler andre tilbud til de øvrige:**

Data, understøttet af erfaring fra praksis, retter fokus på borgere der ligger på de midlertidige pladser, som man med fordel kan give et målrettet tilbud, til det de har brug for. Dette gælder for eksempel borgere der ønsker et hospiceophold, eller på anden vis har brug for palliativ pleje. Disse borgere kunne være bedre hjulpet med et tilbud (et palliationsforløb) målrettet dette behov.

Det samme kan siges at gøres sig gældende for borgere på aflastning. Borgere på aflastning med demenssygdom, har brug for de stabile og trygge rammer og disse trygge rammer er ikke i fokus i et hus med et intensivt rehabiliteringsmiljø.

En anden gruppe er borgere der har brug for et særligt tilbud, er de nyligt udskrevne fra sygehus. Disse borgere er ofte for dårlige til at træne og for syge til at være hjemme. Disse borgere har brug for nogle ugers rekonvalescens med fokus på smertelindring, ernæring, sygepleje og mobilisering, for at blive klar til et intensivt rehabiliteringsforløb.

Borgere med hjerneskade har ikke været nævnt i denne rapport, da denne diagnose ikke har været mulig at vælge i registreringen. Der ligger imidlertid borgere med hjerneskader på de midlertidige pladser/rehabiliteringsophold, som har forløb af over 6 måneders varighed. Man kan med fordel udarbejde en businesscase på, hvad prisen for et købt tilbud til disse borgere koster mod gevinsten ved frigivelse af rehabiliteringspladserne til andre borgere der efter et 3 ugers træningsophold vil have mindre behov for hjælp. Man vil således kunne træne 8 borgere til øget selvhjulpethed i samme periode, som en person med hjerneskade optog en plads, hvis man købte et målrettet tilbud til borgeren med hjerneskade.

## Sammenfatning og anbefaling

Samlet set, kan man på baggrund af ovenstående sige, at vi indenfor de nuværende rammer på Blomstergården kan tilbyde et rehabiliteringsophold ophold til langt flere borgere hvis:

- Borgere med behov for palliativ pleje;
- Borgere med demens (på aflastning); samt
- Borgere med hjerneskade

fik andet tilbud og således frigav pladsen til en langt større gruppe af borgere, der kunne opnå en stor effekt ved et ophold på Blomstergården, et tilbud de i dag ikke får tilbudt pga begrænsninger i kapaciteten.

Ved en øgning i det samlede antal af midlertidige pladser, vil langt flere af de borgere der i dag vurderes til at have et potentielt behov for rehabilitering, men som aldrig henvises pga kapacitetsbegrænsninger, kunne tilbydes et effektivt ophold. Øgning af kapaciteten med 1 plads vil således kunne dække behovet for op til 17 borgere om året.

Varigheden af et ophold kan af driftsmæssige overvejelser, data fra denne rapport og erfaringer fra tidligere praksis med fordel fastsættes til at vare 3 uger. Hvis alle pladser kører i 3 ugers rul dannes grundlaget for en stabil drift. Borgere der tilbydes et rekonvalescens ophold kan således efterfølgende tilbydes et rehabiliteringsophold efter afbrudt af et kortvarigt ophold i hjemmet til der er en plads ledig. Forudsætning for dette er at der etableres eller anvendes andre tilbud til de ovenfor nævnte grupper.

Der vil være behov for tæt opfølgning på alle forløb, så fejlvisiteringen hurtigt identificeres, nyt relevant tilbud etableres til borgeren og pladsen derved frigives til en anden borger, der kan have glæde af opholdet, med direkte effekt på graden af selvhjulpethed og dermed højere livskvalitet.

**Aflastningerne** kan tilbydes på nogle af de øvrige plejecentre, endda med bedre mulighed for skærmet ophold som denne gruppe af borgere har brug for.

**Palliationsophold** kan foregå i hjemmet hvis borger er tryk ved det. Hjemme og sygepleje kan varetage plejen. Alternativt kan man overveje at etablere nogle pladser hvor personalesammensætningen er målrettet denne gruppe borgeres behov.

**Hjerneskodeophold** kan tilbydes i allerede etablerede specialiserede tilbud andre steder netop målrettet denne gruppe af borgere.

## Konsekvenser for personalesammensætning

Personalesammensætningen på de 6 rehabiliteringspladser kendetegnes ved tilknytningen af 2 terapeuter. Ved at ændre borgersammensætningen på pladserne og tilsvarende personalesammensætningen med en større andel af terapeuter og sundhedsfagligt personale målrettet borgergruppen, vil ressourcerne kunne anvendes mere fleksibelt og være mindre sårbar i driften end tilfældet er i dag. En større fleksibilitet vil således betyde at ressourcerne kan tilpasses den enkelte borgers behov, holdet sættes ud fra opgaven, i højere grad end det er pladsen med tilhørende personale der definerer muligheden.

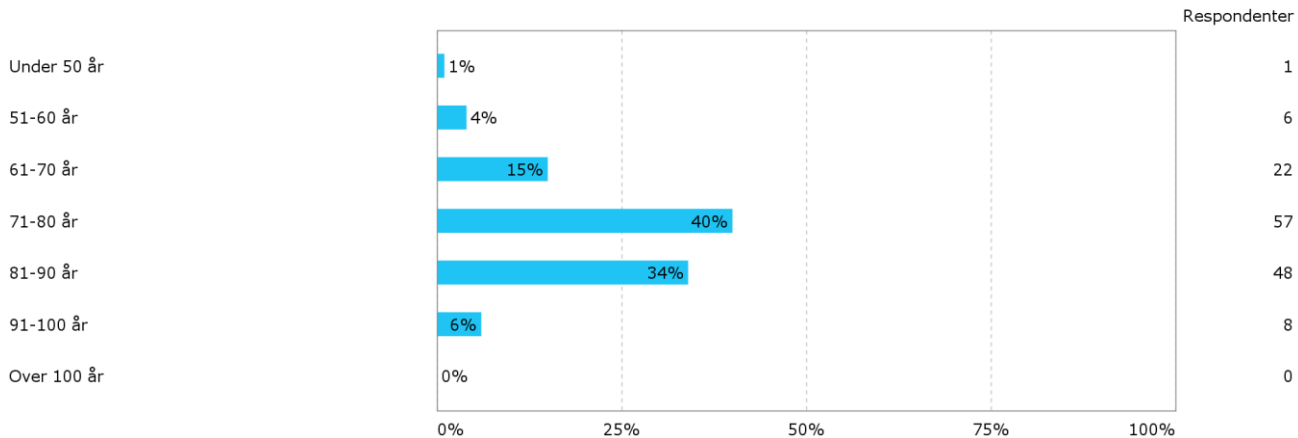
## Kilde

KL's: Definition af midlertidige døgndækkede pladser

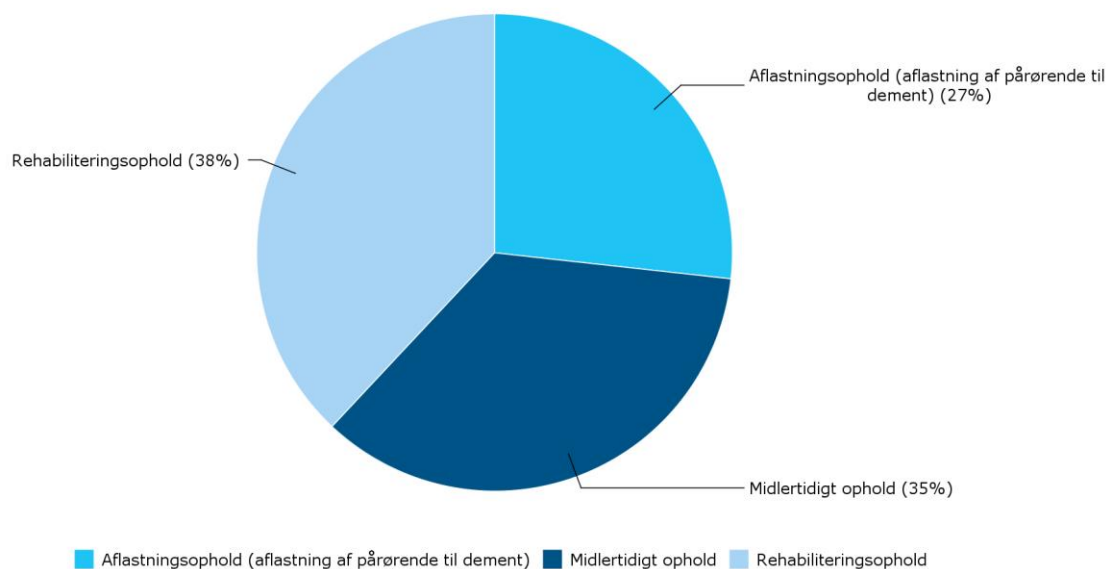
[https://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id\\_79044/cf\\_202/PLO\\_og\\_KL\\_-\\_Definition\\_af\\_midlertidige\\_d-gnd-kkede.PDF](https://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_79044/cf_202/PLO_og_KL_-_Definition_af_midlertidige_d-gnd-kkede.PDF)

# Ophold på Blomstergården

## 1. Borgers alder



## 2. Opholdets type

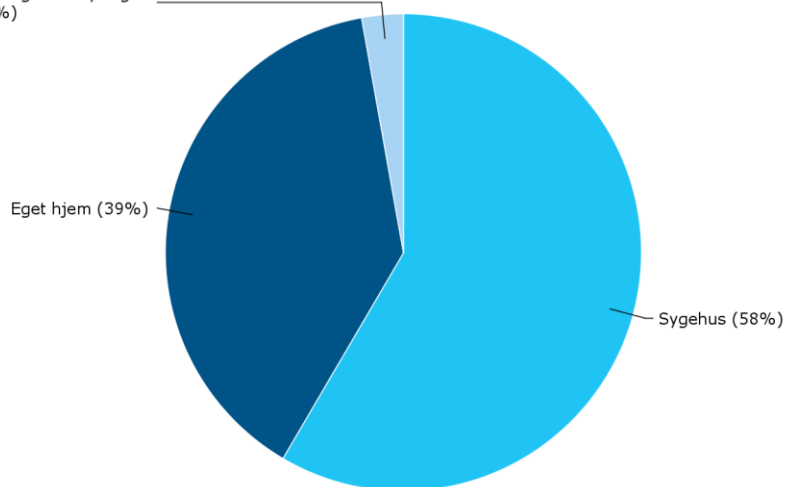




# Henvisning

## 3. Hvor er borgeren henvist fra?

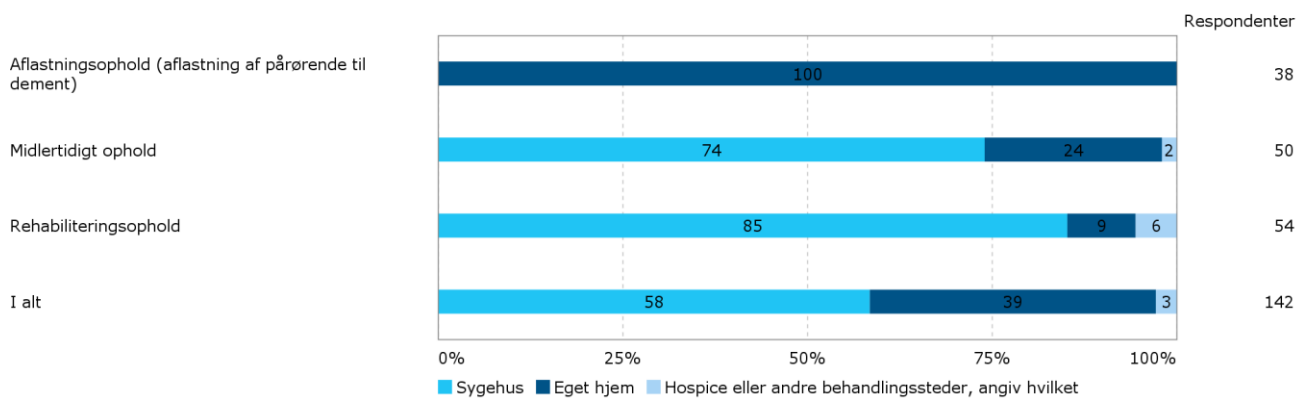
Hospice eller andre behandlingssteder, angiv hvilket (3%)



■ Sygehus ■ Eget hjem ■ Hospice eller andre behandlingssteder, angiv hvilket

## 4. Andel af borgere, der er henvist fra sygehus, eget hjem, hospice eller andre behandlingssteder

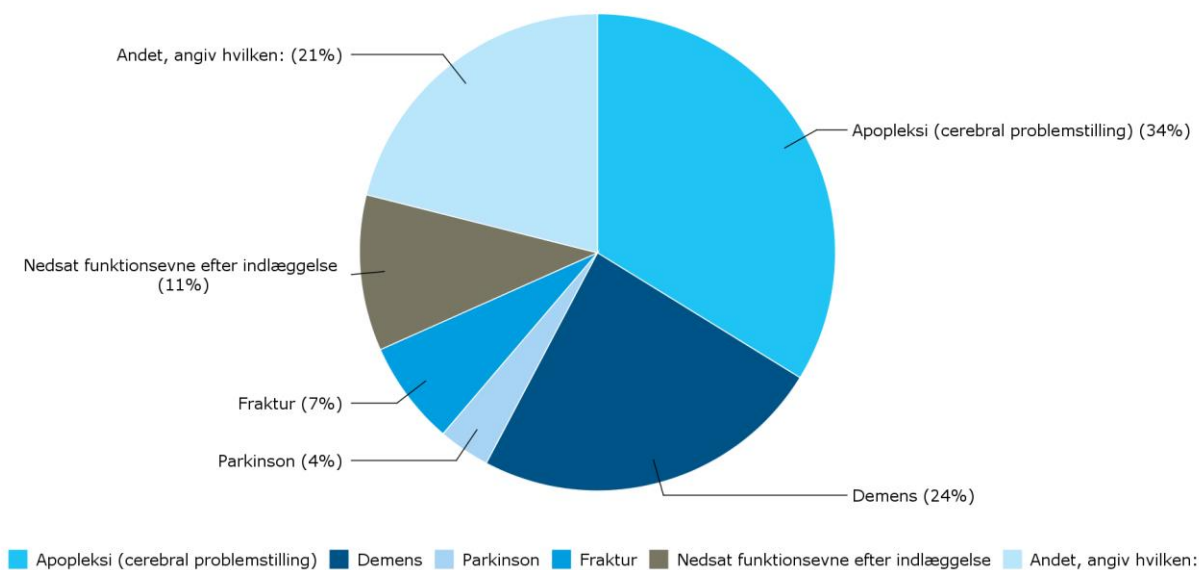
Krydset med: Opholdets type



■ Sygehus ■ Eget hjem ■ Hospice eller andre behandlingssteder, angiv hvilket

# Diagnose

## 5. Borgers primære diagnose

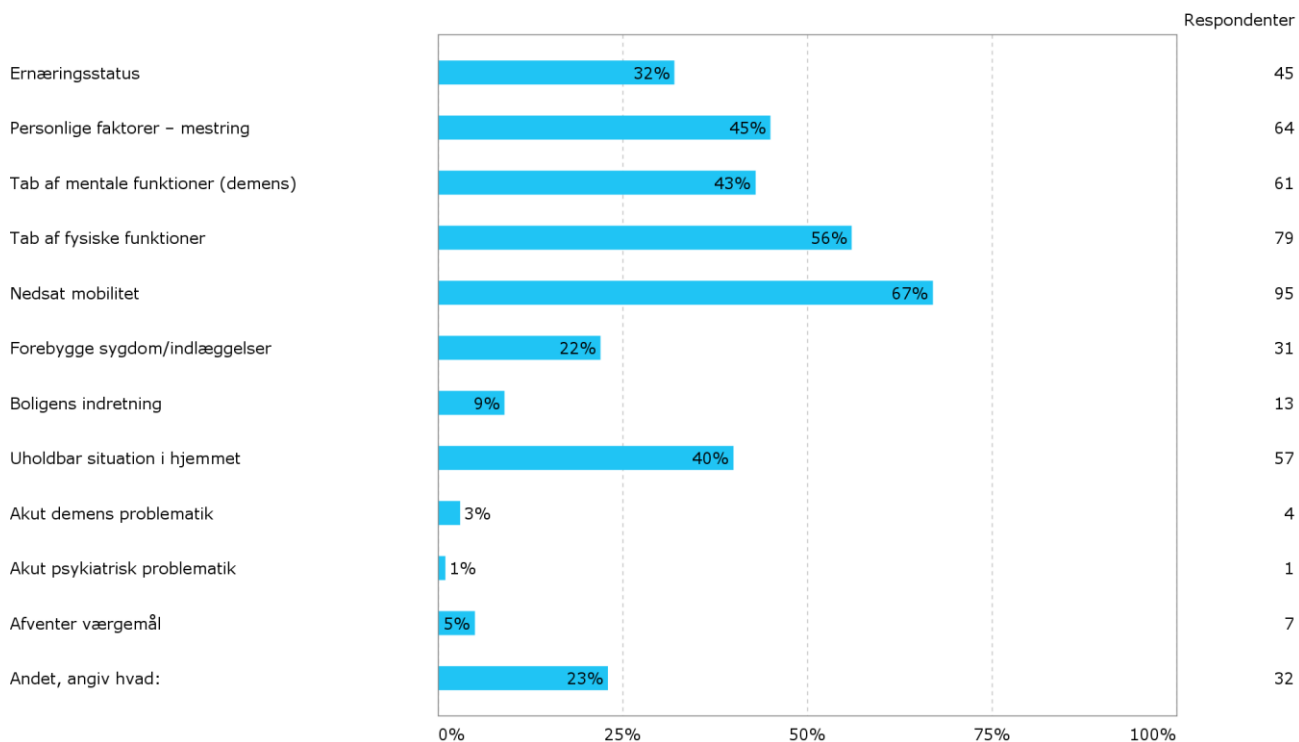


### 5a. Borgers primære diagnose

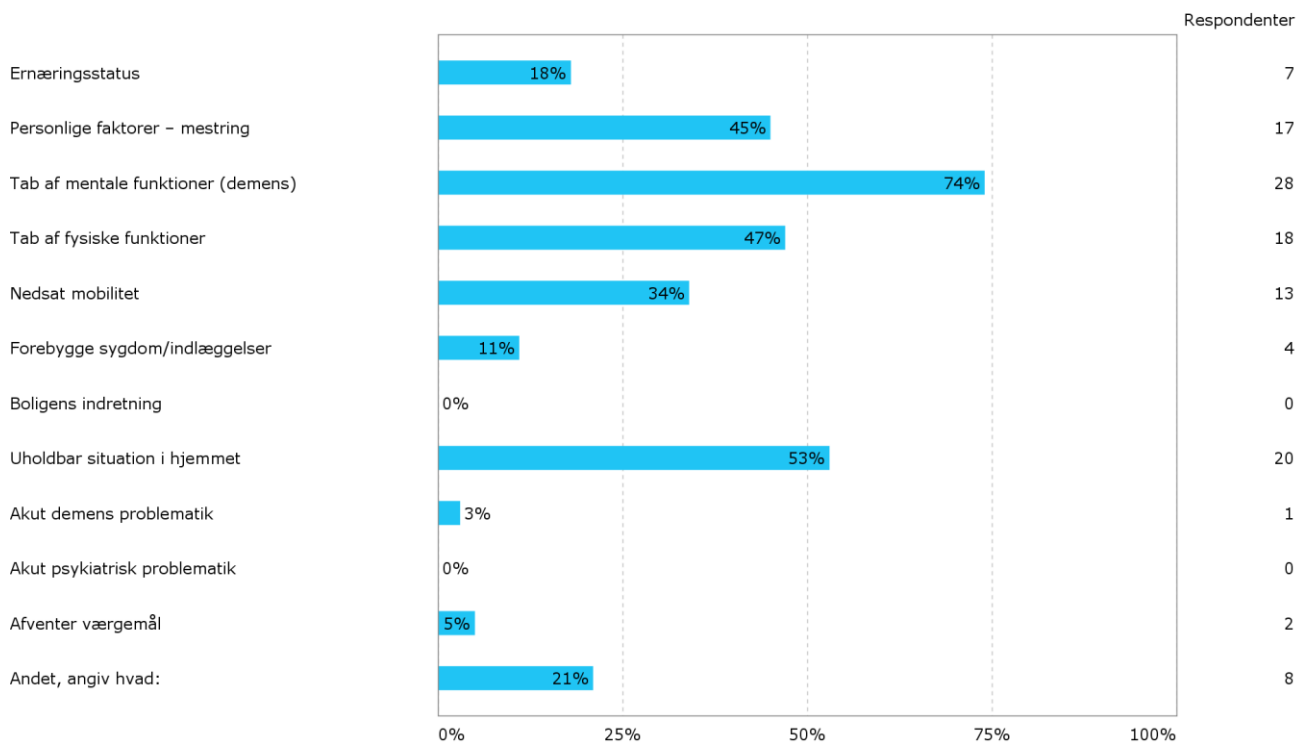
	Respondenter	Procent
Apopleksi (cerebral problemstilling)	48	33,8%
Demens	34	23,9%
Parkinson	5	3,5%
Fraktur	10	7,0%
Nedsat funktionsevne efter indlæggelse	15	10,6%
Andet, angiv hvilken:	30	21,1%
I alt	142	100,0%

# Årsager til opholdet

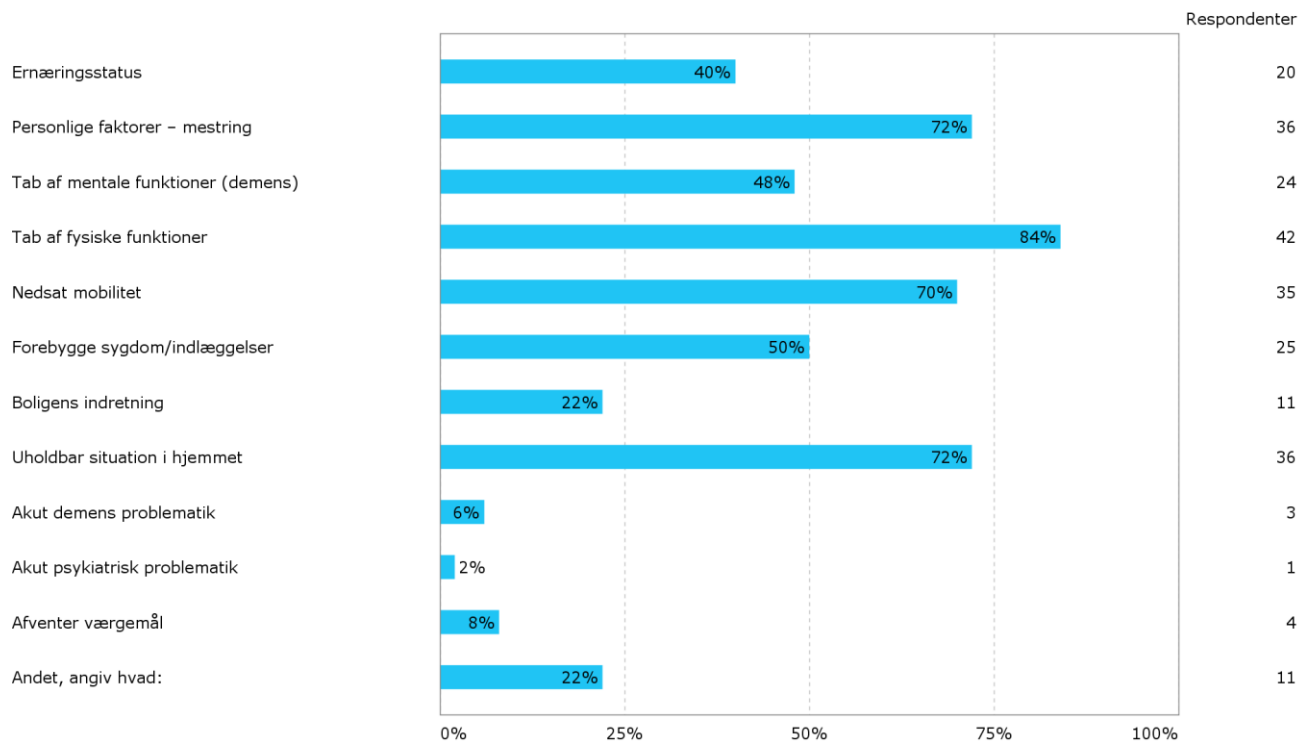
## 6. Overordnet årsag til opholdet (alle typer ophold)



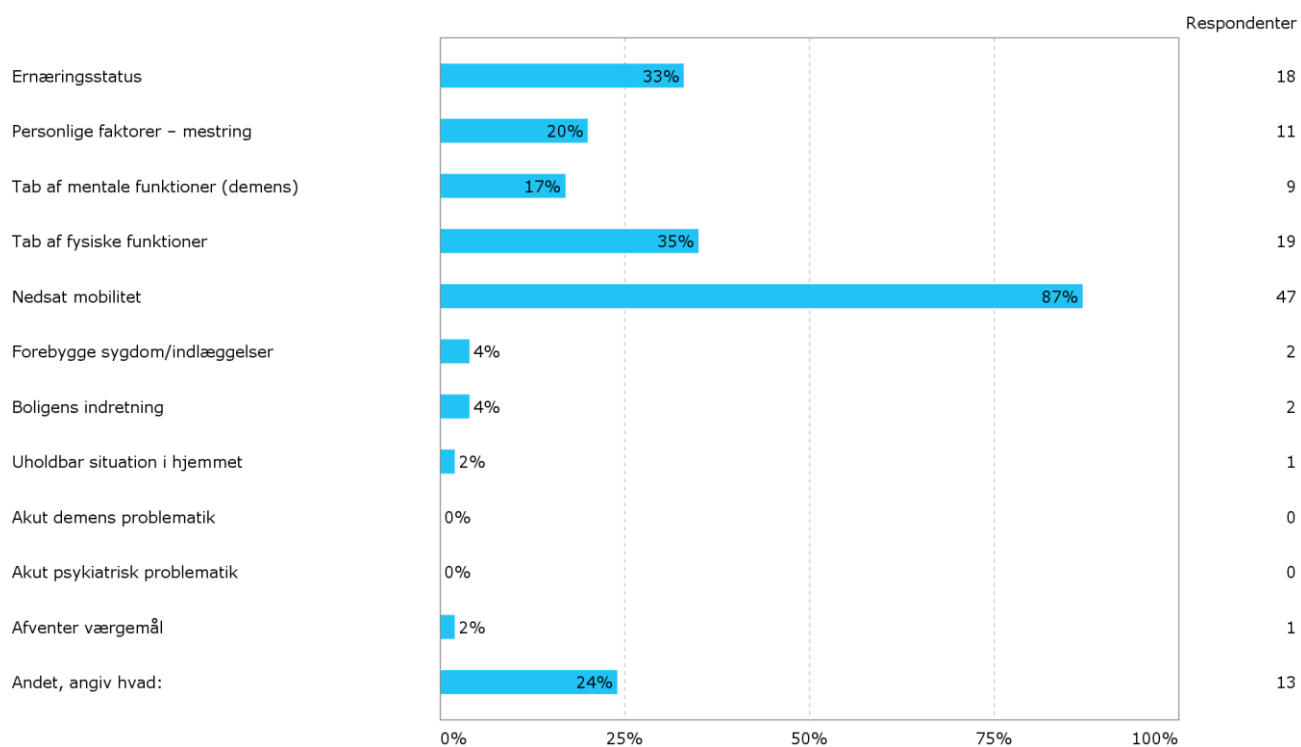
## 6a. AFLASTNINGSOPHOLD: Overordnet årsag til opholdet



## 6b. MIDLERTIDIGT OPHOLD: Overordnet årsag til opholdet

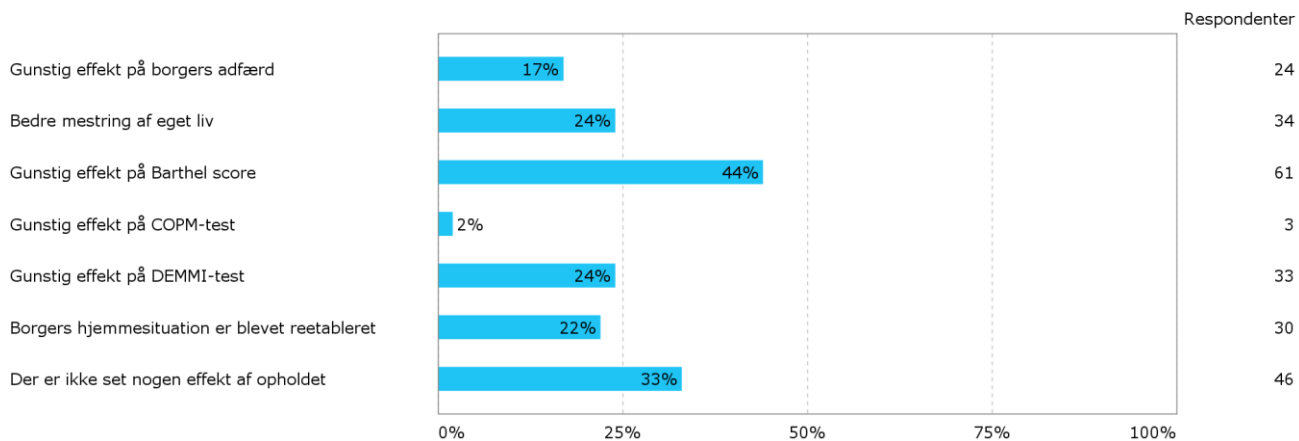


## 6c. REHABILITERINGSOPHOLD: Overordnet årsag til opholdet

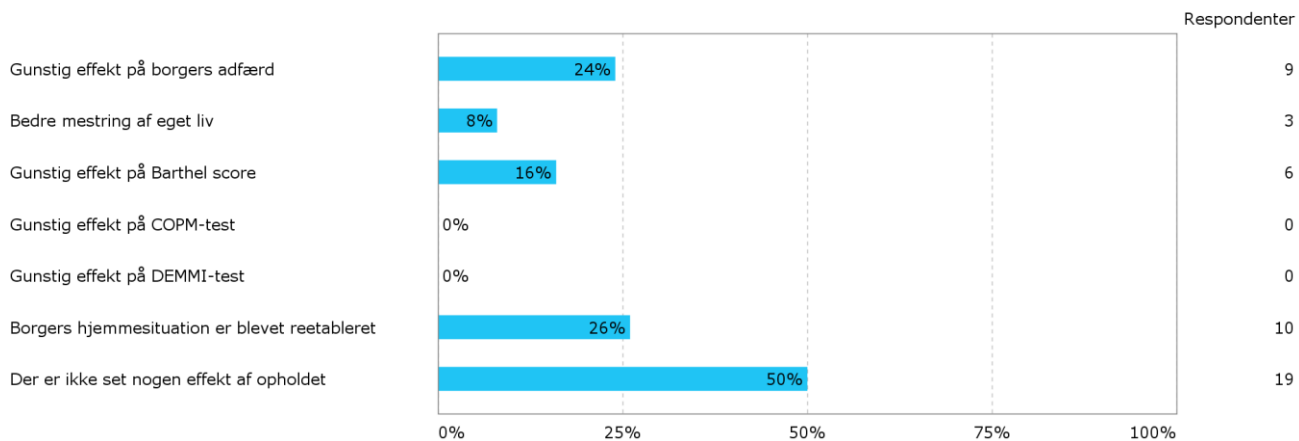


## Effekt af opholdet

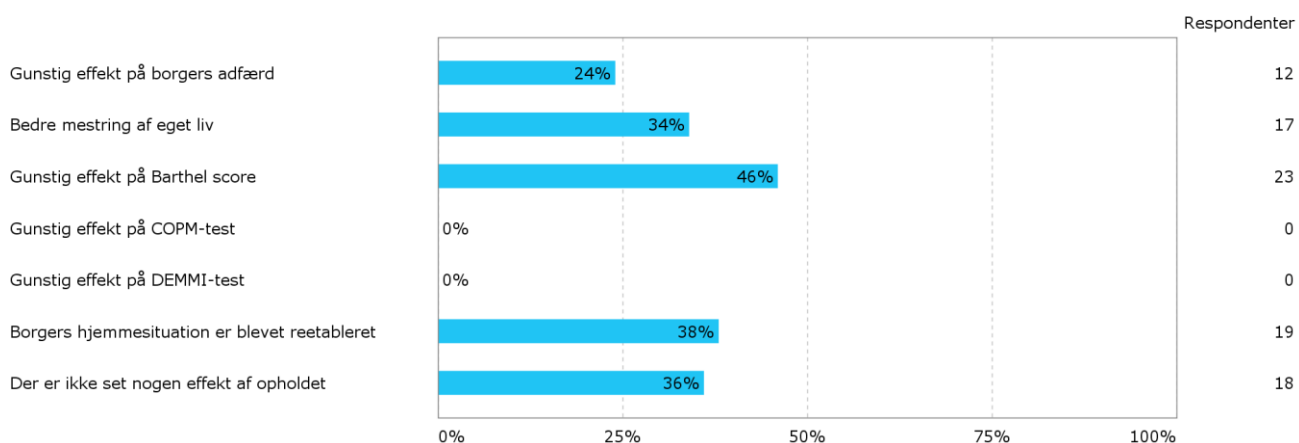
### 7. Områder hvor der er set en effekt af opholdet (alle typer ophold)



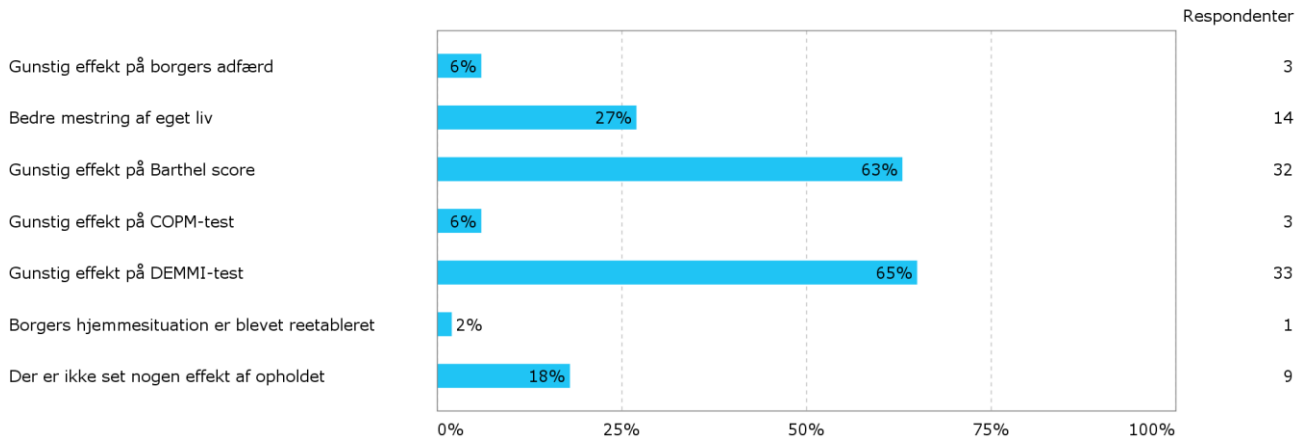
### 7a. AFLASTNINGSOPHOLD: Områder hvor der er set en effekt af opholdet



### 7b. MIDLERTIDIGT OPHOLD: Områder hvor der er set en effekt af opholdet



### 7c. REHABILITERINGSOPHOLD: Områder hvor der er set en effekt af opholdet



## 8. Effekt af opholdet set i forhold til opholdets længde

### 8. På hvilke områder har der været effekt af opholdet

Krydset med: Hvor længe har opholdet været?

	0-10 dage	11-20 dage	21-30 dage	31-40 dage	41-50 dage	Mere end 50 dage	I alt
Gunstig effekt på borgers adfærd	4	6	3	0	2	8	16,8%
Bedre mestring af eget liv	1	7	7	1	6	11	24,1%
Gunstig effekt på Barthel score	4	7	20	2	6	20	43,1%
Gunstig effekt på COPM-test	0	1	1	0	0	1	2,2%
Gunstig effekt på DEMMI-test	2	2	8	2	5	13	23,4%
Borgers hjemmesituation er blevet reetableret	3	8	7	1	1	9	21,2%
Der er ikke set nogen effekt af opholdet	21	7	10	4	1	3	33,6%
I alt	30	25	35	7	9	31	137

## 9. Effekt af opholdet set i forhold til borgers primære diagnose

### Effekt set i forhold til borgers primære diagnose

Krydset med: Effekt set i forhold til borgers primære diagnose

## 10. Effekt af opholdet set i forhold til henvisningssted

### På hvilke områder har der været en effekt af opholdet?

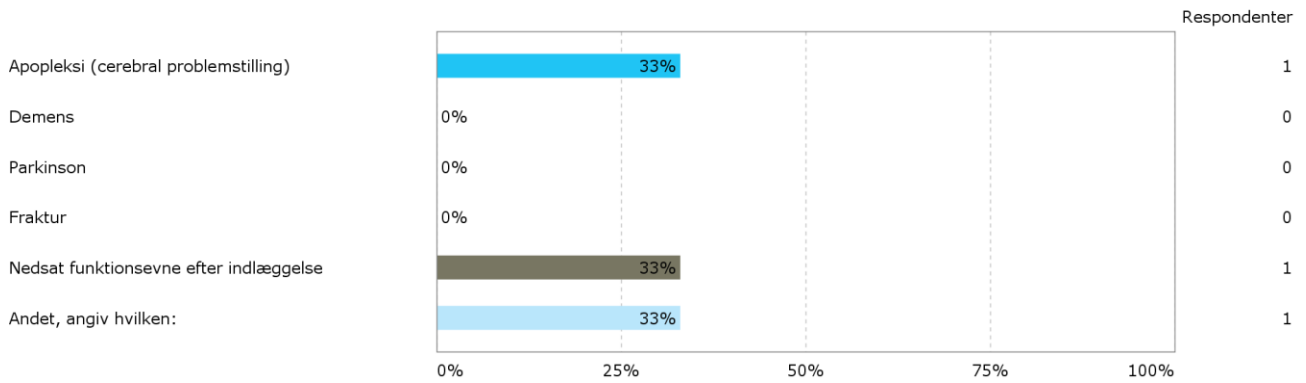
Krydset med: Hvor er borgeren henvist fra?

	Sygehus	Eget hjem	Hospice eller andre behandlingssteder, angiv hvilket	I alt
Gunstig effekt på borgers adfærd	13	11	0	17,3%
Bedre mestring af eget liv	28	6	0	24,5%
Gunstig effekt på Barthel score	49	10	2	43,9%
Gunstig effekt på COPM-test	3	0	0	2,2%
Gunstig effekt på DEMMI-test	29	3	1	23,7%
Borgers hjemmesituation er blevet reetableret	16	14	0	21,6%
Der er ikke set nogen effekt af opholdet	18	26	2	33,1%
I alt	81	54	4	139

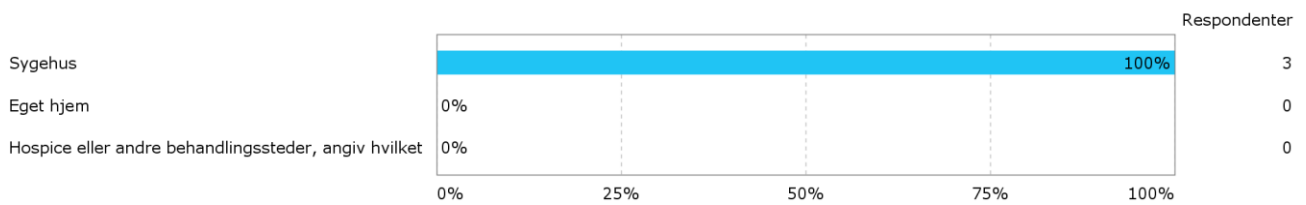


## Rehabiliteringsophold

### 10. Borgers primære diagnose sammenlignet med at de ikke har været i stand til at deltage



### 11. Hvor borgeren er henvist fra sammenlignet med at de ikke har været i stand til at deltage



## 12. Barthel score før opholdet

Opdelt på: Har borger været i stand til at deltage?

	Skala minimum	Skala maksimum	Indeks	Respondenter
Ja	-	-	-	35
Delvist	-	-	-	13
Nej	-	-	-	3
I alt	-	-	-	51

## 13. DEMMI resultat før opholdet

Opdelt på: Har borger været i stand til at deltage?

	Skala minimum	Skala maksimum	Indeks	Respondenter
Ja	-	-	-	35
Delvist	-	-	-	13
Nej	-	-	-	3
I alt	-	-	-	51

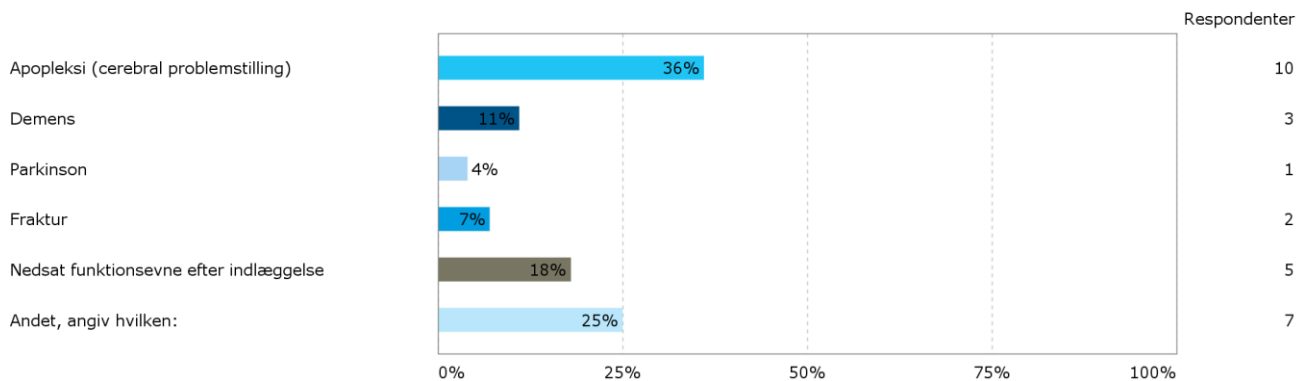
## 14. COPM resultat før opholdet

Opdelt på: Har borger været i stand til at deltage?

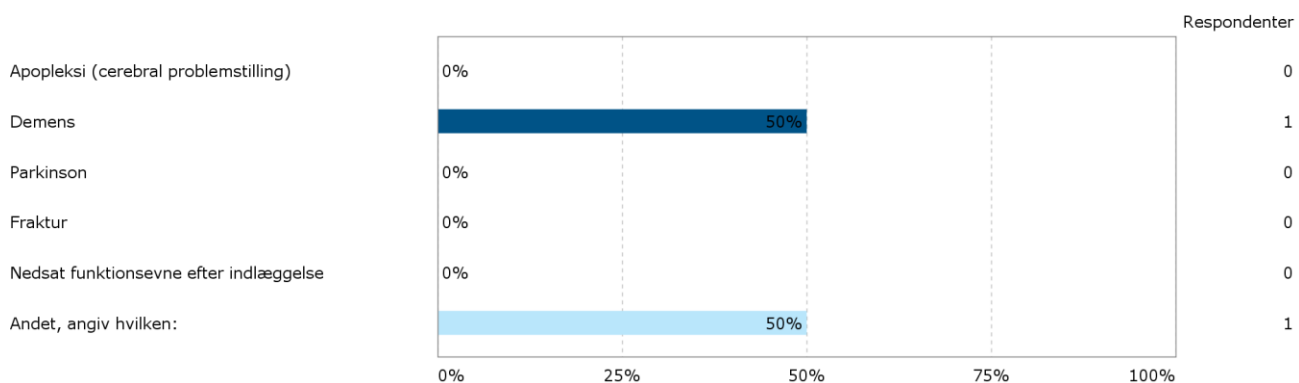
	Skala minimum	Skala maksimum	Indeks	Respondenter
Ja	-	-	-	0
Delvist	-	-	-	0
Nej	-	-	-	0
I alt	-	-	-	0

## Diagnose og risiko for indlæggelse ved ankomst

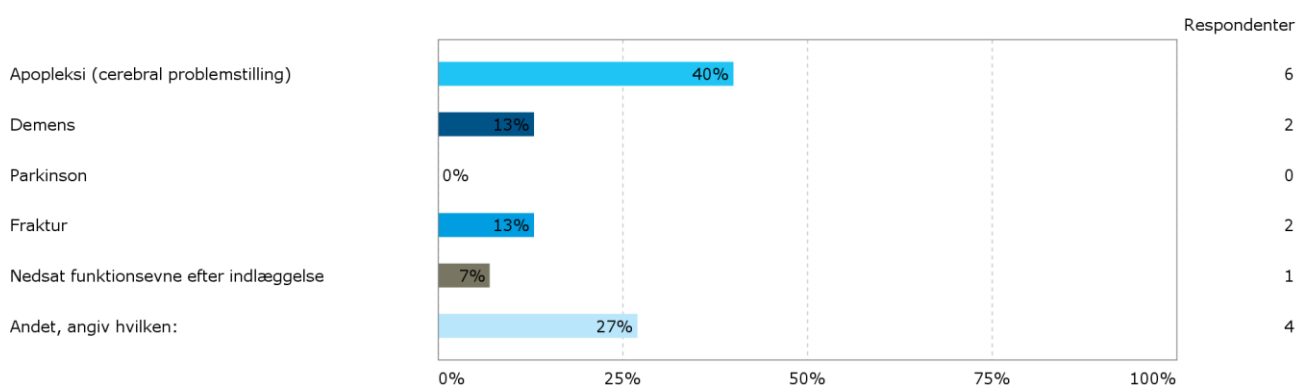
### 15. Borgers primære diagnose sammenlignet med om borgeren var i risiko for indlæggelse ved ankomst (alle typer ophold)



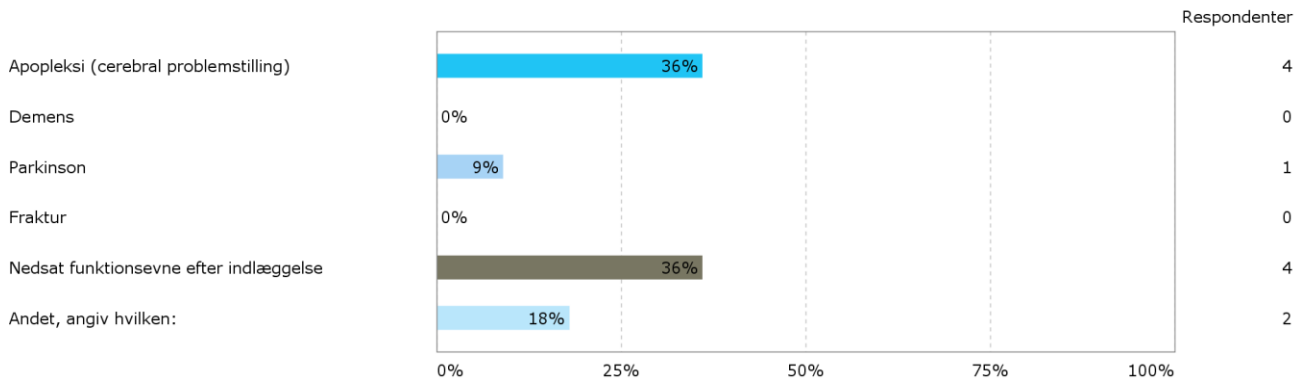
### 15a. AFLASTNINGSOPHOLD: Borgers primære diagnose sammenlignet med om borgeren var i risiko for indlæggelse ved ankomst



### 15b. MIDLERTIDIGT OPHOLD: Borgers primære diagnose sammenlignet med om borgeren var i risiko for indlæggelse ved ankomst

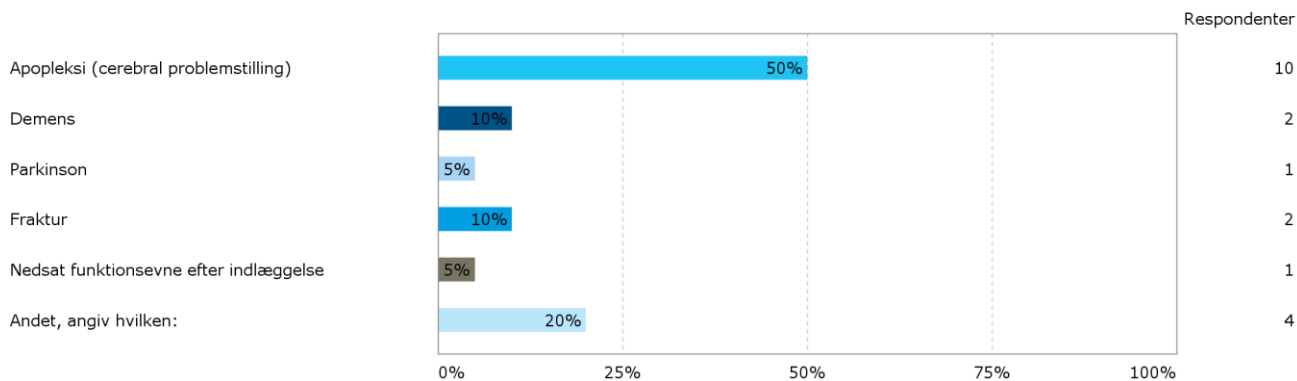


### 15c. REHABILITERINGSOPHOLD: Borgers primære diagnose sammenlignet med om borgeren var i risiko for indlæggelse ved ankomst

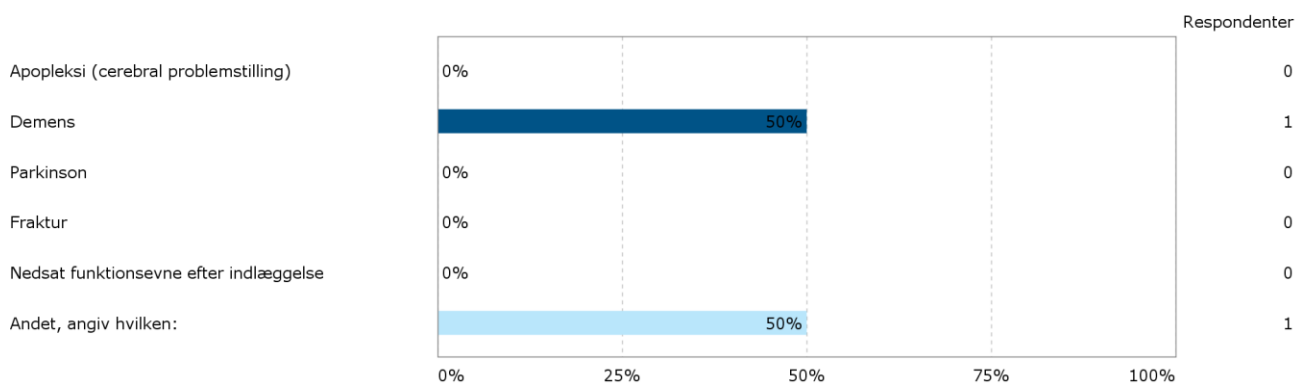


## Diagnose og indlæggelser under opholdet

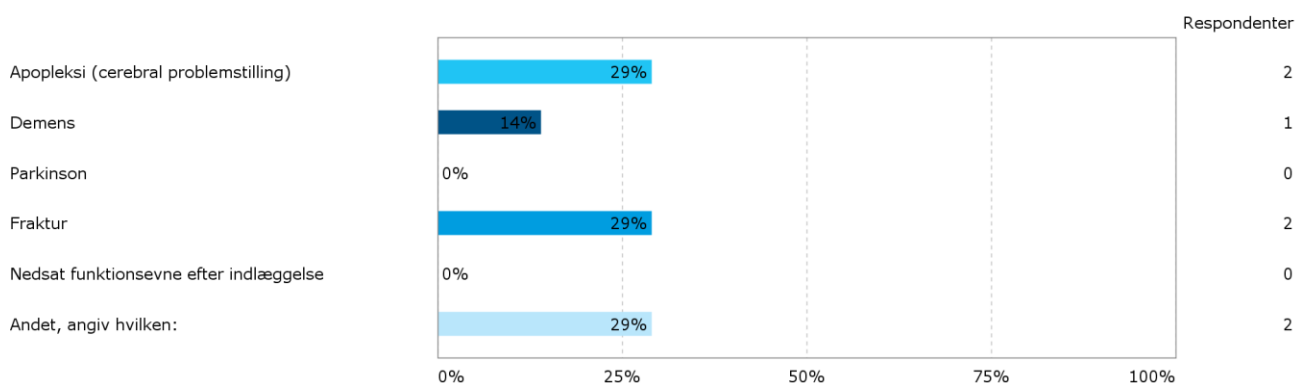
### 16. Borgers primære diagnose sammenlignet med om de blev indlagt under opholdet (alle typer ophold)



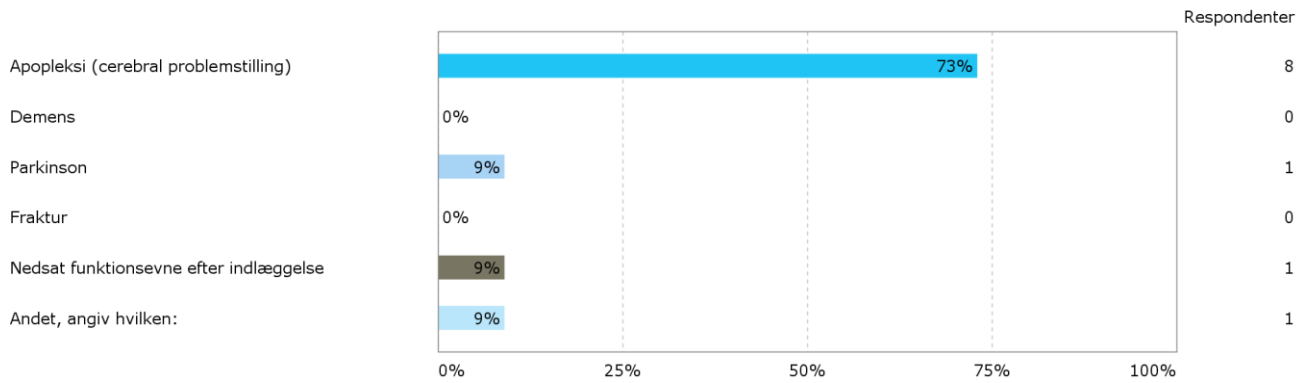
### 16a. AFLASTNINGSOPHOLD: Borgers primære diagnose sammenlignet med om de blev indlagt under opholdet



### 16b. MIDLERTIDIGT OPHOLD: Borgers primære diagnose sammenlignet med om de blev indlagt under opholdet

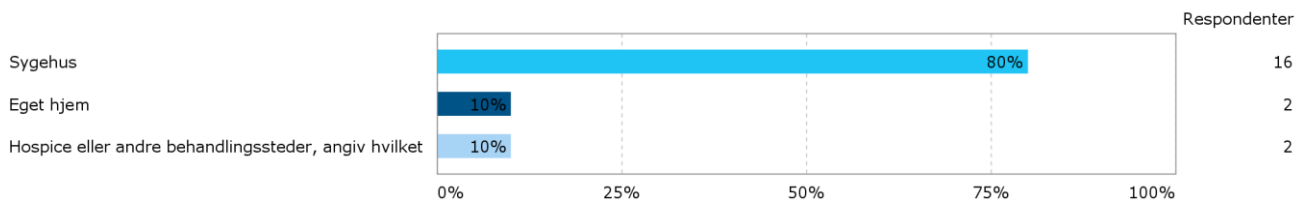


### 16c. REHABILITERINGSOPHOLD: Borgers primære diagnose sammenlignet med om de blev indlagt under opholdet

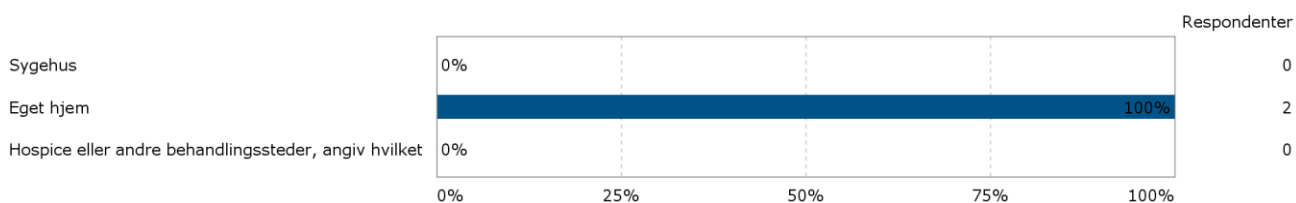


## Henvisningssted og indlæggelser under opholdet

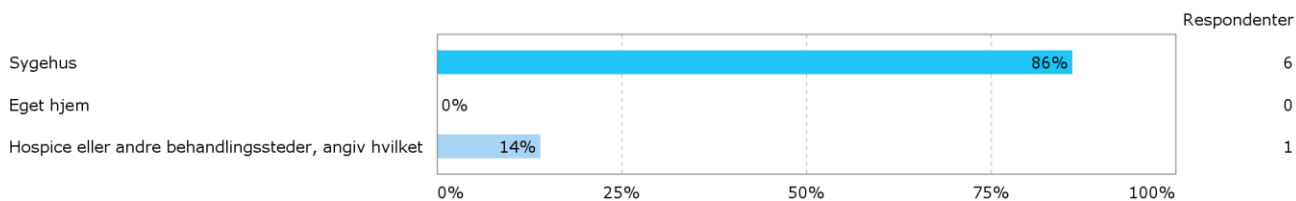
### 17. Henvisningssted sammenlignet med om borgeren blev indlagt under opholdet (alle typer ophold)



### 17a. AFLASTNINGSOPHOLD: Henvisningssted sammenlignet med om borgeren blev indlagt under opholdet



### 17b. MIDLERTIDIGT OPHOLD: Henvisningssted sammenlignet med om borgeren blev indlagt under opholdet



### 17c. REHABILITERINGSOPHOLD: Henvisningssted sammenlignet med om borgeren blev indlagt under opholdet

