



Bilag 1.

Plan for de midlertidige døgnpladser i Københavns Kommune

1. Introduktion

Københavns Kommune råder over en række midlertidige døgnplejepladser. Imidlertid er der behov for at styrke og udvikle rammerne for disse midlertidige pladser. Dette skyldes dels, at der i fremtiden vil være behov for kommunale alternativer til hospitalsindlæggelser, både med et forebyggende sigte og i forhold til at hjemtage færdigbehandlede borgere. Dels er der behov for at skabe en større sammenhæng og ensartethed i de kommunale tilbud, end tilfældet er i dag.

Formålet med indeværende plan er at beskrive de langsigtede overordnede rammer for planlægningen af de midlertidige døgnpladser i kommunen. Planen er et nyt bud på struktur og placering af de midlertidige døgnpladser.

Planen er en forudsætning for, at den politiske målsætning, som Sundheds- og Omsorgsudvalget vedtog i december 2007, om at antallet af færdigbehandlede borgere på hospitalerne gennemsnitligt ikke må overstige 11 overholdes.

2. Overordnet formål med de midlertidige pladser

Det overordnede formål med de midlertidige døgnpladser skal være:

- 1) at give mulighed for rehabilitering og genoptræning til højst mulig funktionsevne,
- 2) at forebygge hospitalsindlæggelser samt at tilbyde aflastning i særlige situationer, herunder fx aflastning af ægtefælle og
- 3) at nedbringe antallet af færdigbehandlede borgere på hospitalerne.

Den fremtidige indretning af de midlertidige pladser bruger endvidere strategien *Værdi for borgeren* som bærende princip. Det betyder i denne sammenhæng:

- At borgeren bliver set som en ressource. Det betyder, at der ved ethvert ophold på en midlertidig døgnplads skal tilbydes genoptræning set i forhold til den enkelte borgers situation og potentiale, så borgeren står stærkest muligt rustet når den midlertidige plads forlades.
- At alle beslutninger og handlinger i relation til de midlertidige pladser tages på et fagligt grundlag. Det indebærer, at borgerne visiteres til den rigtige plads, at borgerne modtager de ydelser, som de har behov for, og at et ændret behov hos borgeren under



opholdet udmønter sig i en ændret ydelse.

- At der sikres en fornuftig kapacitetsstyring ved, at visitation og pladshenvisning er bydækkende, og ved at der er et krav om, at de midlertidige pladser på en fleksibel måde kan håndtere, at borgernes behov kan ændre sig.

Endelig skal den kommende organisering skabe grundlaget for, at pladserne kan udnyttes effektivt og økonomisk.

3. Planens anbefalinger

Det løsningsforslag, der bliver præsenteret i planen, består samlet set af følgende forslag, som vil blive uddybet og begrundet i planen:

Forslag 1: Der etableres én rehabiliteringsafdeling i hvert lokalområde.

Forslag 2: Der træffes beslutning om der skal ske en permanent udvidelse af de midlertidige døgnpladser med 18 pladser.

Forslag 3: Akutfunktionen samles i én bydækkende enhed med 48 pladser. Akutfunktionen benævnes Akutplejeenhed København.

Forslag 4: Akutplejeenheden placeres som en afdeling på Vigerslevhus.

Forslag 5: Der nedsættes en styregruppe for akutplejeenheden med deltagelse af den centrale visitation.

Forslag 6: Der etableres et netværk for de midlertidige pladser med deltagelse af de fem rehabiliteringsafdelinger og akutplejeenheden.

Forslag 7: Den forslåede model evalueres efter en periode på 2 år, hvorefter der tages stilling til, om akutplejeenheden fortsat skal være placeret samlet et sted, eller om den skal placeres i flere eller alle lokalområder.

Forslag 8: Akutplejeenheden udvikles til at være et kompetencecenter for sygepleje.

Forslag 9: Der tilknyttes en lægekonsulent til akutplejeenheden.

Forslag 10: Der skal formuleres et mål for, hvor mange dage der maksimalt må gå fra plejehjemsgodkendelse af en borger på rehabilitering og til udskrivelsen, når borgeren godt kan opholde sig i eget hjem i ventetiden evt. med ekstra støtte.

Forslag 11: Borgere, som er plejehjemsgodkendte ved ankomst, eller som plejehjemsgodkendes på rehabiliteringen, og som ikke kan opholde sig i eget hjem i ventetiden, skal hurtigere til en fast plejehjemsplads, eller når dette ikke er muligt, på en foreløbig plads på et ikke-ombygget plejehjem.



Forslag 12: Konferencen på rehabiliteringsafdelingerne skal afholdes indenfor maksimalt tre uger efter borgerens ankomst til afdelingen.

Forslag 13: Der udarbejdes fælles retningslinjer for alle midlertidige pladser, hvad angår brugerbetaling i forhold til transport og ophold.

Forslag 14: Der udarbejdes en monitoreringsplan.

4. Målsætninger

Billedet i dag er, at der er en række forskellige tilbud i Københavns Kommune, som retter sig mod forskellige målgrupper, og erfaringer fra disse tilbud peger på, at der er, overordnet set, et behov dels for en bedre sammenhæng og større ensartethed i tilbuddene om midlertidige døgnpladser og dels for et større fokus på forebyggelse. For at imødekomme disse behov, vil de specifikke målsætninger for den fremtidige organisering, baseret på de hidtidige erfaringer, være:

- At der er en fleksibel anvendelse af den enkelte plads alt efter behovet.
- At fokusere på målgruppen af hjemmeboende borgere.
- At der er en optimal udnyttelse af de sygeplejefaglige ressourcer.
- At der er en effektiv udnyttelse af kapaciteten.
- At der er ensartede retningslinjer vedrørende betaling for ophold, transport, medicin med videre for de forskellige pladstyper.

Den politiske målsætning om, at der maksimalt må være gennemsnitligt 11 færdigbehandlede borgere på hospitalerne er kommet nærmere via oprettelsen af 36 pladser på Akutplejeenhed København og åbningen af andre midlertidige pladser. Med fastholdelse af det politiske mål forudsætter den fremadrettede organisering en tæt opfølgning på behovet for midlertidige pladser.

De målgrupper, der er i fokus i forhold til de midlertidige døgnpladser er:

1. Færdigbehandlede hospitalsindlagte borgere og hjemmeboende borgere over 65 år, der har behov for et rehabiliteringsforløb, hvor der er fokus på først en vurdering af borgerens funktionsevne og genoptræningspotentiale, og dernæst eventuelt et genoptræningsforløb, udskrivning til eget hjem eller en plejehjemsgodkendelse.
2. Hospitalsindlagte borgere over 65 år, der er lægeligt færdigbehandlede, men hvor der efter udskrivelse fra hospital er behov for en særlig sygeplejefaglig indsats og/eller omsorg, som ikke kan varetages i borgerens hjem. Borgeren vil ofte befinde sig i en overgangssituation - i tiden mellem et hospitalsophold og indflytning i plejebolig eller eget hjem eller rehabiliteringsforløb på en kommunal rehabiliteringsafdeling.
3. Hjemmeboende borgere over 65 år, hvor der er sket en forværring i borgerens helbredssituation eller funktionsniveau. Det er en tilstand som kræver, at der er

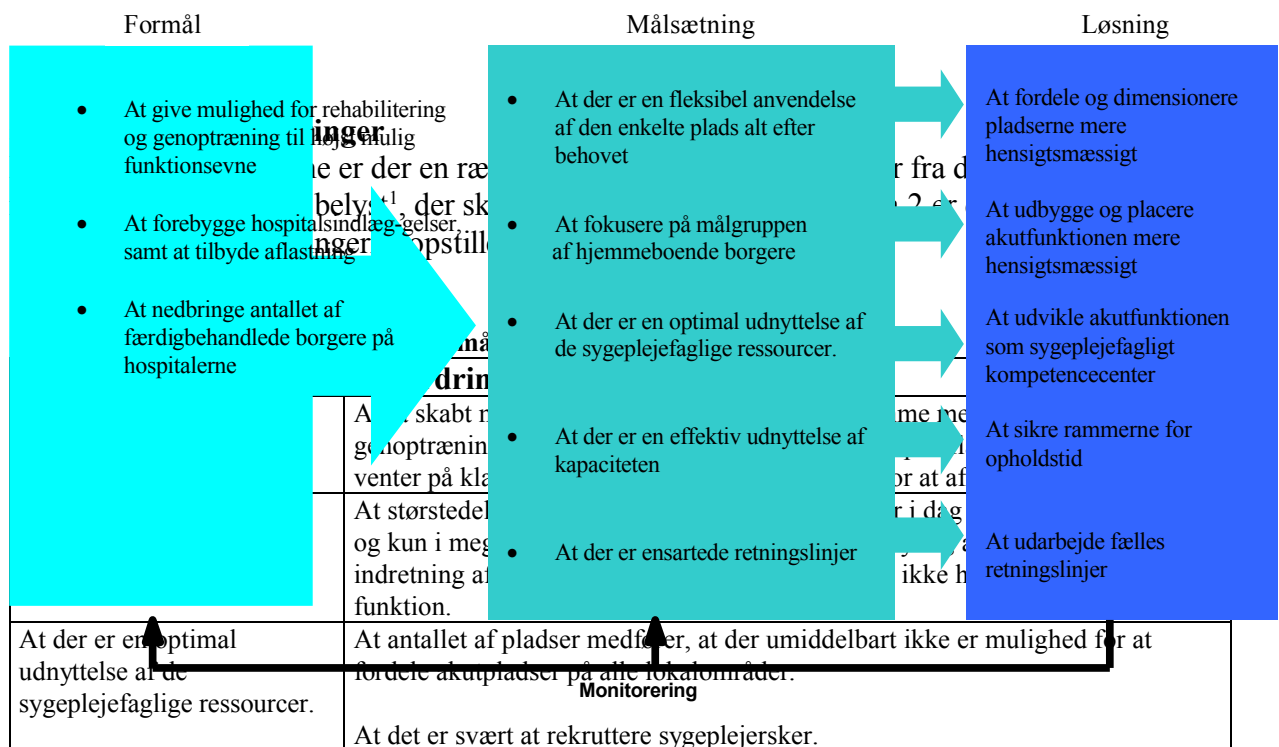


mulighed for sygepleje og/eller omsorg 24 timer i døgnnet eller genoptræning. Formålet med forløbet er at genoprette habituel sundhedstilstand eller forebygge en hospitalsindlæggelse.

4. Hjemmeboende borgere over 65 år, der har brug for et midlertidigt døgnophold på grund af, at ægtefælle er indlagt eller på ferie, hovedrengøring af lejlighed eller lignende.
5. Borgere, som er plejehjemsgodkendte på udskrivningsdagen fra hospital eller som er plejehjemsgodkendte i eget hjem, og som ikke med rimelighed kan opholde sig i eget hjem.

Nedenstående skema 1 illustrerer det overordnede formål for pladserne, de fremtidige målsætninger samt løsningsforslag.

Skema 1. Strategiplan for den fremtidige organisering af de midlertidige døgnpladser



¹ Se bilag 1

² Se bilag 2



At der er en effektiv udnyttelse af kapaciteten.	At de plejehjemsgodkendte har forholdsvis mange opholdsdage. At borgere som plejehjemsgodkendes på en rehabiliteringsafdeling og som efterfølgende kommer hjem, i gennemsnit har 21 dage fra godkendelse til udskrivning. At målet om, at vurderingskonference på rehabiliteringsafdelingerne afholdes indenfor maksimalt tre uger efter borgerens ankomst til afdelingen ofte bliver overskredet.
At der er ensartede retningslinjer	At retningslinjerne for de forskellige midlertidige pladser er forskellige og uigennemsigtige At der bruges mange ressourcer på at kontakte borgernes egne læger

Nogle af udfordringerne kan udtrykkes ud fra følgende tabel:

Tabel 1: Indlæggelsesdiagnoser for 65+ årige københavnere i 2007

Lungebetændelse	1.914
Brud	1.487
Dehydrering	661
Blærebetændelse	529
Forstoppelse	304
Mave-tarm-betændelse	124
Blodmangel	132
Tryksår	38
I alt	5.189
Indlæggelser i alt, ca. for 65+ årige køb. i 2007:	32.000

Tabel 1 viser, at 65+ årige københavnere i 2007 havde i alt ca. 32.000 indlæggelser. Af disse var de godt 5.000 indlæggelser på en af de 8 anførte diagnoser. Det skønnes, at gennem en forstærket kommunal indsats – blandt på akutenheden og på rehabiliteringsafdelingerne - kan godt halvdelen af de ca. 5.000 indlæggelser forebygges.

6. Løsningsforslag

Nedenstående afsnit 6.1 – 6.5 beskriver de enkelte elementer i løsningen, som er beskrevet i skema 1. Hvert element munder ud i konkrete forslag, som præsenteres i de enkelte afsnit.

6.1 Fordeling og dimensionering af pladser

Udgangspunktet for den fremtidige organisering af de midlertidige pladser er strukturen i Københavns Kommune med en opdeling i fem lokalområder. Der vil således fortsat være én rehabiliteringsafdeling i hvert lokalområde for at sikre nærheden til borgerne (det betyder, at rehabiliteringsafdelingerne på Dortheagården, Hørgården og Hasselbo ikke berøres mens



afdelingerne på Hermann Koch Gården, Gl. Kloster og Rosenborgcenteret overflyttes til hhv. Vigerslevhus og Norges Minde, jf. nedenstående). Dimensioneringen af rehabiliteringsafdelingerne forudsættes generelt at afspejle befolkningsgrundlaget i de enkelte lokalområder.

Tabel 2. Fordeling af pladser på lokalområder

	Indre By/Østerbro	Nørrebro/Bispebjerg	Valby/Kongens Enghave/Vesterbro	Vanløse/Brønshøj/Husum	Amager	Samlet
Nuværende fordeling	56	44	24	40	38	202
Fordeling af pladser ifht 65+	49	40	36	38	39	202
Fordeling af pladser ifht 80+	42	44	36	44	36	202
Fordeling af pladser ifht 80+ Fratrukket plejeboliger	46,5	37	43,5	40	35	202

Det fremgår af ovenstående, at Vesterbro/Kongens Enghave/Valby har en relativ lavere dækning af rehabiliteringspladser sammenlignet med de øvrige områder. Det anbefales dog at den nuværende fordeling mellem områderne opretholdes (dog jf. nedenstående).

Den fremtidige generelle dimensionering af de midlertidige pladser (på byniveau) skal endvidere ses i relation til allerede gennemførte eller planlagte udvidelser af kapaciteten:

- I 2008-2009 er der etableret 32 nye midlertidigt oprettede døgnpladser (som ikke er varigt placeret i budgettet).
- I 2009 er der åbnet 36 nye permanente akutplejepladser.

Samlet set er antallet af midlertidige døgnpladser udvidet med i alt 68 pladser. Den relative kapacitetsudvidelse må forventes, alt andet lige, at sikre en mere optimal relation mellem udbud og efterspørgsel på midlertidige pladser.

Der har været en positiv udvikling i såvel antallet af færdigbehandlede på hospitalerne som med hensyn til fire ugers garantien. Behovet for midlertidigt oprettede døgnpladser må derfor løbende følges og revurderes. En række af disse pladser er indrettet uhensigtsmæssigt (uden bad og toilet) eller skal anvendes til andet formål (eksempelvis til fælleslokaler i forbindelse med konverteringen af de beskyttede boliger). Det anbefales på denne baggrund, at de midlertidigt oprettede pladser løbende tages ud af drift, dog således at pladserne kan genaktiveres såfremt der efterfølgende opstår behov herfor.

I forbindelse med implementeringen af den samlede plan i 2010 etableres i alt 18 nye midlertidige pladser på Vigerslevhus, der skal huse akutplejeenheden samt en rehabiliteringsenhed. Pladserne indgår i det samlede antal af midlertidige pladser og kan anvendes fleksibelt afhængigt af det aktuelle behov for rehabiliteringspladser og/eller akutplejepladser.



Udvidelsen medfører, at et helt plejehjem (Vigerslevhus) fremadrettet kun vil rumme midlertidige pladser, og personalet kan dermed have det fulde faglige fokus på denne pladstype. Det skal bemærkes, at kapacitetsforholdet mellem de midlertidige og permanente pladstyper vil blive fuldt nøje med henblik på eventuelle justeringer.

Samlingen af de midlertidige pladser på fem af de fysisk bedste ikke-moderniserede lokaliteter vil under alle omstændigheder sikre den fornødne fleksibilitet med hensyn til udvidelse/reduktion i antallet af pladser (midlertidige/permanente).

Fordelingen af rehabiliteringspladser i forhold til de enkelte områder bliver herefter:

Tabel 3. Fremtidig fordeling af pladser fordelt på lokalområder

	Indre By/ Østerbro	Nørrebro/ Bispebjerg	Valby/ Kongens Enghave/ Vesterbro	Valby/ Brønshøj/ Husum	Amager	Samlet
Fremtidig fordeling	56	46	24	40	38	204

Det bemærkes, at kapaciteten på Nørrebro/Bispebjerg er udvidet med to pladser, idet to boliger der tidligere blev anvendt til andet formål fremadrettet anvendes som rehabiliteringspladser. Endvidere oprettes 18 yderligere rehabiliteringspladser på Vigerslevhus. Organiseringen af rehabiliteringspladserne i lokalområdet skal drøftes nærmere.

Endelig indtænkes Trygheds- og Omsorgspladser (TOP)³ i sammenhæng med de øvrige midlertidige pladser. Fremadrettet placeres et antal TOP-pladser i hvert lokalområde, 14 i alt, jf. budget 2010.

På baggrund af ovenstående stilles følgende forslag:

Forslag 1: Der etableres én rehabiliteringsafdeling i hvert lokalområde.

Forslag 2: Der træffes beslutning om der skal ske en permanent udvidelse af de midlertidige døgnpladser med 18 pladser.

6.2. Udbygning og placering af akutfunktion

Et af de væsentligste formål med indeværende plan er at udbygge akutfunktionen. I dag er der 12 akutpladser på Gl. Kloster og 36 pladser på Akutplejeenhed København. Borgerne på Gl. Kloster kommer især fra eget hjem. Akutplejeenhed København har to målgrupper, dels de færdigbehandlede på hospitalerne og dels de hjemmeboende borgere. I dag har akutplejeenheden udelukkende fokus på målgruppen af færdigbehandlede, fordi der ikke har

³ TOP-pladserne er rettet mod hjemmeboende borgere på +65 år, der er utrygge ved at være alene i hjemme som følge af f.eks. sygdom eller faldepisoder.



været kapacitet til også at have fokus på de hjemmeboende. Alle 36 pladser er belagt med færdigbehandlede. I fremtiden skal akutfunktionen udbygges, så den anden målgruppe de hjemmeboende også kommer i fokus. Sigtet er, at målgruppen af hjemmeboende borgere skal optage størstedelen af pladserne, om end det ikke er realistisk, at akutfunktionen kan rettes udelukkende mod denne gruppe. Det overordnede mål med i højere grad at fokusere på hjemmeboende borgere er at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser, jf. tabel 1.

Det fremgår af tabel 1, at der i 2007 var 5.000 indlæggelser af 65+ årige københavnere med diagnoserne lungebetændelse, brud, dehydrering, blærebetændelse, forstoppelse, mave-tarmbetændelse, blodmangel og tryksår. Disse borgere er i gennemsnit 81,5 år. Nogle af disse borgere kommer fra plejehjem på hospitalet. Alle øvrige kommer fra eget hjem. Nogle borgere er ikke kendt af kommunen – og bor således i eget hjem uden at modtage hjemmehjælp.

Tabel 4. Indlagte 65+ årige på 8 diagnoser før og efter kommunal indsats. Skøn.

	Før: Indlagte før indsats	Forebyggede indlæggelser				Efter: Indlagte efter Indsats
		Forebyg i eget hjem	Forebyg på p-hjem	Forebyg på midlt plads	Sum af forebyg indl	
Inkl m hj-hjælp	3.113	872	-	872	1.744	1.369
Inkl fra p-hjem	1.557	-	872	-	872	685
Ukendt af kommunen	519	-	-	-	-	519
I alt	5.189				2.616	2.573

Det *skønnes* i tabel 4, at godt 3.000 indlæggelser finder sted fra eget hjem – og at borgeren har en eller anden form for hjemmehjælp op til indlæggelsestidspunktet. Det *skønnes* endvidere, at godt halvdelen af disse indlæggelser kan forebygges gennem en indsats i kommunen. Af disse kan *skønnes* den ene halvdel at kunne forblive i eget hjem, den anden halvdel kommer på en midlertidig kommunal døgnplads frem for på hospital. Endelig fremgår det af tabel 4, at godt halvdelen af indlæggelserne fra plejehjem *skønnes* at kunne forebygges gennem en forstærket indsats på plejehjemmene. Borgeren forbliver således på plejehjem frem for at blive indlagt på hospital.

Forskellige modeller for placering og udbygning af akutfunktionen har været drøftet, men det vurderes, at det er mest hensigtsmæssigt at samle akutfunktionen. Baggrunden herfor er, at en samlet enhed forventes at have følgende fordele:

- Stærk faglighed – særligt vedr. sygeplejefaglige kompetencer
- Fokusering i identifikationen af behov og ydelser
- Lettere rekruttering af fast personale
- Bedre udnyttelse af de faglige kapaciteter
- Et telefonnummer for eksterne brugere
- Ens behandling af borgere fra hele byen
- Mulighed for udvikling af kompetencecenter



- Højere serviceniveau med én samlet enhed
- Muligheden for at opbygge nære samarbejdsrelationer til hospital, almen praksis og visitation lettes i og med der kun er én enhed at kontakte

Med hensyn til placeringen af akutfunktionen er forskellige alternativer blevet overvejet, men der peges på Vigerslevhus som bedst egnet til at rumme akutfunktionen.

Et forslag til den endelige placering af de midlertidige pladser med en central, bydækkende funktion er illustreret nedenfor i tabel 5:

Tabel 5. Oversigt vedrørende forslag til endelig placering af de midlertidige pladser – akutfunktion på 1 central enhed⁴

Enhedsnavn	Område	Antal pladser i alt	Antal midlertidige pladser ⁵			Plekehjemspladser
			Rehabilitering	Akutplejepladser	Fleksible pladser	
Hørgården (S)	Amager	201	38			163 ⁶
Dortheagården (K)	N/B	46	46			0
Hasselbo (K)	V/B/H	113	40			73
Norges Minde (K)	I/Ø	56	56			0
Vigerslevhus (K)	V/K/V	90	24	48	18	0
Sum af pladser		506	204	48 ⁷	18	236

Den nye model består således af fem rehabiliteringsafdelinger og én selvstændig akutenhed; i alt seks midlertidige afdelinger. Rehabiliteringspladserne lokaliseres med en i hvert lokalområde, og med hver sin ledelse og budget. Pladserne på Akutplejeenhed København og akutpladserne på Gl. Kloster samles og kommer til at udgøre én udbygget bydækkende akutplejeenhed under en ledelse og med et budget. Den nuværende leder af akutplejeenheden er også den fremtidige leder af akutplejeenheden. Den kommende akutfunktion benævnes Akutplejeenhed København. Der nedsættes desuden en styregruppe for akutplejeenheden med repræsentation af blandt andet rehabiliteringsafdelingerne, hjemmeplejen og Centralforvaltningen.

Det anbefales ligeledes, at der bliver iværksat et netværk for de forskellige midlertidige døgnpladser med henblik på faglig udvikling og sparring.

Det anbefales, at denne model med én udbygget og bydækkende akutplejeenhed kører i en

⁴ De palliative pladser på Håndværkerforeningen ikke er medtaget i oversigten, og disse pladser vil i denne sammenhæng ikke blive berørt.



periode på to år, hvorefter den evalueres. På baggrund af evalueringen træffes der herefter beslutning om, hvorvidt modellen skal videreføres, eller om akutplejeenheden skal forsættes i flere eller alle lokalområder.

Fremover er det således tanken, at der kun skal være to typer midlertidige døgnpladser: pladserne på Akutplejeenhed København og rehabiliteringspladserne. Disse pladser skal rumme borgere fra alle fem målgrupper, dog vil de have forskelligt fokus. Med hensyn til pladserne på akutplejeenheden vil såvel praktiserende læger, vagtlæger, døgnbasen og lokalområdernes visitatorer kunne henvise til et forebyggende ophold efter nærmere bestemte retningslinier, mens færdigbehandlede på hospitalerne alene kan visiteres til et ophold af udskrivningskoordinatorerne.

Dette er illustreret i nedenstående skema 3:

Skema 3: Oversigt over fremtidig henvisning og visitation til midlertidige døgnpladser

Pladstype/handling	Henvisning	Visitering	Pladsanvisning
Hjemmeboende til rehabiliterings-aflastningsplads		Lokalområdekontorer	Pladsanvisningen
Hospitalsindlagte til rehabiliterings-aflastningsplads		Lokalområdekontorer Udskrivningskoordinatorer	Pladsanvisningen
Midlertidigt oprettede døgnpladser og Akutplejeenhed København	Døgnbasen Praktiserende læger	Udskrivningskoordinatorer Lokalområdekontorer (forebyggende)	Pladsanvisningen

Pladsanvisningen sker centralt. Dermed sikres, at borgere over hele byen kan tilbydes ens service, idet der kan anvises en plads i et andet lokalområde, hvis der af en eller anden grund er længere ventetid i eget lokalområde.

Der bør være klare retningslinier for pladsanvisningen, om der skal anvises efter, hvornår borgeren er visiteret, eller om visse grupper f.eks. hospitalsindlagte skal prioriteres højere.

På baggrund af ovenstående stilles følgende forslag:

Forslag 3: Akutfunktionen samles i én bydækkende enhed med 48 pladser. Akutfunktionen benævnes Akutplejeenhed København.

Forslag 4: Akutplejeenheden placeres som en afdeling på Vigerslevhus.

Forslag 5: Der nedsættes en styregruppe for akutplejeenheden med deltagelse af den centrale visitation.

⁵ Den præcise fordeling af de midlertidige pladser samt antallet af tilbageværende almindelige pladser kan blive justeret som følge af eventuelle bygningsmæssige ændringer.

⁶ Inkl. beskyttede boliger der løbende konverteres til plejehjemslignende boliger

⁷ Pt. 36 på Akutplejeenhed København og 12 på Gl. Kloster.



Forslag 6: Der etableres et netværk for de midlertidige døgnpladser med deltagelse af de fem rehabiliteringsafdelinger og akutplejeenheden.

Forslag 7: Den forslåede model evalueres efter en periode på 2 år, hvorefter der tages stilling til, om akutplejeenheden fortsat skal være placeret samlet et sted, eller om den skal placeres i flere eller alle lokalområder.

6.3 Udvikling af akutfunktion som sygeplejefagligt kompetencecenter

Udbygningen samt samlingen af alle akutplejepladser i en central, bydækkende enhed muliggør udviklingen af et egentlig sygeplejefagligt kompetencecenter, som kan rumme specialiseret sygepleje. Akutplejeenheden vil tage udgangspunkt i to opgaver, dels at forebygge hospitalsindlæggelser, og dels at kunne hjemtage borgere, der er færdigbehandlet på hospitalet og som venter på en rehabiliteringsplads, en plejehjemsplads, hjælpemidler/boligændringer eller hovedrengøring af eget hjem.

På akutplejeenheden vil følgende kunne leveres:

- Almindelig omsorg og pleje
- Grundlæggende sygepleje
- Specialiseret sygepleje: herunder f.eks. IV terapi, sondeernæring, trakostomi pleje, sårpleje og pleje og behandling af borgere med KOL og andre respirationsproblemer.
- Ernærings- og kost terapi: herunder f.eks. måling af BMI, ernæringsvejledning og supervision.
- Genoptræning
- Øvrigt: herunder f.eks. krisehjælp, dokumentation og observation

Akutplejeenheden vil være en døgnfunktion med sygeplejedækning døgnet rundt. Dette samt det forhold, at der kan ydes specialiseret sygepleje betyder, at en del borgere med kroniske lidelser som f.eks. KOL kan komme på et forebyggende pleje- og behandlingsophold på akutplejeenheden frem for at blive indlagt.

Akutplejeenheden får to samarbejdsretninger, eksternt mod regionen og internt i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen:

- Region: Akutplejeenheden vil have et samspil med regionen især i forhold til forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser.
- Sundheds- og Omsorgsforvaltningen: Akutplejeenheden vil have en rådgivende og understøttende funktion i forhold til grænsende enheder i forvaltningen, især i forhold til rehabiliteringsafdelingerne og hjemmesygeplejen. Herunder også en udgående døgnfunktion. Den udkørende funktion vil udvikles trinvist. Første trin vil have fokus



på læring og supervision, f.eks. vil de specialiserede sygeplejersker fra akutplejeenheden kunne rådgive i forhold til konkrete borgere, og de vil kunne undervise i brug af særligt udstyr. Andet trin vil være mere borgerrettet, således at sygeplejersker fra akutplejeenheden i særlige situationer kan aflægge besøg hos borgere i hjemmeplejen og på rehabiliteringsafdelingerne.

I forbindelse med udviklingen af kompetencecenteret vil der være fokus på patientsikkerhed, lægefaglig assistance samt miljømæssige forhold, ligesom der vil blive udarbejdet et snitfladekatalog over ydelserne på akutplejeenheden.

Akutplejeenheden har et samarbejde med ca. 350 praktiserende læger og akutplejeenheden bruger mange ressourcer på at kontakte borgernes egne læger. Da der endvidere er brug for lægeassistance i forbindelse med leveringen af specialiseret sygepleje, vil det være hensigtsmæssigt at have en lægekonsulent tilknyttet akutplejeenheden. Det vurderes, at den tilknyttede læge med besøg på akutplejeenheden en hel dag om ugen, og med fast telefontid, vil kunne erstatte alle de øvrige praktiserende læger, der er tilknyttet borgerne på akutplejeenheden.⁸

På baggrund af ovenstående stilles således følgende forslag:

Forslag 8: Akutplejeenheden udvikles til at være et kompetencecenter for sygepleje

Forslag 9: Der tilknyttes en lægekonsulent til akutplejeenheden.

6.4 Sikring af rammer for opholdstid

De fremadrettede rammer for opholdstiden på de midlertidige pladser skal sikre en mere effektiv udnyttelse af kapaciteten og skabe et større flow. Konkret betyder det, at borgere som plejehjemsgodkendes på en rehabiliteringsafdeling, og som kommer tilbage til eget hjem i gennemsnit bruger i dag 21 dage fra godkendelse til udskrivning. Fremadrettet skal dette tal søges reduceret, og der skal formuleres et maksimalt mål herfor. Desuden skal borgere, som er plejehjemsgodkendte ved ankomst have færre opholdsdage end tilfældet er i dag. Det skal tilstræbes, at disse borgere hurtigere får en permanent plejehjemsplads eller når dette ikke er muligt, at de får en foreløbig plejehjemsplads på et ikke-ombygget plejehjem. Endelig skal konferencen afholdes inden for maksimalt tre uger.

På baggrund af dette stilles følgende forslag:

Forslag 10: Der skal formuleres et mål for, hvor mange dage der maksimalt må gå fra plejehjemsgodkendelse af en borger på rehabilitering og til udskrivelsen, når borgeren godt kan opholde sig i eget hjem i ventetiden evt. med ekstra støtte.

⁸ Dette skøn er foretaget af Akutplejeenhed København på baggrund af den nuværende kapacitet på 36 pladser.



Forslag 11: Borgere, som er plejehjemsgodkendte ved ankomst, eller som plejehjemsgodkendes på rehabiliteringen, og som ikke kan opholde sig i eget hjem i ventetiden, skal hurtigere til en fast plejehjemsplads, eller når dette ikke er muligt, på en foreløbig plads på et ikke-ombygget plejehjem.

Forslag 12: Konferencen på rehabiliteringsafdelingerne skal afholdes indenfor maksimalt tre uger efter borgerens ankomst til afdelingen.

6.5 Fælles retningslinjer

Det er vigtigt, at borgerne får det mest fagligt relevante tilbud i den enkelte situation, og det er derfor af stor betydning at borgerne ikke oplever, at der er en økonomisk fordel ved det ene tilbud frem for det andet. Alle ophold på kommunens midlertidige døgnpladser skal derfor koste det samme. P.t. koster de fleste midlertidige døgnpladser 115 kr. pr. døgn.

Der har været stor usikkerhed om, hvad det koster borgerne at blive transporteret til og fra de enkelte tilbud. Fremadrettet vil det gælde for alle pladser, som det er hovedreglen i dag, at det er borgeren, der betaler for en siddende transport til en midlertidig døgnplads (dvs. til en rehabiliteringsplads, aflastningsplads, eller til Akutplejeenhed København). Liggende transport til døgnplejepladsen betales af lokalområdekontoret, hvis det er fra eget hjem; af hospitalet, hvis det er i forbindelse med en udskrivning; af den kommunale døgnpladsinstitution, når borgeren skal hjem eller til et andet tilbud.

Disse forhold munder ud i følgende forslag:

Forslag 13: Der udarbejdes fælles retningslinjer for alle midlertidige pladser, hvad angår brugerbetaling i forhold til transport og ophold.

7. Budget

I øjeblikket er budgettet til rehabiliteringsafdelingerne et ”vejet gennemsnit” af den udgift, som knytter sig til udgiften pr. dag til henholdsvis et kort ophold og et vurderingsophold. Dette fortsættes for de videreførte rehabiliteringspladser. De fremtidige akutplejepladser finansieres svarende til den nuværende Akutplejeenhed København.

8. Monitorering

Formålet med monitoreringen er at få et overblik dels over kapacitetsudnyttelsen og dels over hvorledes den enkelte rehabiliteringsafdeling og akutplejeenheden udvikler sig over tid og i sammenligning med hinanden. Den indbyrdes sammenligning af rehabiliteringsafdelingerne kan give anledning til at fastlægge best practice og understøtte erfaringsudveksling mellem rehabiliteringsafdelingerne.

Dette leder frem til nedenstående forslag:

Forslag 14: Der udarbejdes en monitoreringsplan.

9. Implementering



Tidsplanen for vedtagelse af planen fremgår af nedenstående skema:

Skema 7: Tidsplan for vedtagelse af planen

Indsatsområde	Tid
Udvalgsmøde: Plan for midlertidige døgnpladser	17. december 2009

Implementeringen forventes at starte op umiddelbart efter politisk vedtagelse med udarbejdelse af en implementeringsplan. Implementeringen vil ske i samarbejde med relevante aktører i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Bilag 1.1 Hidtidige erfaringer

Erfaringer fra rehabiliteringspladserne

Evalueringen af rehabiliteringspladserne viser, at der er forholdsvis mange, som kommer fra hospital til rehabiliteringsafdelingerne. Et centralt mål med rehabiliteringspladserne har dog været at forebygge hospitalsindlæggelser, hvorfor det vurderes hensigtsmæssigt at søge at øge andelen af hjemmeboende borgere på rehabiliteringspladserne, for at øge den forebyggende indsats.

Evalueringen viser også, at de plejehjemsgodkendte har forholdsvis mange opholdsdage (33 % af alle opholdsdage på rehabiliteringsafdelingerne), hvilket er uhensigtsmæssigt, da disse borgere dermed optager pladserne. Det vurderes derfor, at der er behov for at øge gennemstrømningen. I evalueringen foreslås det endvidere, at borgere som er plejehjemsgodkendte på udskrivningsdagen fra hospitalet, som hovedregel ikke bør henvises til en rehabiliteringsplads, men overføres direkte til en permanent plejehjemspads. Da der sjældent er praktisk mulighed for dette, skal borgeren, hvis borgeren ikke kan opholde sig i eget hjem, hurtigst muligt overføres til en midlertidig bopæl på et ikke moderniseret plejehjem, hvis der er en forventning om, at der tale om et længere forløb. For de plejehjemsgodkendte



borgere for hvem et ophold på en rehabiliteringsafdeling er relevant vurderes det endvidere, at pladsen skal udnyttes fleksibelt efter genoptræningsforløbet. Det vil sige, at ydelsen alene vil være pleje og omsorg.

Det fremgår endvidere af evalueringen, at borgere, som plejehjemsgodkendes på rehabiliteringsafdelingen og som kommer tilbage til eget hjem, i gennemsnit bruger 21 dage fra godkendelse til udskrivning fra rehabiliteringsafdelingen, hvilket vurderes som for lang tid.

Der opstilles ikke konsekvent mål for rehabiliteringsforløbene - hverken med hensyn til hvad borgeren konkret skal kunne efter endt genoptræning, og hvor længe forløbet maksimalt skal vare.

Endelig peger evalueringen også på, at målet om at konferencen afholdes indenfor maksimalt tre uger efter borgerens ankomst til afdelingen bliver overskredet, hvorfor det konkluderes, at grænsen på maksimalt tre uger skal overholdes.

Erfaringer fra akutpladserne på Gl. Kloster

Evalueringen af akutpladserne på Gl. Kloster peger på, at akutpladserne bør placeres i rehabiliteringsafdelingsregi, da borgere med behov for hhv. akutplads og ophold på en rehabiliteringsafdeling har en række fællestræk. Der er tale om midlertidige ophold, og kravene til personalekvalifikation er de samme: plejepersonale, trænedede terapeuter og sygeplejersker. Dog skal en sygeplejerske være tilgængelig døgnet rundt på akutpladserne, hvilket ikke er tilfældet for rehabiliteringspladserne.

Evalueringen peger også på, at døgnbasen med fordel bør kunne henvise til en akutplads. Der er nogle borgere, som pludselig kommer i en situation, hvor deres boligforhold eller relation til andre mennesker gør, at de ikke kan bo i eget hjem; de har behov for et akut aflastningsophold. Disse borgere identificeres ikke nødvendigvis af egen læge eller vagtlæge, men i en række tilfælde vil Døgnbasen kunne identificere disse borgere og henvise dem til en akut plads.

Evalueringen viser endvidere, at mindst 42 % af borgerne bliver henvist fra akut modtageafsnit (AMA), mens mindst 32 % bliver henvist fra egen læge og mindst 5 % bliver henvist af vagtlæge. Pladserne på Gl. Kloster har været et tilbud til borgere i Bispebjerg Hospitals medicinske optageområde, men det forhold at akutpladserne fremadrettet gøres bydækkende rejser overvejelser om, hvorvidt det er hensigtsmæssigt, at AMA kan henvise, da der er tale om relativt få pladser. Det vil ligeledes styrke et forebyggende sigte at fjerne AMA som henviser, da der således vil være flere pladser, som almen læge kan henvise hjemmeboende borgere til.

Erfaringer fra Akutplejeenhed København

Akutplejeenhed København har to opgaver, dels de færdigbehandlede og dels de hjemmeboende borgere. Foreløbig har kun den ene opgave, nemlig omkring de færdigbehandlede på hospitalerne været i fokus. Dette skyldes den politiske beslutning om at der højst skal gennemsnitlig 11 færdigbehandlede borgere på hospitalerne. Det betyder, at erfaringerne herfra udelukkende angår gruppen af færdigbehandlede borgere.

Erfaringerne peger her for det første på, at det er svært at rekruttere sygeplejersker. Dette er



dog ikke enestående for akutplejeenheden, men vurderes at være et generelt problem for arbejdet med ældre borgere. Det der er medvirkende til at tiltrække sygeplejersker til akutplejeenheden, er fokuseringen på det akutte og på den særlige sygeplejefaglige indsats. Der peges i den forbindelse også på, at muligheden for at iværksætte og vedligeholde IV terapi med væske og medicin er oplagt. Både for at udvide det faglige område og for at kunne forebygge indlæggelser. IV terapi i akutplejeenheden vil kræve undervisning af personalet samt en afklaring af, hvilke arbejdsmiljøkrav der er til blanding af medicin med hensyn til f.eks. udluftning.

For det andet peges der på, at retningslinjerne for de forskellige pladstyper er forskellige og uigennemsigtige. Dette angår f.eks. regler for transport og brugerbetaling, hvor der efterspørges ensartethed.

For det tredje opleves det som meget problematisk og ressourcekrævende at kontakte borgernes egne læger mellem kl. 8 og kl. 9 om morgenen. Ofte er det uden held, hvorfor vagtlægen må kontaktes efter kl. 16. Der peges derfor på ønsket om, at der fremadrettet tilknyttes et fast team af læger til akutfunktionen.

Endelig er erfaringen fra akutplejeenheden, som det også er tilfældet med rehabiliteringspladserne, at en stor del af borgerne kommer videre på plejehjem efter opholdet, hvorfor den interviewede peger på, at borgere på akutplejeenheden i videst muligt omfang bør være omfattet af fire ugers reglen og ellers vente i eget hjem eller på en foreløbig plads på et ikke ombygget plejehjem, hvis muligt.

Bilag 1.2. Hvor kommer borgerne fra?

Det fremgår af nedenstående skema, hvorfra borgerne kommer, når de kommer på en midlertidig døgnplads.

Tabel B 2. 1 Hvorfra kommer borgerne til en midlertidig døgnplads?

Pladstype	Antal pladser	Fra hospital, pct.	Fra eget hjem, pct.	Opgørelsestidspunkt og - kilden
Rehabiliterings pladser	202	82	18	11. maj 2009. Kilde: Spørgeskema til rehabiliteringsafdelingerne ⁹⁾
Akutplejeenhed København	36	100	0	Aktuelt skøn fra udskrivningskoordinatorerne
Dr. Ingrid's Hjem	12	100	0	Aktuelt skøn fra udskrivningskoordinatorerne
Midlertidigt oprettede døgnpladser ⁹⁾	14	100	0	Aktuelt skøn fra udskrivningskoordinatorerne

⁹⁾ Se bilag 1, skema 1 punkt 11



Akutpladser på Gl. Kloster ¹⁰	12	Mindst 48	Mindst 36	Første 8 måneder af 2008. Kilde: Intern evaluering af akutpladserne, dec. 2008.
--	----	-----------	-----------	---

Som det fremgår af skemaet, var 82 % borgerne på rehabiliteringsafdelingerne den 11. maj 2009 kommet fra hospital. 100 % af borgerne på de forskellige øvrige typer af midlertidige pladser kommer fra sygehus. Borgerne er visiteret af udskrivningskoordinatorerne. Det ses endvidere af skemaet, at godt halvdelen af borgerne på Gl. Kloster i de første 8 måneder af 2008 kom fra hospital.

¹⁰ Afrapporteret i intern evaluering af rehabiliteringsafdelingerne, 2009