

**Intern evaluering
af
modelprojektet
med akutpladser
på Gammel Kloster**

16. december 2008

Endelig udgave

**Københavns Kommune
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
Center for Faglig Udvikling**

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Indledning og sammenfatning	3
1.1. Sammenfatning af evaluering og perspektivering	3
1.1.1 Hovedkarakteristik af modelprojektet	3
1.1.2. Hovedresultater af evalueringen	4
1.1.3 Perspektivering í forhold til fremtidig drift af akutpladser.....	5
1.2 Rapportens indhold.....	7
2. Sammenfatning af interviewene	8
2.1 Der er behov for akut adgang til kommunale døgnpladser	8
2.2 Er der fordele ved akutpladserne?	9
2.3 Er der ulemper ved akutpladserne?	10
2.4 Hvad kan gøres bedre omkring de nuværende akutpladser?	11
2.5 Samarbejdet mellem Gl. Kloster og øvrige aktører	12
2.6 Andre borgere, som tilhører målgruppen?.....	13
2.7 Opmærksomhedspunkter hvis akutpladser skal etableres andet steds i byen.....	14
3. Aktivitet på akutpladserne	15
3.1 Generel aktivitet	16
3.2 Aktivitet i forhold til hvem der henviser	18
3.3 Aktivitet i forhold til hvor borgeren udskrives til.....	21
3.4 Beskrivelse af data og datakilder.....	23
3.4.1 Samkørsel af data.....	24
Bilag 1: Godkendte resumeer af interviews	26
Oversigt over de interviewede	26
Metode	27
Interviewguidens grundstruktur.....	27
Forstander Hannah Hjorth og viceforstander Ann-Louise Holm-Jensen	28
Overlæge Merete Almind og afd. sygepl. Ruth Nasnas	35
Praktiserende læge Karsten Kihl	40
Praktiserende læge Anne Marie Seidenschnur	42
Udskrivningskoordinatorene Inge-Lise Mahler, Mette Grane Jones, Dina Felthaus og ergoterapeut Joan Rendbo.	44
Afdelingslederne Joan Aastrand og Noomi Michelsen	48
Ledende basesygeplejerske Steen Gastrup	51
Bilag 2: Aktivitet på akutpladserne	54
Indsats under ophold på akutplads.....	57
Bilag 3: Forkortelser og lidt forklaring	60
Bilag 4: Målgrupper, henvisere og ydelser for modelprojekt på Gl. Kloster	61

Bilag 5: Standardiserede rehabiliteringsforløb, gældende fra 1. januar 2007..... 63

1. Indledning og sammenfatning

Fra 1. november 2007 kom 12 akutpladser i drift som et modelprojekt på Gl. Kloster, som ligger på Østerbro i Københavns Kommune. Gl. Kloster rummer plejehjem, en rehabiliteringsafdeling med 36 pladser og akutpladser. De 12 akutpladser ligger på samme etage. Her ligger de sammen med nogle af rehabiliteringspladserne. Akut- og rehabiliteringspladser ledes af en afdelingssygeplejerske, som refererer til forstanderen for Gl. Kloster.

Resultatet af evalueringen præsenteres i denne rapport. Evalueringen bygger dels på registreringer foretaget af Gl. Kloster i omsorgssystemet, kaldet KOS, og i pladssystemet, kaldet Visitationssystemet. Og dels på 7 interviews med aktører fra Gl. Kloster og fra en række af de samarbejdspartnere, som Gl. Kloster har. Interviewene omfatter ledelsen på Gl. Kloster, en overlæge og afdelingssygeplejerske på Bispebjerg Hospitals akut modtageafdeling (AMA), to praktiserende læger, fire kommunale udskrivningskoordinatorer, to ledere af rehabiliteringsafdelinger og ledende sygeplejerske på Døgnbasen.

Evalueringen omfatter i princippet akutpladserne siden starten af modelprojektet i slutningen af 2007. Data for aktiviteten dækker af praktiske grunde de første 8 måneder af 2008. Interviewene er gennemført i september-oktober 2008.

1.1. Sammenfatning af evaluering og perspektivering

I det følgende gives der en hovedkarakteristik af modelprojektet. Dernæst opsamles de vigtigste evalueringresultater og endelig sker der en perspektivering på baggrund af evalueringen.

1.1.1 Hovedkarakteristik af modelprojektet

Akutpladserne på Gl. Kloster er primært et tilbud til 65+ årige borgere, når deres somatiske og/eller sociale forhold taler herfor. Gl. Kloster er ikke et "mini-hospital". Det vil sige, at borgere, som bør være på et hospital, ikke kan henvises til ophold på Gl. Kloster.

Akutpladserne har til *formål* både at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser og at reducere opholdstiden på hospital, når ophold på en akutplads er et bedre alternativ til en overflytning til en stamafdeling på Bispebjerg Hospital.

Dette er udmøntet ved at akut modtageafdeling (AMA) på Bispebjerg Hospital kan henvise lægeligt udredte og færdigbehandlede borgere, hvor fortsat indlæggelse på hospital ikke er hensigtsmæssig i samme grad som ophold på Gl. Kloster. Endvidere kan almen læge (egen

læge eller vagtlæge) henvise borgere fra eget hjem, hvor på den ene side ophold i eget hjem ikke er hensigtsmæssigt, og hvor på den anden side indlæggelse på hospital ej heller er hensigtsmæssigt. Der kan alene henvises borgere, som bor i Bispebjerg Hospitals medicinske optageområde.

Henvisningen sker ved telefonisk kontakt fra AMA eller egen læge eller vagtlæge.

Der vil være borgere, som ved siden af somatiske og/eller sociale forhold også har psykologiske eller psykiatriske problemstillinger. Nogle af disse borgere vil Gl. Kloster kunne håndtere, andre ikke. Gl. Kloster har ikke ressourcer til at tage hånd om borgere, som har en urolig adfærd, eller som er udgående (ambulerende).

Gl. Kloster yder pleje, omsorg samt restituering og vurdering af borgerens funktionsevne og fremtidige træningsbehov.

Gl. Kloster har den målsætning, at borgerne opholder sig maksimalt 10 dage på en akutplads.

1.1.2. Hovedresultater af evalueringen

1. Modelprojektet har levet op til sine formål: Borgere, som er henvist af AMA, er ikke overført til en stamafdeling på Bispebjerg Hospital, men til Gl. Kloster. Dermed er opholdstiden på hospital reduceret. Og mindst 53 % af de borgere, som er henvist af egen læge eller vagtlæge, ville have været indlagt, hvis borgeren ikke var kommet på en akutplads på Gl. Kloster.
2. I projektets første 8 måneder af 2008 har der været 264 ophold på Gl. Kloster. Henvisningerne fordeler sig således:

Henvist fra AMA	127
Henvist fra egen læge eller vagtlæge	96
Henviser kendes ikke	41
I alt	264

Gennemsnitsalderen har været 83 år. Ydelserne på Gl. Kloster har omfattet væske- og ernæringsindsats, overvågning af medicinering, omsorgsfuld pleje, observation af funktionsniveau, overblik over den sociale situation, mv.

3. Efter ophold på Gl. Kloster har der været følgende bevægelser:

Tilbage til eget hjem	118
Til anden midlertidig kommunal døgnplads	40
Til hospital oprindelig henvist af AMA	11
Til hospital oprindelige henvist af egen læge/vagtlæge	13
Til plejehjem	5
Døde	3
Ikke registreret	74
I alt	264

Ovenstående indebærer, at ud af de 127 som AMA har henvist kommer 9 % tilbage til hospitalet. For egen læge eller vagtlæge er det tilsvarende tal 14%. Det tal reducerer de 53%, som er nævnt i punkt 1.

4. Om de 9 %, der er henvist fra AMA til Gl. Kloster og derfra kommer tilbage til hospitalet, gælder, at deres tilbagekomst til hospitalet ikke behøver at være på samme diagnose, som den der bragte borgeren på hospitalet i første omgang. Af de 40 borgere, som kom fra Gl. Kloster på en midlertidig plads, kom de 38 (svarende til ca. 14 % af samtlige henviste) på en rehabiliteringsplads. Af de 38 blev de 35 godkendt til en rehabiliteringsplads (=vurderingsplads) under opholdet på akutpladsen.
5. Egen læge aflægger sygebesøg, når Gl. Kloster anmoder herom.
6. For at en borger kan komme ind på Gl. Kloster, skal den pågældende ikke igennem de traditionelle trin i den bestiller-udfører model, som ellers er gældende i Københavns Kommune. Efter ankomsten kontaktes P/O-kontoret (bestilleren) i det lokalområde, hvor borgeren bor. Samarbejdet mellem Gl. Kloster og samarbejdspartnerne er velfungerende. Både AMA og de to interviewede praktiserende læger anfører, at de har en fagligt velfungerende og hurtig kommunikation med Gl. Kloster.
7. Gl. Kloster oplyser, at praktiserende læger plejer at komme på sygebesøg, når Gl. Kloster anmoder herom.
8. De kommunale visitatorer anfører, at de rettidigt får den relevante information for at kunne bringe borgeren videre ”i systemet”.
9. De interviewede visitatorer, afdelingsledere og den ledende basesygeplejerske er af den opfattelse, at hvis man anlægger et borgersynspunkt, så bør alle 65+ årige københavnere have mulighed for at komme på en akutplads.
10. Den gennemsnitlige belægningsprocent har været 82,5 % for de første 8 måneder af 2008. To gange har belægningsprocenten været over 90% - i januar var den 95,2 % og i juli 92,2 %. Belægningsprocenten var lavest i april (66,9%), hvor halvdelen af april var ramt af en strejke, der strakte sig fra medio april til medio juni.
11. Den valgte kapacitet på 12 akutpladser har med det nuværende henvisningsmønster og det valgte geografiske optageområde vist sig at være i overkanten. Borgergrundlaget for akutpladserne udgøres af 28.000 københavnere på 65+ år, svarende til ca. halvdelen af alle 65+ årige københavnere. I runde tal omfatter optageområdet således halvdelen af de læger, som har praksis i Københavns Kommune. Der er således ca. 170 praktiserende læger, som kunne henvise borgere til en akutplads. I størrelsesorden har halvdelen af disse henvist ca. 1,1 borgere til en akutplads.
12. Den gennemsnitlige opholdstid for de første 8 måneder af 2008 er 9,1 dage. Det fremgår, at 75 % af borgerne opholder sig højst 10 dage på Gl. Kloster.
13. Projektet har vist, at målgruppen eksisterer. Det fremgår af interviewene, at der også i fremtiden vil være behov for, at 65+ årige hjemmeboende københavnere kan komme akut på en kommunal døgnplads frem for at komme på hospitalet. Akutpladsen bør ligge i rehabiliteringsafdelingsregi.

1.1.3 Perspektivering i forhold til fremtidig drift af akutpladser

På baggrund af både interviews og de registrerede data kan der peges på en række forhold, der bør tillægges opmærksomhed, når akutpladser skal planlægges og drives. I det følgende forudsættes det, at ophold på en akutplads vil være en mulighed for alle 65+ årige københavnere, som tilhører målgruppen.

Akutpladser bør placeres i rehabiliteringsafdelingsregi

Der er ingen grund til at oprette en ny døgninstitutionstype i Københavns Kommune for at kunne rumme akutpladser. De bør indplaceres i en eksisterende institutionstype. Her er rehabiliteringsafdeling det mest velegnede. Borgere med behov for henholdsvis akutplads og ophold på en rehabiliteringsafdeling har fælles træk: Midlertidigt ophold, behov for omsorg og pleje, samt restituering eller rehabilitering. Der er i begge tilfælde tale om midlertidige ophold. Krav til personalekvalifikationer er de samme: plejepersonale, trænende terapeuter og sygeplejersker. For akutpladserne skal en sygeplejerske dog være tilgængelig døgnet rundt i ugens syv dage.

Akutpladser bør også omfatte akutte aflastningsophold

Alle med behov for akut ophold på en kommunal døgnplads skal have tilbud om ophold på en akutplads. Det bør både gælde borgere med reduceret helbreds- og/eller funktionsevne og borgere med behov for en midlertidig aflastningsplads. Sidstnævnte gruppe bør ikke henvises til akut aflastningsophold på et plejehjem. En konsekvens af dette er, at der i fremtiden vil være både planlagte og akutte aflastningsophold i regi af en rehabiliteringsafdeling. Det bør tilstræbes, at tildelingen af budget til akutpladserne afspejler sammensætningen af de borgere (og deres behov), som henvises til en akutplads.

Døgnbasen bør også kunne henvise til en akutplads – så ingen tabes

Der er nogle borgere i Københavns Kommune, som pludselig kommer i en situation, hvor deres boligforhold eller (mangel) på 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. I en række tilfælde vil Døgnbasen kunne identificere disse borgere – og henvise dem til en akutplads. Dermed imødekommes et politisk ønske om at kunne give et tilbud til de forholdsvis få borgere, som pludselig kommer i en så vanskelig situation, at de ikke kan bo hjemme.

Maksimal opholdstid på 10 dage bør kommunikeres bredt ud

Gl. Kloster har en målsætning om, at borgeren højst må opholde sig 10 dage på en akutplads. Denne målsætning er kommunikeret ganske effektivt ud til centrale samarbejdspartnere i kommunen, dvs. visitatorerne, rehabiliteringsafdelingerne, m.fl. Samt til de borgere, der kommer på en akutplads og til borgernes pårørende. Dette har ganske givet bidraget til at holde den gennemsnitlige opholdstid på 9,1 dage for de første 8 måneder af 2008. Der er intet i evalueringen, som peger på, at en maksimal opholdstid på 10 dage bør fraviges. Det forekommer at være af stor betydning, at den maksimale opholdstid på 10 dage også i fremtiden kommunikeres bredt ud.

Der er brug for fortsat at følge belægningsprocent og opholdstid mv

Det fremgår af tabellerne, at 25 % af alle henviste borgere opholder sig mere end 10 dage på en akutplads. Det gælder både borgere, som skal tilbage i eget hjem og borgere, som skal på en midlertidig eller permanent plads. En fortsat registrering vil kunne bidrage til at udpege en række af de områder, hvor der med en fokuseret planlægning og indsats formentlig kan foretages nogle forbedringer, især vedrørende opholdstiden. Det skal derfor overvejes nøje, hvilke registreringer det vil være hensigtsmæssigt at fortsætte med.

Godkendelse fra akutophold til et vurderingsforløb bør hurtigt konverteres

14 % af de borgere, som kommer ind på en akutplads, kommer videre på en rehabiliteringsplads. En tredjedel af disse opholder sig mere end 10 dage på akutpladsen. Det er u hensigtsmæssigt, at nogle borgere først henvises til en akutplads for dernæst at blive

overført til et vurderingsforløb på en rehabiliteringsplads. Det er uhensigtsmæssigt at bruge en akutplads som en mellemstation på denne måde. Der bør derfor findes praktiske og organisatoriske løsninger på dette problem.

Gennemstrømningen på rehabiliteringsafdelingerne bør analyseres

I forlængelse af ovenstående er der et mere generelt behov: Der bør foretages en nærmere analyse af ventetider og opholdstider på rehabiliteringsafdelingerne – bl.a. set i lyset af det nye rehabiliteringskoncept, som trådte i kraft 1. januar 2007. En sådan analyse vil bidrage til at belyse arbejdsgange og kapacitetsforhold på rehabiliteringspladserne.

Praktiserende læger og vagtlæger bør kontinuerligt mindes om muligheden for at henvise til akutpladser

Praktiserende læger og vagtlæger uudnytter næppe fuldt ud muligheden for at henvise til akutpladser. Det bør overvejes at finde et passende tidspunkt, hvor praktiserende læger og vagtlæger endnu en gang – og formentlig løbende - gøres opmærksomme på muligheden for at kunne henvise borgere til en akutplads.

Andre henvisere – andre akutindsatser?

Nogle af de interviewede er blevet spurgt om andre end den medicinske akutmodtage afdeling på Bispebjerg Hospital burde kunne henvise. Endvidere er nogle blevet spurgt om der kunne tænkes andre indsatser end akutpladser for at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser. Spørgsmålet er stillet uden hensyn til økonomi. Flere af de interviewede peger på, at eksempelvis *ortopædkirurgisk modtageafsnit* på Bispebjerg Hospital og *skadestuen* kunne henvise borgere, som tilhører målgruppen. Nogle af de interviewede anfører, at et *kommunalt akutteam* – eller en udgående AMA-funktion – kunne bidrage til at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser.

1.2 Rapportens indhold

Alle interviews er resumeret, og de er godkendt af de interviewede. De godkendte resumeer udgør denne rapports bilag 1.

Således indeholder denne rapport et kvantitativt grundlag i form af tabeller i kapitel 3 (som bygger på Gl. Kloster registreringer), samt et kvalitativt grundlag i form af godkendte resumeer (bilag 1). Dermed har læseren adgang til det samlede grundlag for denne rapports resultater og konklusioner.

I kapitel 2 sammenfattes interviewene. I kapitel 3 findes en række kommenterede tabeller, som bl.a. belyser aktiviteten på akutpladserne, og hvor borgerne kom hen efter ophold på akutplads. Bilag 2 indeholder nogle tabeller, som bl.a. viser aktiviteten måned for måned. Bilag 3 giver en liste over forkortelser og i bilag 4 findes en beskrivelse af målgruppe, henvisere og ydelser på akutpladserne i det eksisterende modelprojekt.

Bilag 5 giver en oversigt over forløbene på rehabiliteringsafdelingerne. Det fremgår, at der er to muligheder for at komme planlagt på en rehabiliteringsafdeling: Enten kommer borgeren på et kort ophold (1-3 uger) eller på et vurderingsophold (maksimalt 3 uger). Vurderingsopholdet afsluttes med en vurderingskonference. Her planlægges det videre forløb, som bl.a. kan bestå i udskrivning til eget hjem eller et genoptræningsforløb på rehabiliteringsafdelingen.

2. Sammenfatning af interviewene

Dette kapitel har ikke til hensigt at give en udtømmende sammenfatning af interviewene. De godkendte resumeer af interviewene er bilagt. Formålet med dette kapitel er at sammenfatte en række af de udsagn, der er afgivet under interviewene.

2.1 Der er behov for akut adgang til kommunale døgnpladser

De interviewede praktiserende læger og ansatte i Københavns Kommune har en fælles opfattelse af, at der er 65+ årige hjemmeboende borgere, som kan få behov for akut at komme på en kommunal døgnplads, som alternativ til at blive indlagt på et hospital.

De borgere, som har behov for at komme akut på en kommunal midlertidig døgnplads, er grundlæggende karakteriseret ved, at de ikke kan opholde sig i eget hjem. De har på den anden side ikke behov for en hospitalsindlæggelse.

Behovet for en midlertidig kommunal døgnplads skyldes, at der er sket en langsom eller pludselig forværring af borgerens sundhedstilstand og/eller funktionsevne – eller der er sket en forandring i borgerens omgivelser eller relationer, som indebærer, at borgeren ikke kan opholde sig i eget hjem.

Behovet for en døgnplads er akut, når overførslen fra eget hjem til pladsen bør ske i løbet af ganske få timer. Det antages, at fast vagt i borgerens hjem af økonomiske grunde ikke er en mulighed.

Borgeren har således brug for pleje, omsorg og restituering, men er på den anden side ikke så syg, at det kræver diagnosticering og behandling på et hospital.

Behovet for kunne komme akut på en midlertidig kommunal døgnplads fra eget hjem kan bl.a. skyldes:

- a) Det er usikkert, om borgeren kan klare sig alene indtil næste gang hjemme(syge)plejen kan komme. Hjemme(syge)plejen aflægger muligvis besøg i intervaller på 2-3 timer. Borgeren er måske uklar eller urolig og/eller sat i behandling.
- b) Borgeren er syg – ikke alvorligt – men der kan måske indtræde en forværring, og i det tilfælde skal der gribes ind. Der kræves løbende observation, som minimum måske hver time.
- c) Borgeren har behov for at have nogen omkring sig (stort set hele tiden), som kan hjælpe med mad, drikke, medicin, og eksempelvis sårskift og toiletbesøg. I nogle tilfælde er det ikke muligt for borgeren selv at gå på måske hyppige toiletbesøg.
- d) En social begivenhed, som fx ægtefælles død, akutte hospitalsindlæggelse eller pludselige bortrejse mv. Borgeren kan ikke umiddelbart klare sig selv alene – måske er borgeren dement.

- e) En pludselig ændring af boligsituationen. Det kan være brand, sodsværtning eller bygningsændringer, som fx udskiftning af faldstammer mv., som gør forholdene så vanskelige, at borgeren ikke kan opretholde sine normale funktioner i eget hjem.
- f) En kombination af ovenstående.

Punkterne a) – f) viser både forskellighederne i de akutte behov, og at der kan være kombinationer og glidende overgange.

Et eksempel, som kombinerer nogle af ovenstående elementer, kunne være den ægtefælle, som bliver alene og derefter spiser for lidt, drikker for lidt væske, bliver immobil og sengeliggende, og måske pådrager sig en lungebetændelse. Denne borger vil på et tidspunkt kunne få behov for at blive restitueret på en midlertidig kommunal døgnplads¹.

2.2 Er der fordele ved akutpladserne?

Det er gennemgående, at de interviewede antager, at ophold på en akutplads skal opfattes som et alternativ til at borgeren er hospitalsindlagt. Under den forudsætning er der blandt de interviewede en udbredt enighed om, at det ud fra et borgersynspunkt er mere hensigtsmæssigt, at den borger, som tilhører akutpladsernes målgruppe, opholder sig på en akutplads frem for i en hospitalsseng. Det skyldes, at de omstændigheder, hvorunder borgeren kan få omsorg, pleje og restituering, er mere hensigtsmæssig på Gl. Kloster end på et hospital: Der er mere ro og større overskuelighed på en kommunal akutplads end på et hospital. Hertil kommer, at borgeren på Gl. Kloster har eget værelse med toilet. På hospitalet vil der typisk være mindst to på samme stue.

Akutpladserne har to afledte virkninger: 1) Når egen læge eller vagtlæge henviser, spares i mindst 53 % af tilfældene en indlæggelse. 2) Når en borger henvises fra AMA til Gl. Kloster spares der sengedage på en stamafdeling, idet alternativet til at overføre borgeren fra AMA til GK er at overføre borgeren fra AMA til en stamafdeling på BBH.

Om de borgere, som overføres fra AMA til GK, oplyser de interviewede på AMA, at nogle af disse borgere har brug for at få vedligeholdt en medicinsk behandling (typisk i forbindelse med infektion), at få nok at spise og drikke, at få løst evt. maveproblemer, og i det hele taget at blive restituerede. I en række tilfælde kan dette ikke håndteres i borgerens eget hjem, da det tilsyneladende ikke er muligt at få den tilstrækkelige støtte og opbakning. Således bliver GK et alternativ til fortsat indlæggelse på sygehus.

I nogle tilfælde indlægges en patient på AMA, medens den tilbageværende ægtefælle af forskellige grunde ikke kan klare sig selv i eget hjem. Den pågældende ægtefælle har ingen

¹ Ifølge udtræk fra Sundhedsstyrelsen var der 2007 i alt 1.233 københavnere på 65+ år, som blev indlagt på hospital med aktionsdiagnosen lungebetændelse. I nogle tilfælde ville den korrekte observation og reaktion af en ”begyndende lungebetændelse” kunne have forebygget en indlæggelse eller indlæggelsen kunne måske have været ”konverteret” til et akut ophold på en kommunal døgnplads frem for en hospitalsindlæggelse.

lidelse eller sygdom, som aktuelt kræver hospitalsbehandling under indlæggelse. Der vil ofte være tale om at den pågældende har en grad af demens. De interviewede på AMA fremhæver, at det er en fordel, at AMA både kan behandle den syge ægtefælle og samtidig efter aftale med Gl. Kloster sikre sig, at den ”raske” ægtefælle umiddelbart kan komme ind på en akutplads på Gl. kloster.

De interviewede på AMA oplever, at der er et stigende pres på bl.a. AMA for at undgå forebyggelige indlæggelser, og at de borgere, som er kommet ind, hurtigt skal udskrives fra sygehus. Det vil derfor i stigende grad i fremtiden være nødvendigt, at kommunerne justerer deres tilbud, så de i endnu højere grad matcher de forskellige typer af behov, som de udskrevne har.

De interviewede på Gl. Kloster fremhæver, at det er hensigtsmæssigt, at akutpladserne er dækket med en sygeplejerske døgnet rundt. Når en sygeplejerske har sagt ja til at modtage en borger, kan sygeplejersken hurtigt, når borgeren er ankommet, danne sig et overblik over borgerens situation og lægge en plan for hvad der skal ske.

De interviewede på Gl. Kloster anfører, at man nogle gange på Gl. Kloster har taget imod borgere, som ikke var visiteret af AMA eller læge. Det kunne være Døgnbasen eller i et enkelt tilfælde en visitator på Amager, som stod i en akut situation en fredag eftermiddag. Den interviewede leder af Døgnbasen påskønner Gl. Klosters fleksibilitet.

De interviewede på Gl. Kloster anfører, at der er en hurtig kommandovej med hensyn til brugen af akutpladser. Når AMA, en vagtlæge eller egen læge henvender sig til GK, bliver det i samme telefonsamtale afklaret, hvorvidt borgeren kan komme på GK eller ej. Der har engang imellem været lidt diskussion af, om borgeren tilhørte målgruppen eller ej, men udover den diskussion kan det altid umiddelbart afklares, om der er plads på GK eller ej.

2.3 Er der ulemper ved akutpladserne?

Både de interviewede på Gl. Kloster og de interviewede visitatorer anfører, at det er ærgerligt, at belægningsprocenten ikke har været højere.

Da det er en udbredt opfattelse blandt de interviewede kommunalt ansatte, at der er et behov for akut at kunne komme på en midlertidig kommunal døgnplads, anses det for en ulempe, at det kun er et geografisk begrænset antal borgere, der aktuelt kan henvises til en akutplads. Tilbuddet om akut adgang til en midlertidig døgnplads burde – set fra et borgersynspunkt – være bydækkende.

Det er de interviewede visitatorers opfattelse, at borgere som skal på rehabiliteringsafdeling eller på plejehjem direkte fra GK, er "for tunge" til ophold på GK. De pågældende borgere burde være kommet enten direkte på plejehjem eller på en rehabiliteringsafdeling, og ikke via GK.

Det er de interviewede visitatorers opfattelse, at den ”trafik” var mere udbredt i begyndelsen, end den har været i det sidste stykke tid. Eller sagt med andre ord: Noget tyder på, at man er blevet bedre til *ikke* at visitere de tungeste borgere til GK. De tungeste borgere bliver i dag

visiteret til midlertidige aflastningspladser på plejehjem. Den mulighed rådede visitatorerne ikke over tidligere, anfører de.

De interviewede på Gl. Kloster mener, at det er *uhensigtsmæssigt*, at der kan gå forholdsvis lang tid, før borgere, som skal videre på en rehabiliteringsplads, kan forlade Gl. Kloster. Ud af de fire interviewede visitatorer er de tre også udskrivningskoordinators. Disse tre er af den opfattelse, at det i praksis er sådan, at borgere, som skal fra GK til en rehabiliteringsplads, får forrang for de borgere, som ligger som færdigbehandlede på hospitalerne, og som også skal på en rehabiliteringsplads. Det skyldes, at GK er meget opsat på at overholde reglen om, at borgerne højst må være 10 dage på GK.

På den anden side anfører de interviewede på GK, at den netop anførte uhensigtsmæssighed opvejes af følgende fordel: Gl. Kloster kan tilbyde et forlænget ophold til de borgere, som skal videre fra GK til en kommunal døgnplads. Således skal borgeren ikke tilbage til eget hjem i en kort periode og dermed sparer Gl. Kloster borgeren for en flytning, som ellers kan give utryghed hos både borger og pårørende.

Det fremgår af interviewet med den ledende basesygeplejerske ved Døgnbasen, at der kan være en gruppe af hjemmeboende borgere med behov for en akutplads, som hverken egen læge eller vagtlæge nødvendigvis bliver gjort opmærksomme på. Det er de ganske få, som pludselig kommer i en situation, hvor de ikke kan bo i eget hjem. I sommeren 2006 gav det anledning til, at der blev oprettet 2 akutpladser på Gl. Kloster, således at kommunen har noget at tilbyde 65+årige, som pludselig ikke kan bo hjemme.

Det fremgår af interviewet med bl.a. AMA, at en række borgere kommer tilbage fra Gl. Kloster til hospitalet. Det er 24 ud af 264, (jf. kapitel 3, tabel 13). Det ligger uden for evalueringens rammer at tage stilling til om dette tal er for højt. Men, der bør være fokus på forholdet.

2.4 Hvad kan gøres bedre omkring de nuværende akutpladser?

Der er borgere, som først visiteres til Gl. Kloster og derfra videre på en rehabiliteringsafdeling. Det synes både de interviewede visitatorer og ledere af rehabiliteringsafdelingerne er *uhensigtsmæssigt*. De interviewede synes, at det burde have været muligt at henvise langt de fleste af disse borgere til rehabiliteringsafdelingen i første omgang. For denne borgergruppe er det med andre ord ikke hensigtsmæssigt, at Gl. Kloster fungerer som en mellemstation. De interviewede ledere af de to rehabiliteringsafdelinger påpeger dog, at det i dag ikke er muligt at få en borger indlagt fra eget hjem på en rehabiliteringsplads indenfor ganske få timer. Med andre ord er der ikke akut adgang til en rehabiliteringsplads.

De interviewede visitatorer anfører, at især den hjemme(syge)pleje, som arbejder aften/nat og weekend, kunne have bedre kendskab til akutpladserne på GK. Det ville betyde, at hjemme(syge)plejen kunne gøre både praktiserende læge og især vagtlæge opmærksom på, at en kommunal akutplads kunne være relevant i forhold til nogle af de borgere, som hjemmeplejen får kendskab til og som ellers bliver indlagt.

Det er de interviewedes visitorers opfattelse, at der på GK findes sundhedsfaglige kompetencer i et omfang, der gør det muligt for borgere på Gl. Kloster, at få støtte til at kunne gøre brug af en række tilbud på hospitalerne. Eksempelvis kunne borgerne komme subakut til en ambulant udredning på en geriatrisk afdeling. Med andre ord findes der en række kompetencer på GK som indebærer, at man kunne "spille på hele klaveret" med henblik på at få borgere indlagt på Gl. Kloster hurtigere frem til en nærmere afklaring og beslutning.

2.5 Samarbejdet mellem Gl. Kloster og øvrige aktører

De interviewede afdelingsledere fra to rehabiliteringsafdelinger, den ledende basesygeplejerske, visitorerne og AMA samt de to interviewede praktiserende læger giver udtryk for, at samarbejdet er velfungerende.

Visitorerne får relevant og rettidigt information, når en borger skal udskrives fra Gl. Kloster. Der er på daglig basis en telefonisk kontakt mellem AMA og Gl. Kloster.

De interviewede på Gl. Kloster (forstander og viceforstander) udtrykker også, at samarbejdet er velfungerende og anfører, at der i forhold til visitationen på Østerbro har været afholdt et møde, hvor man har aftalt nærmere retningslinier for samarbejdet.

Det fremgår af interviewet med forstander og viceforstander på Gl. Kloster, at Døgnbasen i er opmærksom på, at der står "en kattedlem" åben for at Døgnbasen i enkeltstående tilfælde kan henvise en borger til Gl. Kloster. Gl. Kloster er af den opfattelse, at "kattedlemmen" ikke bliver "misbrugt", da Døgnbasen har en udpræget fornemmelse for hvilken målgruppe der er for akutpladserne.

De interviewede på Gl. Kloster oplever, at der er en stor gensidig forståelse mellem AMA og Gl. Kloster af, hvilke borgere der tilhører målgruppen, og hvilke der ikke gør det. Dette er med til at lette samarbejdet mellem AMA og Gl. Kloster.

De interviewede på AMA fortæller, at man i et begrænset omfang har overført demente borgere fra AMA til GK. Det kan indimellem, med den korte observationstid som AMA har, være lidt vanskeligt at vurdere omfang og karakter af borgerens demens, og dermed også hvor egnet et sted GK er for den pågældende borger. Man har således prøvet sig lidt frem, men det er AMA's opfattelse, at der mellem AMA og GK er en fælles forståelse af, hvilke typer af demente der kan overføres fra AMA til GK.

De interviewede på GK fortæller, at det er deres opfattelse, at såfremt GK kontakter borgerens egen læge med henblik på sygebesøg, så kommer lægen på GK.

De interviewede på Gl. Kloster oplyser, at på et tidspunkt i foråret – hvor belægningsprocenten var lav – tog man kontakt til AMA med henblik på at afholde et møde. Imidlertid løb forsøget ud i sandet og mødet blev ikke afholdt.

De interviewede på AMA fortæller, at hvis AMA en formiddag måtte få at vide, at GK ikke kan tage flere patienter den dag, så ringer AMA heller ikke senere på dagen for at høre, om der nu er blevet en ledig plads på GK. De interviewede på AMA oplyser, at det dog er højest en gang om måneden, at AMA er blevet mødt med, at der ikke var plads til, at en patient kunne komme på GK.

De interviewede på AMA konstaterer, at GK ikke ringer og fortæller, hvis der er ledig kapacitet. De interviewede nåede frem til, at det formentligt heller ikke ville øge AMA's brug af GK, da de interviewede er af den grundopfattelse, at AMA i det store og hele henviser samtlige de patienter, som er egnede til et ophold på GK.

De interviewede på AMA anfører dog to mulige undtagelser fra denne hovedregel. For det første: Hvis belægningen på AMA bliver for høj, kan der måske være en tendens til, at AMA går lidt ud over målgruppen for Gl. Kloster. For det andet går AMA måske også lidt ud over målgruppen i sommerferieperioden, hvor normeringen reduceres på AMA.

2.6 Andre borgere, som tilhører målgruppen?

Det fremgår nedenfor, at de interviewede på forskellig vis mener, at der er flere afdelingsafsnit, hvorfra der kunne henvises borgere, som tilhører målgruppen for akutpladser. Endvidere er der også interviewede, som mener, at eksempelvis hjemme(syge)plejen skulle kunne henviser (dele af) målgruppen til en akutplads.

Skadestuen: De interviewede på AMA og Gl. Kloster peger på, at skadestuen også burde kunne henviser til en akutplads. Gl. Kloster understreger, at der kun bør henvises, når alternativet er en indlæggelse fra skadestuen på sygehuset. AMA fortæller, at de kan have en fornemmelse af, at der ind imellem er en "trafik" som indebærer, at borgeren kommer fra skadestue til AMA og herfra videre til Gl. Kloster. I en række tilfælde er det en u hensigtsmæssig omvej, at borgeren skal via AMA. Det er således vurderingen, at der vil være borgere på skadestuen, som tilhører målgruppen for akutpladserne. Nogle af disse kan henvises direkte til Gl. Kloster. Visitatorerne tvivler dog på, at der vil kunne komme noget nævneværdigt antal borgere fra skadestuen til en akutplads.

Ortopædkirurgisk akut modtageafsnit (MMO): De interviewede på Gl. Kloster, AMA og visitatorerne peger på, at der også kunne være god mening i, at MMO kan henviser til en akutplads. Det er med andre ord vurderingen, at der på MMO vil være borgere, som tilhører målgruppen.

Kirurgisk akut modtageafsnit (KMO): De interviewede på AMA vurderer, at der på KMO vil kunne findes borgere, som tilhører målgruppen for akutpladserne.

Andre afsnit-afdelinger som har målgruppen for akutpladserne: De interviewede visitatorer vurderer, at der på neurologisk afdeling og akut hjerteafsnit er borgere, som tilhører målgruppen for akutpladserne.

Det følgende sammenfatter overvejelserne hos de interviewede kommunalt ansatte, om hvilke målgrupper der er – eller burde være – for kommunale akutpladser (og aflastningspladser) og hvem i kommunen, der i givet fald skulle kunne henviser hertil.

I afsnit 2.1 ovenfor er der redegjort for en række delmålgrupper for akutpladserne. Der kan argumenteres for, at delgrupperne e): en pludselig social begivenhed og f): en pludselig ændring af boligsituationen, evt. i kombination med noget helbreds- eller funktionsevne mæssigt, kan få behov for at komme på en *akut aflastningsplads*. De interviewede på Gl. Kloster og den ledende basesygeplejerske er af den opfattelse, at hjemme(syge)plejen bør kunne henviser til sådanne pladser. Afdelingslederne på

rehabiliteringsafdelingerne er af den opfattelse, at hjemme(syge)plejen bør kunne henvise alle målgrupper – altså også ovennævnte målgrupper a)-e) i afsnit 2.1.

I nogle af interviewene bruges begrebet akutte aflastningspladser. Det kan være en sproglig skelnen, men ikke nødvendigvis en organisatorisk-geografisk skelnen. Der sigtes (formentlig til), at især borgere tilhørende især gruppe e) og f) skulle henvises til en akut aflastningsplads.

Dette leder videre til overvejelser om, i hvilket regi akutte aflastningspladser skal indplaceres. Plejehjem eller en rehabiliteringsafdeling? Som det fremgår af kapitel 1 i denne evalueringsrapport, peges der på, at hvad der kunne kaldes akutte aflastningspladser bør indplaceres på en rehabiliteringsafdeling, som en akutplads. Endelig fremgår det af kapitel 1, at budgettildelingen til rehabiliteringsafdelingerne bør afspejle, at nogle borgere "kun" er på en rehabiliteringsafdeling på et kort aflastningsophold, hvorfor de næppe trækker på lige så mange ressourcer per dag, som borgere på et vurderingsophold gør.

2.7 Opmærksomhedspunkter hvis akutpladser skal etableres andet steds i byen

De interviewede på Gl. Kloster, forstander og viceforstander, anfører, at såfremt der skal etableres akutpladser andetsteds i kommunen, bør der være opmærksomhed på bl.a. følgende forhold:

1. På grund af den forholdsvis store gennemgang af borgere på akutpladserne på Gl. Kloster, er der en del administrativt arbejde med at taste ind i visitationssystemet, KOS og Navision, ligesom der skrives en del regninger ud.
2. Akutpladser stiller, i forhold til en rehabiliteringsafdeling eller en afdeling med plejehjemspladser, særlige krav til tøjvask, madproduktion og til samarbejde internt i huset på grund af de kortere reaktionstider og det forhold, at der hyppigere kommer nye borgere ind på institutionen
3. De borgere, som kommer på akutpladserne, har ofte ikke eget tøj med. De skal i øvrigt ofte have vasket tøj, og de har et forholdsvis stort forbrug af bleer. Der er også behov for vinduespudsning, ligesom GK også skal have ekstra mad stående klar i tilfælde af, at borgere kommer akut ind aften og nat.

En del af ovenstående forhold må antages at være kendt på rehabiliteringsafdelingerne, bl.a. i forbindelse med de korte ophold, som kan vare fra 1-3 uger.

3. Aktivitet på akutpladserne

Præsentationen af statistikken er inddelt i tre afsnit. Det første afsnit er en beskrivelse af den generelle aktivitet. Det andet afsnit beskriver aktiviteten i forhold til hvem der henviser. Det tredje afsnit beskriver aktiviteten i forhold til hvor borgeren bliver udskrevet til. Til sidst i dette kapitel redegøres der for datakilderne. I bilag 2 findes en række kommenterede og uddybende tabeller.

Generelt gælder, at tallene er forholdsvis små – i sær når de deles op månedsvis. Det gør det vanskeligt at foretage skarpe konklusioner – da selv mindre ændringer i det faktiske antal kan give store procentvise udslag. Endvidere er der en del borgere, om hvem der kun er få oplysninger, blot cpr.nr., samt ind- og uddato på Gl. Kloster. Der er således i en række tabeller et antal ”uoplyste” eller ”ved ikke”. Det gør det vanskeligt at angive det præcise antal borgere, som er karakteriseret af noget bestemt. Det skyldes, at vi ikke ved, hvorledes ”uoplyste” og ”ved ikke” ville fordele sig, hvis de var kendte.

Et konstrueret eksempel: Der er 100 borgere. Vi søger at afdække om de har valgt A eller B. Resultatet er som følger:

	Antal	Procent
Valgt A	50	50 %
Valgt B	17	17 %
<u>Uoplyst</u>	<u>33</u>	<u>33 %</u>
I alt	100	100 %

Det ses, at 50 % ud af samtlige har valgt A. Hvis alle ”uoplyste” har valgt A, ville 83 % have valgt A. Således er de 50 % en minimumsprocent for hvor mange der har valgt A. Tilsvarende er 17 % en minimumsprocent for B. Det fremgår også af ovenstående, at for de borgere, hvor vi ved hvad de har valgt, A eller B, der har 75 % (nemlig 50 ud af 67) valgt A. Med andre ord: Der er 50 % borgere, som har valgt A, når ”uoplyst” tælles med i totalen. Men 75 % har valgt A, når vi kun ser på de borgere, hvis valg vi kender. I denne rapport vil det være de 50 % som bruges – med mindre andet er angivet. De 50 % er en minimumsprocent.

Ovenstående kan sammenfattes til følgende generelle hovedregel: Som hovedregel er procenter angivet af en total, som også omfatter ”uoplyst” og ”ved ikke” – med mindre andet fremgår af sammenhængen. Når ”uoplyst” og ”ved ikke” indgår i den total, som procenten beregnes af, bliver den beregnede procent en minimumsprocent.

3.1 Generel aktivitet

I dette afsnit præsenteres data for den generelle aktivitet på Gl. Klosters akutpladser i de første 8 måneder af 2008, og afsnittet indeholder bl.a. oplysninger om antallet af borgere, deres opholdstid og alder.

Faktaboks

- Der har været 264 indlæggelser på Gl. Kloster i perioden januar til august 2008.
- Den gennemsnitlige alder har været 83 år.
- Opholdstiden har gennemsnitligt været 9,1 døgn.
- Belægningsprocenten har i gennemsnit været 82,5 %
- Knap 25 pct. af opholdene har haft en varighed på over 10 døgn.

Af tabel 1 fremgår, at der i løbet af de første 8 måneder af 2008 har været indlagt 264 borgere på Gl. Klosters akutpladser. Disse havde en gennemsnitlig opholdstid på 9,1 døgn og en gennemsnitlig alder på 83 år. Den korteste indlæggelse varede 1 dag og den længste 24 dage.

Tabel 1: Gennemsnitlig alder og opholdstid for borgere indlagt på Gl. Kloster for januar til august 2008

	Antal	Opholdstid			Alder		
		Gns.	Min.	Max.	Gns.	Min.	Max.
Januar	39	9,5	3	18	85	66	97
Februar	34	8,5	1	18	83	66	95
Marts	30	9,2	1	21	84	66	97
April	27	9,1	2	24	85	71	100
Maj	36	8,3	1	18	83	67	99
Juni	32	9,7	3	15	85	67	98
Juli	39	9,2	1	14	84	68	101
August	27	9,2	3	16	83	66	95
I alt	264	9,1	1	24	83	66	101

Af tabel 2 fremgår, at de 264 forløb er fordelt på 240 borgere, hvor de 218 har været indlagt en enkelt gang, 20 har været indlagt 2 gange og 2 har været indlagt 3 gange.

Tabel 2: Genindlæggelser på Gl. Kloster i perioden januar til august 2008

Antal indlæggelser	Antal borgere	Antal dage	Gns. Opholdstid
Indlagt 1 gang	218	1.966	9,0
Indlagt 2 gange	20	388	9,7
Indlagt 3 gange	2	55	9,2
I alt	240	2.409	9,1

**Opholdstid er udregnet på antal indlæggelser, ikke antal borgere.*

Tabel 3 viser belægningsprocenten på Gl. Kloster i de første 8 måneder af 2008. Den gennemsnitlige belægningsprocent har været på 82,5 %. Det fremgår endvidere, at belægningen har været lavest i april med 66,9 % og højest i januar med 95,2 %.

Tabel 3: Belægningsprocent for Gl. Kloster for januar til august 2008

Måned	Tilgang af borgere	Afgang af borgere	Antal opholdsdage	Max. antal opholdsdage	Belægningsprocent
Januar	38	39	354	372	95.2 %
Februar	33	34	285	348	81.9 %
Marts	28	30	284	372	76.3 %
April	30	27	241	360	66.9 %
Maj	35	36	310	372	83.3 %
Juni	33	32	323	360	89.7 %
Juli	35	39	343	372	92.2 %
August	29	27	267	360	71.8 %
Gennemsnit	32,6	33	301	364,5	82.5 %

Tabel 4 viser borgere indlagt på Gl. Kloster fordelt på opholdstid. Det ses, at 17,4 % har været indlagt i 1-5 dage. Endvidere har 58,3 % haft en opholdstid på mellem 6 og 10 dage, mens 20,6 % har haft en opholdstid på mellem 11 og 15 dage. Der udover har 3,8 % af borgerne været indlagt i 16 dage eller derover. Således har 75,7 % af borgerne været indlagt på Gl. Kloster i maksimalt 10 dage. Endeligt viser tabellen, at den gennemsnitlige alder stiger med opholdstiden. Således er gennemsnitsalderen 82,5 år for borgere, som har været indlagt i 1-5 dage og stigende til 87,4 år for borgere, som har haft en opholdstid på 16 dage eller derover.

Tabel 4: Borgere indlagt på Gl. Kloster fordelt på opholdstid

Opholdstid	Antal borgere	Andel borgere	Gns. opholdstid	Gns. alder
1-5 dage	46	17.4 %	3.4	82.5
6-10 dage	154	58.3 %	9.3	83.1
11-15 dage	54	20.6 %	12.0	84.3
16+ dage	10	3.8 %	18.1	87.4
I alt	264	100.0 %	9.1	83.4

3.2 Aktivitet i forhold til hvem der henviser

I dette afsnit fokuseres der på, hvem der henviser og hvorledes dette kan kobles til aktiviteten på akutpladserne.

Faktaboks

- Ca. 57 % af indlæggelserne på Gl. Kloster er henvist fra AMA, ca. 43 % er henvist fra borgerens egen læge eller vagtlæge (opgjort på de 223 borgere, hvor henviser kendes).
- 2 % er henvist om natten, øvrige henviste fordeler sig ligeligt på dag og aften (opgjort på de 194 borgere, hvor ankomsttidspunkt kendes)
- 7 ud af 10 indlæggelser på Gl. Kloster med en opholdstid på mere end 16 døgn er henvist af borgerens egen læge.
- Mindst 53 % af samtlige borgere, som er henvist af praktiserende læge eller vagtlæge, ville være blevet indlagt på hospital, hvis Gl. Kloster ikke havde været en mulighed.
- 38 borgere er kommet videre fra en akutplads til et vurderingsforløb på en rehabiliteringsplads. Af disse var 3 godkendt til vurderingsopholdet før de kom på akutpladsen
- 24 borgere er udskrevet fra Gl. Kloster til hospital. Af disse havde AMA henvist 11, borgerens egen læge 11, mens vagtlæge havde henvist 2.

Af tabel 5 fremgår det, at ud af 264 borgere er der 41 borgere, hvor henviseren ikke er kendt, jf. nederste række i tabellen. De følgende kommentarer knytter sig til de 223 borgere, hvor henviser kendes. Det ses, at 127 er henvist af AMA på Bispebjerg Hospital. Derudover er 84

borgere henvist af borgerens egen læge og 12 borgere af vagtlægen. Fordelingen på opholdstid fremstår relativt homogen for alle tre grupper. Dog er der relativt flere, der venter mere end 16 dage blandt de borgere, der er henvist af egen læge i forhold til de borgere, der er henvist af AMA og vagtlæge.

Tabel 5: Fordeling af borgere på opholdstid og henviser.

Opholdstid	Henvist af								I alt
	AMA BBH		Egen læge		Vagtlæge		Ubesvaret		
1-5 dage	19	15 %	16	19 %	3	25 %	8	20 %	46
6-10 dage	81	64 %	45	54 %	7	58 %	21	51 %	154
11-15 dage	25	20 %	16	19 %	2	17 %	11	27 %	54
16+ dage	2	2 %	7	8 %	0	0 %	1	2 %	10
I alt	127	100 %	84	100 %	12	100 %	41	100 %	264

For tabel 6 gælder også, at henviseren kendes for 223 borgere (127+84+12). For 194 borgere (98+94+2) vides i hvilket tidsrum de er ankommet til Gl. Kloster. To er ankommet om natten. De øvrige er ankommet om dagen (98 borgere) og aftenen (94 borgere). AMA har henvist 127. Af disse ved vi, at mindst halvdelen, nemlig 64, er henvist i aftenvagten. Det skyldes formentlig i vidt omfang, at der kan gå timer fra aftalen er indgået mellem AMA og Gl. Kloster til transportbilen er til rådighed for AMA. For borgere, som er henvist af egen læge, gælder i runde tal, at ca. 2/3 ankommer i dagvagten (55) og 1/3 i aftenvagten (25).

Tabel 6: Henviser krydset med indlæggelsestidspunkt

Indlæggelsestidspunkt	Henviser				I alt
	AMA BBH	Egen læge	Vagtlæge	Ikke oplyst	
Dagvagt	37	55	6	0	98
Aftenvagt	64	25	5	0	94
Nattevagt	0	1	1	0	2
Ikke oplyst	26	3	0	41	70
I alt	127	84	12	41	264

Note: Dagvagt er 7-15, aftenvagt 15-23 og nat fra 23-07.

For borgere henvist af vagtlægen indlægges 6 i dagvagten, og af tabel 7 fremgår det, at 2 af disse er indlagt i weekenden. 2 af de 4, der er blevet indlagt af vagtlæge på en hverdag i en dagvagt, er blevet indlagt mellem jul og nytår, og de 2 øvrige på ganske almindelige hverdage og begge omkring middagstid. Det kræver yderligere analyse for at finde årsagen til, at borgere henvist af vagtlæge, først ankommer på Gl. Kloster i dagtiden. Men det kan skyldes, at der kan være en vis forsinkelse fra, at vagtlægen henviser borgeren, til borgeren rent faktisk

ankommer til Gl. Kloster. Dette svarer til det, der formentlig gør sig gældende for mange af de henviste fra AMA: Der kan gå timer fra aftale er indgået til transportbilen kommer.

Tabel 7: Henvisninger fra vagtlæge, ankomsttid og ugedag

Ankomsttid	Ugedag						I alt
	Søndag	Mandag	Tirsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	
Dagvagt	1	0	2	0	2	1	6
Aftenvagt	2	0	0	2	1	0	5
Nattevagt	0	1	0	0	0	0	1
I alt	3	1	2	2	3	1	12

Note: Dagvagt er 7-15, aftenvagt 15-23 og nat fra 23-07.

Tabel 8 viser den henvisende læges bud på, om den pågældende borger ville være blevet indlagt på et hospital, hvis ikke vedkommende var kommet til Gl. Kloster. I AMA's tilfælde spørges der til, om borgeren ville være blevet overflyttet til en stamafdeling.

Tabel 8: Henvisers vurdering af om borgeren ville være blevet indlagt på hospital hvis ikke vedkommende var kommet på Gl. Kloster.

Indlagt på hospital, hvis ikke på Gl. Kloster?	Henvist af								I alt	
	AMA Bispebjerg Hospital		Borgers egen læge		Vagtlæge		Ubesvaret			
Ja	¹⁾ 65	51 %	44	52 %	7	58 %	0	0 %	116	44 %
Nej	7	6 %	6	7 %	2	17 %	0	0 %	15	6 %
Ved ikke	16	13 %	19	23 %	0	0 %	0	0 %	35	13 %
Ubesvaret	39	31 %	15	18 %	3	25 %	41	100 %	98	37 %
I alt	127	100 %	84	100 %	12	100 %	41	100 %	264	100 %

Note 1): AMA har sagt ja til, at 65 ud af 127 ville have været overført til en stamafdeling på BBH, hvis Gl. Kloster ikke havde været en mulighed.

Note a: I løbet af evalueringsperioden er der fremkommet et ønske fra personalet på Gl. Kloster om at udvide svarmulighederne til dette spørgsmål. I flere tilfælde har den henvisende læge svaret, at han ikke umiddelbart ville hospitalsindlægge borgeren, men at det sikkert ville ske inden for kort tid, hvis ikke borgeren blev indlagt på Gl. Kloster. Denne svarmulighed har eksisteret i KOS-specialarket siden 1. juli 2008. I den viste tabel er kategorien på grund af den korte periode slået sammen med kategorien 'Ja'. På samme dato blev tilføjet en yderligere svarmulighed, nemlig 'Ikke oplyst' til de tilfælde, hvor det ikke lykkedes personalet at få et svar fra den henvisende læge. Her har personalet tidligere brugt kategorien 'Ved ikke', der dermed er kommet til at dække både de tilfælde, hvor lægen ikke vidste det og de tilfælde, hvor det ikke lykkedes at få et svar. I tabel 8 er disse kategorier også slået samme i "ved ikke"..

Note b: Siden 1. juli 2008 er svarmulighederne for dette spørgsmål i KOS-specialarket blevet udvidet med yderlige to kategorier. Én kategori, der hedder 'Ikke i dag, men indenfor nærmeste fremtid' og én, der hedder 'Ikke oplyst' til de tilfælde, hvor det ikke lykkedes personalet at få et svar fra den henvisende læge. Disse to kategorier er på grund den korte periode inkluderet i henholdsvis 'Ja' og 'Ved ikke'. Endvidere spørges der om AMA ved, hvorvidt borgeren ville blive overført til en stamafdeling på Bispebjerg Hospital.

Det fremgår af tabel 8, at egen læge og vagtlæge tilsammen har henvist mindst 96 borgere (84+12). Det fremgår, at mindst 44+7 = 51 af disse (svarende til mindst 53 %) ville lægen have hospitalsindlagt, hvis Gl. Kloster ikke havde været en mulighed.

Af tabel 8 fremgår endvidere, at AMA har henvist 127 borgere til Gl. Kloster. Mindst 65 af disse, svarende til mindst 51 %, ville AMA have overført til en stamafdeling på Bispebjerg Hospital, hvis Gl. Kloster ikke havde været en udskrivningsmulighed. 7 borgere ville være kommet i eget hjem, og om 16 borgere ved AMA ikke, om de ville være kommet hjem eller på en stamafdeling. Endelig er der 39 ubesvarede – altså der er ikke registreret noget svar fra AMA på, hvor disse borgere ville være kommet hen, hvis de ikke var kommet på Gl. Kloster. Tallene angiver dog med baggrund i de ”sikre svar”, at ud af 65 + 7 = 72 ville AMA have henvist ca. 10 % (7 borgere) til eget hjem, hvis Gl. Kloster ikke havde været en mulighed. Det er vanskeligt at sige, hvorledes ”ved ikke” og ”ubesvaret” ville påvirke de 10 %, hvis de var kendt.

Se bilag 2 for uddybende tabeller.

3.3 Aktivitet i forhold til hvor borgeren udskrives til

I dette afsnit beskrives aktiviteten på akutpladserne i forhold til hvortil borgeren udskrives. Deres alder og varighed af opholdet berøres også.

Faktaboks

- 15 % af alle indlagte på GK kommer videre til en midlertidig kommunal døgnplads
- 2 % kommer videre på plejehjem
- Mindst 9 % kommer fra GK til hospital
- Mindst 50 % kommer tilbage til eget hjem
- Af de 24, der overføres fra GK til hospital, blev 11 oprindelig henvist fra AMA til GK og 11 henvist af egen læge til GK
- De borgere, der udskrives til plejehjem har længst opholdstid med 12,8 døgn, mens udskrivninger til hospital har kortest opholdstid med 5,6 døgn.
- De 96 borgere, som er henvist fra eget hjem af enten egen læge eller vagtlæge, fik hjemmepleje de sidste 10 dage før akutpladsen til en gennemsnitlig daglig værdi af ca. 400 kr.

Af tabel 9 fremgår det, at der ikke er væsentlige forskelle på, hvor borgere, henvist af AMA på den ene side og egen læge eller vagtlæge på den anden side, kommer hen efter opholdet på Gl. Kloster. Sammenligningen er lidt vanskelig, fordi antallet og andelen af "ikke oplyst" for de af AMA henviste (27 ud af 127 borgere) er noget større end for de lægehenviste (6 borgere).

Hvis antallet af døde, hospitalshenviste og henviste til en kommunal døgnplads (plejehjem eller midlertidig plads) kan tages som udtryk for den sundhedsmæssige og funktionsmæssige tilstand for borgerne, så er borgerne nogenlunde "lige tunge", uanset om de er henvist af AMA eller egen læge eller vagtlæge.

Tabel 9: 65+ årige borgere henvist af AMA, egen læge og vagtlæge, fordelt på udskrivningssted; januar - august 2008.

Udskrivnings- sted	Henvist til GK			I alt	Antal godkendt før akutophold på Gl. K.
	Henvist til GK fra AMA	Henvist til GK fra af egen læge/vagtlæge	Ikke oplyst		
Eget hjem	70	58	0	128	
Midlertidig plads	15	15	10	40	3
Plejehjem	3	2	0	5	2
Hospital	11	13	0	24	
Død	1	2	0	3	
Ikke oplyst	27	6	31	64	
I alt	127	96	41	264	5

Endvidere fremgår det, at 40 ud af 264 (15 %) kommer videre fra en akutplads til en midlertidig plads (altovervejende et vurderingsforløb).

Endelig fremgår det af tabel 9, at det er forholdsvis få af de borgere, som kommer videre på en midlertidig plads fra en akutplads, der er godkendt til en sådan plads, før de kommer til en akutplads på Gl. Kloster. Langt de fleste borgere, som kommer på en midlertidig rehabiliteringsplads godkendes således til bl.a. et vurderingsophold på en rehabiliteringsafdeling, *medens* de opholder sig på en akutplads. Endelig er 2 ud af 5, der kommer fra en akutplads på plejehjem, godkendt til plejehjemmet før de kommer på akutpladsen.

Fra KOS er der foretaget et udtræk, som viser omfanget af den hjemmehjælp, som de borgere, der er henvist af egen læge og vagtlæge, modtog i dagene inden de kom på en akutplads. Beregningen dækker de sidste 10 dage før akutpladsen. Den viser, at de 96 borgere, som med sikkerhed er henvist af førnævnte læger i gennemsnit modtog hjemmehjælp til en værdi af ca. 400 kr. om dagen.

Tabel 10 viser, hvor borgere kom hen efter udskrivning fra Gl. Kloster kombineret med opholdstiden. Det fremgår, at knap 25 % af de borgere, der udskrives til eget hjem, venter mere end 10 dage, og at 4 ud af de 5, der udskrives til plejehjem, venter mere end 10 dage. For vurderingsophold (= rehabilitering) ses det, at halvdelen af de borgere, der kommer videre til vurderingsophold på Østerbro rehabiliteringsafdeling, venter mere end 10 dage, medens at lidt mere end en 1/3 af dem, der kommer på et vurderingsophold på en anden rehabiliteringsafdeling, venter mere end de 10 dage. 14 ud af de 24, der kom på hospital, har derimod haft en opholdstid på kun mellem 1 og 5 dage.

Tabel 10: Opholdstid (interval) fordelt på udskrivningsmulighed

Opholdstid	Udskrivningssted								I alt
	Død	Eget hjem	Hospital	Plejehjem	Anden midlertidig kommunal plads	Rehabilitering Østerbro	Anden rehabilitering	Ikke oplyst	
1-5 dage	2	14	14	0	0	1	1	14	46
6-10 dage	1	82	8	1	2	5	16	39	154
11-15 dage	0	26	2	3	0	5	8	10	54
16+ dage	0	6	0	1	0	1	1	1	10
I alt	3	128	24	5	2	12	26	64	264

**Oplysninger om kommunale pladser hentes via VI. En borger regnes som udskrevet til en kommunal plads hvis indskrivningsdatoen på den nye plads er den samme udskrivelsesdatoen på Gl. Kloster. Der kan derfor være flere, der udskrives til kommunale pladser, hvis der grundet forskellige registreringspraksis ikke er sammenfald mellem de to datoer.*

3.4 Beskrivelse af data og datakilder

Statistikken i dette kapitel beskriver aktiviteten på akutpladserne på Gl. Kloster i perioden 1. januar 2008 til 31. august 2008. Statistikken er genereret på baggrund af et grunddatasæt trukket ud fra Københavns Kommunes visitationssystem (VI) over alle borgere udskrevet fra akutpladserne i den nævnte periode. Visitationssystemet indeholder præcise oplysninger om indskrivning og udskrivningsdato, opholdstid, alder, samt om borgeren er udskrevet til anden kommunal institution.

Disse data er suppleret med oplysninger fra de KOS-specialark, som personalet på Gl. Kloster udfylder i forbindelse med en borgers ophold på akutpladserne. Specialarkene supplerer bl.a. med oplysninger om, hvor borgeren er henvist fra, hvor de efterfølgende udskrives til, samt om den henvisende vurderer, at indlæggelsen på Gl. Kloster erstatter en reel sygehusindlæggelse. Disse specialark har dog vist sig i flere tilfælde at være enten helt eller delvist mangelfuldt udfyldt. I de tilfælde, hvor specialarket ikke er udfyldt, er det i tabellerne angivet som 'ubesvaret'.

Udover data fra KOS-specialark er data også beriget med data fra akut modtageafdeling (AMA) på Bispebjerg Hospital. Disse data har medvirket til at give et mere præcist billede af

henviste fra AMA til Gl. Kloster. I det følgende beskrives hvorledes de tre nævnte datasæt er koblet.

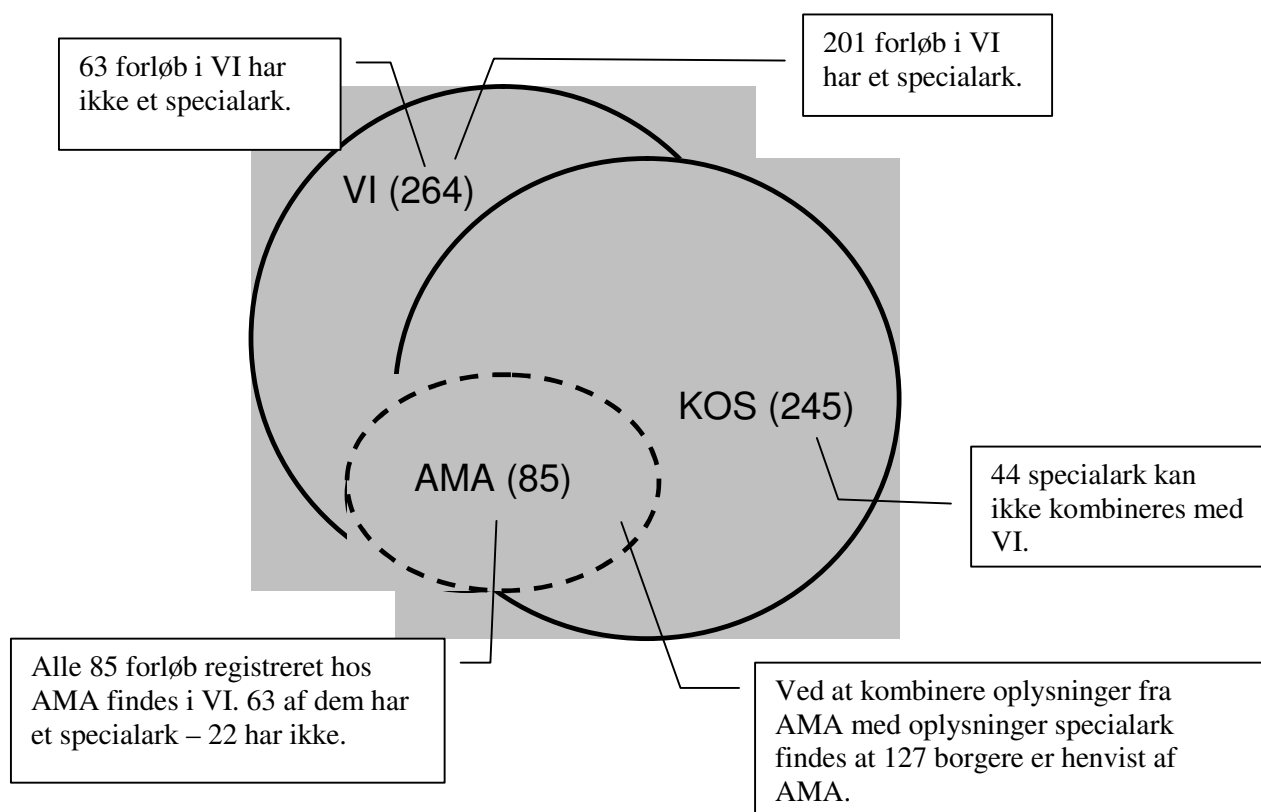
3.4.1 Samkørsel af data

Nedenstående figur fremstiller i grafisk form de enkelte datakilder, og hvorledes data er sammenkørt. I det følgende er denne samkørsel beskrevet mere indgående.

Grunddata er datasættet fra VI-systemet omfattende de 264 borgere, der er blevet udskrevet fra Gl. Kloster i de første 8 måneder af 2008. Disse data er suppleret med oplysninger fra de 245 specialark, der er udfyldt i samme periode. Da en borger kan have haft flere forløb på Gl. Kloster i perioden, er koblingen af disse to datasæt sket ved hjælp af kombinationen af personnummer og indlæggelsesdato. For flere af specialarkene gælder dog, at indlæggelsesdatoen er forkert eller fraværende. Derfor er der 44 af de 245 specialark, der i sammenkoblingen sorteres fra. Flere af disse har ved granskning af data vist sig at være dubletter af allerede eksisterende specialark. Personalet på Gl. Kloster kan, når de åbner KOS, have svært ved at se, om der allerede eksisterer et specialark på en borgers indlæggelsesforløb og har derfor i flere tilfælde oprettet mere end et specialark på samme indlæggelse. De 264 forløb fra VI er derfor suppleret med oplysninger fra 201 specialark fra KOS.

Derudover er data som nævnt også beriget med oplysninger fra AMA. I alt har AMA registreret 85 udskrivninger i perioden, hvor borgeren er udskrevet direkte til Gl. Kloster. Ved samkørsel med de øvrige data har det antal efter al sandsynlighed vist sig at være for lille. I specialarkene registreres også oplysninger om, hvem der henviser borgeren, og ved at kombinere disse oplysninger med oplysninger fra AMA ses det, at 127 af de 264 er henvist af AMA².

² En borger opfattes som henvist af AMA, hvis det enten fremgår af data fra AMA eller af data fra specialarkene.

Figur 1: Samkørsel af data

Der er 44 specialark, som ikke kan kombineres med VI-systemet. Nogle af de 44 er formentlig dubletter, dvs at den samme borger er forsøgt oprettet to gange i et KOS-specialark i forbindelse med samme ophold. Imidlertid er borgeren kun oprettet i VI-systemet én gang for det samme ophold. Således er borgeren ”fanget”. Konklusion: De fleste af de 44 er ”registreringsnavs” og næppe udtryk for, at der er borgere, som har haft et GK-forløb, som ikke er registreret i VI-systemet.

Bilag 1: Godkendte resumeer af interviews

Oversigt over de interviewede

Forstander Hannah Hjorth og viceforstander Ann-Louise Holm-Jensen, Gl. Kloster

Afdelingssygeplejerske Ruth Nasnas og overlæge Merete Almind, AMA på BBH

Praktiserende læge Karsten Kihl, praksis på Østerbro

Praktiserende læge Anne Marie Seidenschnur, praksis på Østerbro

Udskrivningskoordinatorerne Inge-Lise Mahler, (Østerbro) Mette Grane Jones (Østerbro) og Dina Felthaus (Bispebjerg/Nørrebro) samt ergoterapeut Joan Randbo (Østerbro)

Afdelingsleder Joan Aastrand, rehabiliteringsafdelingen Nørrebro/Bispebjerg og afdelingsleder Noomi Michelsen, rehabiliteringsafdelingen Vanløse/Brønshøj/Husum

Ledende basesygeplejerske Steen Gastrup, Døgnbasen, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Metode

Interviewene er gennemført af chefkonsulent Lars Engberg, Center for Faglig Udvikling, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune. Konsulent Lone Vinhard, samme sted, deltog i interviewet med forstander Hannah Hjorth og viceforstander Ann-Louise Holm-Jensen. Efter hvert interview har Lars Engberg udarbejdet et udkast til resume af interviewet.

Det er sendt til de(n) interviewede til korrektion for fejl, misforståelser og mangler i forhold til det der blev sagt under interviewet. Alle efterfølgende resumeer er godkendt af de interviewede

Interviewguidens grundstruktur

Det er vigtigt at være opmærksom på, at interviewguiden er et arbejdsinstrument for den der interviewer. Derfor tilpasses det enkelte interview til interviewpersonens funktion og placering i forhold til akutpladserne. Der kan være temaer i interviewguiden, som udelades i en konkret interview. Rækkefølgen i afviklingen af interviewet kan komme til at afvige fra interviewguidens, hvis de(n) interviewede af egen kraft bevæger sig ind i et tema, som står længere nede i interviewguiden. Resumeeet søger dog at følge en fælles struktur for at gøre det mere læsevenligt.

1. Faktuelt og overordnet: Hvad er dit arbejdssteds relation til akutpladserne på Gl. Kloster? Altså: Hvem gør hvad? Dernæst: Hvad er dine erfaringer og vurderinger af kommunikation, samarbejde og arbejdsdeling?
2. Er der fordele ved akutpladserne?
3. Er der ulemper ved akutpladserne?
4. Er der noget som efter din mening kan gøres bedre ved akutpladserne?
5. Kommentarer til tal for januar – august 2008 vedr. maksimal opholdstid, belægningsprocent og antal borgere overført fra Gl. K. til hospital. Temaerne er berørt i interview med AMA og Gl. Kloster.
6. Hvilke 65+ årige borgere har brug for en akut døgnplads? Hvad karakteriserer disse borgere?
7. Hvem bør kun henvise disse borgere?
8. Hvilken type af institution kan mest hensigtsmæssigt håndtere disse borgere?

Forstander Hannah Hjorth og viceforstander Ann-Louise Holm-Jensen

Redaktionel bemærkning: I det følgende henvises der alene til Gl. Klosters akutpladser. Men for nemheds skyld henvises der blot til Gl. Kloster. I det følgende kan der fx stå: "GK har kendskab til ...". Dette udtryk dækker: "De interviewede på Gl. Kloster har kendskab til"

1. Fordelene ved akutpladserne?

En fordel ved akutpladserne er, at de er sygeplejerskebemandet døgnet rundt. Det betyder at når en ny borger kommer på Gl. Kloster (GK), kan sygeplejersken hurtigt danne sig et overblik over, hvad borgerens situation er, og hvad der skal ske. Denne indsats kan ydes døgnet rundt. Er det nødvendigt at kontakte egen læge undervejs, så kan det også ske med udgangspunkt i den sygeplejefaglige viden, som eksisterer på GK.

Akutpladserne kan også være fleksible i forhold til udskrivning af borgere fra akutpladserne. Nogle borgere skal på rehabilitering. Nogle få skal på plejehjem eller tilbage i eget hjem efter at der er foretaget boligændring, hovedrengøring eller hjælpemidler er bragt til stede.

Gl. Kloster har mulighed for at tilbyde borgeren et forlænget ophold, som dels sparer borgeren for at blive flyttet for meget rundt, dels sparer f.eks. hjemmeplejen for at skulle starte hjælpeforanstaltninger op for få dages skyld.

I sammenligning med en hospitalsafdeling og med AMA er GK et sted, som er mere roligt, og hvor rammerne opleves som mere trygge af de ældre borgere.

GK har kendskab til de muligheder der er for ældre borgere, som har behov for pleje og omsorg i Københavns Kommune. Derfor kan GK støtte de borgere, som skal videre i Københavns Kommune med at finde det bedste tilbud til disse borgere. Det kan dreje sig om behov for at komme på en rehabiliteringsplads eller få hjælpemidler i eget hjem.

Der er en hurtig kommandovej med hensyn til brugen af akutpladser. Når AMA, en vagtlæge eller egen læge henvender sig til GK, bliver det i samme telefonsamtale afklaret, hvorvidt borgeren kan komme på GK eller ej. Der har engang imellem været lidt diskussion af, om borgeren tilhørte målgruppen eller ej, men udover den diskussion kan det altid umiddelbart afklares, om der er plads på GK eller ej.

I en række tilfælde har GK udvist fleksibilitet i forhold til de henvendelser, der er kommet. I et tilfælde dukkede brandvæsenet fra Frederiksberg Kommune op med en ældre dame fra Frederiksberg, som var i en meget vanskelig situation. Brandvæsenet erkendte efterfølgende, at de var "gået galt i byen", men eftersom det var om aftenen, og damen var i en vanskelig situation, havde GK sagt ja til at have Frederiksberg-borgeren til den følgende dag. I et andet tilfælde havde en visitator fra Amager en fredag eftermiddag endt med at kontakte akutpladserne på GK, igen med en borger som var i en vanskelig situation. Også i det tilfælde havde GK accepteret at tage mod den pågældende borger (som ikke tilhører GK's optageområde).

2. Hvad er ulemperne ved akutpladserne?

I det følgende peges på nogle uhensigtsmæssigheder set med GK's øjne. Der er ikke nødvendigvis tale om uhensigtsmæssigheder ved selve akutpladsfunktionen på GK, men måske snarere tale om nogle uhensigtsmæssigheder i forhold til den helhed, som GK indgår i.

I nogle tilfælde kommer en borger forholdsvis hurtigt tilbage på GK. GK kan have en fornemmelse af, at det i nogle tilfælde skyldes at hjemmepleje, lift, boligændring og hjælpemidler ikke er helt på plads, når borgeren kommer hjem.

GK mener også, at det kan være svært at komme af med borgere, som skal på rehabiliteringsafdeling.

GK konstaterer at et vilkår i forbindelse med at drive akutpladserne er, at pga den forholdsvis store gennemgang af borgere er der meget administrativt arbejde med at taste ind i visitationssystemet, i KOS og i Navision, samt at skrive regninger ud. På trods af at opholdet er gratis, skrives der stort set regninger ud til samtlige borgere for bl.a. køb af medicin.

På GK er det sådan, at nogle borgere overgår fra GK's akutplads til GK's rehabiliteringsplads. GK oplyser, at det ikke er muligt at lade en borger, som er på en akutplads, forblive i denne bolig, og så omdefinere dette til en rehabiliteringsplads. Borgeren skal flyttes fysisk fra sin akutplads til en rehabiliteringsplads. GK forklarer, at VI-systemet ikke kan udarbejde en belægningsprocent for f.eks. akutpladserne, hvis akutpladserne ikke hele tiden fysisk består af de samme 12 boliger. Derfor overflytter GK rent fysisk alle de borgere, som skal fra en akutplads til en rehabiliteringsplads, fra den ene pladstype til den anden. Det giver administrativt arbejde.

3. Hvad kan gøres bedre ved akutpladserne?

Der bør etableres mere håndterbare IT-løsninger.

Belægningsprocenter bør øges. De interviewede anfører, at belægningsprocenten kan øges ved at udvide målgruppen til også at omfatte borgere fra MMO, skadestue samt til evt. at omfatte hele København.

Ledelsen på GK ønsker en afklaring vedrørende SOF-borgere. I en række tilfælde modtager SOF-borgere, også efter de er fyldt 65 år, hjemmepleje af SOF. Spørgsmålet for GK er, om GK er forpligtet til at tage 65+ årige borgere med SOF-hjemmehjælp, hvis enten AMA eller praktiserende læge/vagtlæge henvender sig. Det er muligt for GK at oprette disse borgere i KOS, hvis GK skal tage mod disse borgere. Indtil nu har GK taget imod 65+ årige borgere, som har fået SOF-hjemmehjælp.

Ledelsen på GK har et ønske om, at kommunen afklarer kørselsreglerne. De interviewede er af den opfattelse, at transporten for borgere, der kommer fra AMA betales af AMA. Den øvrige kørsel betales af kommunen. Men hvad med andre borgere (henvist af praktiserende læge og vagtlæge) og hjemtransporten for samtlige? GK er bekymret for, om der i fremtiden vil være midler til at dække kørselsudgifterne.

GK kunne ønske sig, at der var en TV-fladskærm på hver akutplads.

De interviewede anførte, at de borgere som kommer på akutpladserne, ofte ikke har eget tøj med, ofte skal have vasket tøj og har et forholdsvis stort forbrug af bleer. Der er også behov for vinduespudding, ligesom GK også skal have ekstra mad stående klar i tilfælde af, at borgere kommer akut ind aften og nat. Mere generelt udtrykte de interviewede, at der i

forbindelse med driften af GK mangler et almindeligt kapacitetsbudget. Samlet set er det en økonomisk ulempe for GK som helhed (plejehjem, rehabilitering og akutpladser), at der på institutionen også er kommet akutpladser.

Under interviewet knyttede de interviewede kommentarer til tre tabeller og en A-4. Tabellerne er gengivet nedenfor og A-4'eren er vedhæftet som bilag 1.

Det fremgår af tabel 1, at de længste opholdstider for den enkelte måned i perioden januar måned til og med august måned har været fra 14 til 24 dage.

Tabel 1. Gennemsnitlig og maksimal opholdstid på GK januar til august 2008.

	Antal	Opholdstid			Alder		
		Gns.	Min.	Max.	Gns.	Min.	Max.
Januar	39	9,5	3	18	85	66	97
Februar	34	8,5	1	18	83	66	95
Marts	30	9,2	1	21	84	66	97
April	27	9,1	2	24	85	71	100
Maj	36	8,3	1	18	83	67	99
Juni	32	9,7	3	15	85	67	98
Juli	39	9,2	1	14	84	68	101
August	27	9,2	3	16	83	66	95
I alt	264	9,1	1	24	84	66	101

De interviewede forklarede, at baggrunden for opholdsdage udover 10 dage er, at der især var flaskehalse, når en borger skulle videre fra GK til en rehabiliteringsafdeling. I nogle tilfælde skyldtes den forsinkede udskrivning fra GK også, at der skulle gennemføres hovedrengøring, tilvejebringes hjælpemidler, foretages boligændring m.v. til borgeren. I et enkelt tilfælde skulle en borger videre til et plejehjem i Jylland, og der blev borgeren på GK indtil der var en klar aftale på plads.

På GK arbejder man ud fra, at opholdet højst må vare 10 dage. Dette kommunikerer de ansatte meget tidligt i forløbet til både den indlagte borger og de pårørende. GK er i stand til i vidt omfang at overholde dette. Som det fremgår af tabel 1 er den gennemsnitlige opholdstid (opgjort på månedsbasis) på fra 8,3 til 9,7 dage. Dette betragter de interviewede som værende tilfredsstillende. GK oplyser, at det kun er i særlige tilfælde (overgang til rehabiliteringsafdeling, problemer med bolig m.v.), at opholdstiden er længere end 10 dage. Det er ad hensyn til borgeren, at opholdstiden forlænges ud over 10 dage.

Belægningsprocenten opgjort på månedsbasis fremgår af tabel 2. Det ses, at den laveste belægningsprocent er på 66,9% i april 2008 og den højeste er på 95,5% i januar 2008. Også i juni 2008 er den forholdsvis høj, 92,2%.

Tabel 2. Belægningsprocent på GK januar-august 2008.

Måned	Tilgang af borgere	Afgang af borgere	Antal sengedage	Max. antal sengedage	Belægningsprocent
Januar	38	39	354	372	95,2%
Februar	33	34	285	348	81,9%
Marts	28	30	284	372	76,3%
April	30	27	241	360	66,9%
Maj	35	36	310	372	83,3%
Juni	33	32	323	360	89,7%
Juli	35	39	343	372	92,2%
August	29	27	267	360	71,8%

Som anført i punkt 3 ovenfor har GK et ønske om at hæve belægningsprocenten. De interviewede blev spurgt om de havde taget initiativ til på ledelsesplan at holde et møde med afdelingssygeplejersken på AMA for at drøfte om og hvordan samarbejdet kunne styrkes mellem AMA og GK, bl.a. med det formål at øge belægningsprocenten og bidrage til, at personalet på AMA var velinformeret om Gl. Kloster-muligheden. Ledelsen af GK svarede, at dette forsøg var gjort, men at det løb ud i sandet. Mødet var således ikke blevet afholdt. GK oplyser, at GK har udarbejdet et informationshæfte til AMA og har forespurgt om der var behov for yderligere information. AMA har ikke reageret på den henvendelse. For de interviewede er vigtigt og centralt at understrege, at der er et fint samarbejde mellem AMA og GK med en daglig kontakt. Derfor er GK af den opfattelse, at den lave belægningsprocent ikke kan skyldes, at AMA ikke kender til akutpladserne. Det er GK's opfattelse, at den lave belægning i april hænger sammen med sygeplejerskernes strejke. Det var som om hele sundhedsvæsenet gik på lavt blus med færre indlæggelser til følge.

En række borgere er henvist fra GK til hospital. I perioden januar – juni 2008 blev 20 borgere henvist. Til interviewet forelå en stikordsmæssig oversigt, som for hver borger fortalte, hvor længe den pågældende borger havde været på akutpladsen. For hver borger var der bl.a. angivet en årsag til, at borgeren var overført fra GK til hospital. Se bilag 1.

De interviewede på GK sagde, at oversigten var udtryk for, at der blev handlet fra GK's, og at GK på den måde levede op til en retningslinie om, at GK ikke skal være et minihospital. GK havde ikke overblik over, hvor mange af de pågældende borgere der havde været på AMA før de blev genindlagt på hospital. I hvilket omfang praktiserende læger havde været "inde over" henvisning til sygehus, havde de interviewede ikke oplysninger herom. Men ved en gennemgang af listen var det oplagt, at nogle borgere var indlagt på sygehuset via opkald til 112, f.eks. brud og ny apopleksi, medens praktiserende læge formentligt havde været involveret i forhold til nogle af de øvrige indlagte borgere.

5. Erfaringer med akutpladserne og kommunikation, samarbejde og arbejdsdeling i forhold til samarbejdspartnere

Det forhold, at der er forholdsvis mange borgere, som kommer gennem akutpladserne, giver et internt pres på de administrative opgaver. Hvis der skal oprettes akutpladser et andet sted i kommunen, bør det nye sted være opmærksom på, at akutpladser i forhold til en rehabiliteringsafdeling eller en afdeling med plejehjemspladser stiller særlige krav til tøjvask, madproduktion og til samarbejde internt i huset pga kortere reaktionstider og det forhold, at der hyppigere kommer nye borgere ind på institutionen.

Det er de interviewedes opfattelse at samarbejdet til visitatorer i byen er velfungerende. Der har været nogle problemer i forhold til Østerbro P/O-kontor, og der har for nyligt på ledelsesniveau været møde mellem P/O-Østerbro og GK med henblik på at aftale retningslinjer for det fremtidige samarbejde.

Samarbejdet med praktiserende læger og AMA fungerer godt. Der er på daglig basis kontakt mellem GK og AMA. GK oplever, at der er en stor gensidig forståelse af, hvilke borgere der tilhører målgruppen, og hvilke der ikke gør det. Dette er med til at lette samarbejdet mellem de to.

Hvis GK kontakter praktiserende læge, er det GK's opfattelse, at de praktiserende læger kommer på GK.

6. Ny målgruppe og andre henvisere?

Med udgangspunkt i den målgruppe der er i dag for GK, er det de interviewedes opfattelse, at også Døgnbasen burde have mulighed for at henvise borgere til GK. Det er de interviewedes opfattelse, at Døgnbasen forstår hvilken målgruppe der er for akutpladserne, hvorfor det vil være muligt at etablere et gnidningsfrit samarbejde med Døgnbasen, hvilket ville sikre at "de rigtige borgere" kommer på GK's akutpladser.

Det er endvidere de interviewedes opfattelse, at der i Københavns Kommune findes borgere, som har behov for et korterevarende midlertidigt ophold på en døgnplads. Disse borgere kan ikke siges at tilhøre målgruppen for GK, men har alligevel behov af sociale grunde. Det er de interviewedes opfattelse, at et ophold på GK for denne målgruppe er uhensigtsmæssigt. For den målgruppe, som af rent sociale grunde har behov for et korterevarende midlertidigt døgnophold, kunne man derfor oprette andre akutte døgnpladser med en anden personalesammensætning. Det skulle være muligt for hjemmesygeplejen at henvise til disse korterevarende midlertidige akutte døgnpladser. De interviewede har endvidere den fornemmelse, at de nuværende rehabiliteringspladser ikke har mulighed for med meget kort varsel at modtage borgere til et korterevarende midlertidigt ophold. Det ser derfor ud til, at der er et hul i de døgndækkende funktioner, som Københavns Kommune har.

De interviewede er endvidere af den opfattelse, at der godt kunne ske en visitation fra Bispebjerg MMO af borgere med småfrakturer. Endelig er de interviewede af den opfattelse, at der også kunne henvises borgere fra skadestuen til GK, hvor disse borgere alternativt ville blive indlagt på hospitalet. Der kunne være tale om borgere med brud, som havde fået taget

røntgen og var blevet gipset på skadestuen, men som vil have svært ved at klare sig hjemme med fx en arm i gips.

Adspurgt om et akutteam kunne dække den målgruppe og de funktioner, som i dag er på GK's akutpladser, svarede de interviewede, at det kunne man ikke forestille sig, med mindre der blev etableret fast vagt i borgerens hjem, hvilket næppe er økonomisk forsvarligt.

Bilag A (til resume af interview af med Hannah Hjorth og Ann-Louise Holm-Jensen, Gl. Kloster).**Oversigt over borgere, udskrevet direkte fra akutpladser på Gammel Kloster til hospital januar – juni 2008 - med årsager til hospitalsindlæggelse. Borgerne er henvist til akutpladserne af både AMA samt praktiserende læge og vagtlæge.**

- Borger 1) På akutplads i 4 døgn. Overført til hospital, da egen læge ønskede udredning fra geriatrisk / reumatologisk afdeling
- Borger 2) På akutplads i 3 døgn. Blev akut respiratorisk dårlig. Overført til RH til respiratorbehandling.
- Borger 3) Indlagt på akutplads og overflyttet til hospital indenfor samme døgn. Blev meget dårlig (ikke nærmere angivet).
- Borger 4) På akutplads i 10 døgn. Overflyttet til hospital p.g.a. fald (col. fem. fract.)
- Borger 5) På akutplads i 3 døgn. Overflyttet til hospital p.g.a. urosepsis.
- Borger 6) På akutplads i 5 døgn. Overflyttet til hospital p.g.a. hæmatom i knæ og anæmi.
- Borger 7) På akutplads i 10 døgn. Overflyttet til hospital til obs. For pneumoni.
- Borger 8) På akutplads i 6 døgn. Overflyttet til hospital med tromboflebit.
- Borger 9) På akutplads i 5 døgn. Indlagt på hospital p.g.a. respirationsproblemer.
- Borger 10) På akutplads i 12 døgn. Indlagt på hospital p.g.a. voldsom angst.
- Borger 11) På akutplads i 5 døgn. Indlagt på hospital, da mavesmerter viste sig at være blødende mavesår.
- Borger 12) På akutplads i 6 døgn. Indlagt på hospital p.g.a. inkompensation med lufthunger.
- Borger 13) På akutplads i 2 døgn. Indlagt på hospital p.g.a. dårlig psykisk tilstand. Spiste og drak intet.
- Borger 14) På akutplads i 4 døgn. Indlagt på hospital p.g.a. ny apoplexi.
- Borger 15) På akutplads i 10 dage. På hospital p.g.a. krampeanfald og bevidstløshed.
- Borger 16) På akutplads i 6 døgn. På hospital p.g.a. kemoterapi.
- Borger 17) På akutplads i 5 døgn. På hospital p.g.a. planlagt undersøgelse.
- Borger 18) På akutplads i 3 døgn. På hospital p.g.a. smerter og ingen effekt af smertestillende.
- Borger 19) På akutplads i 2 døgn. På hospital p.g.a. malign sygdom, som krævede intensiv smertebehandling.
- Borger 20) På akutplads i 8 døgn. På hospital p.g.a. planlagte undersøgelser.

Overlæge Merete Almind og afd. sygepl. Ruth Nasnas

1. Arbejdsgange mellem AMA og Gl. Kloster

De interviewede fortæller, at forud for overførsel fra AMA til Gl. Kloster (GK) afholdes der en konference, hvori læge og sygeplejerske, og ofte også en geriater deltager. Når det er besluttet, at patienten skal overføres til GK, medsender AMA sygeplejerapport, som både beskriver, hvad der er gjort, og hvad AMA vurderer der bør gøres, en opdateret medicinliste plus recepter samt epikrise. Endvidere får patienten medicin med til tre dage.

Ældrekonsulent Lena Salomon fra Bispebjerg Hospital deltager forholdsvist ofte i arbejdet med at overføre patienten til GK. Derimod er det mere sjældent, at udskrivningskoordinatorerne inddrages i overførslen.

Man kan sige, at AMA har tre kategorier af patienter.

Den gruppe, som udskrives til eget hjem fra AMA (*gruppe 1*), og så en hovedgruppe, som overføres til anden afdeling på Bispebjerg Hospital eller evt. et andet hospital.

Den sidste gruppe kan underopdeles i to, nemlig de borgere som efter ophold på AMA har brug for yderligere 2-3-4 dage på en stamafdeling på Bispebjerg Hospital (*gruppe 2*). Blandt disse er der nogle patienter, for hvem et ophold på GK er mere ønskværdigt end ophold på sygehus. Denne gruppe har behov for pleje og restitution og har fordel af den ro der er på GK sammenlignet med et sygehus. (LE: Således er målgruppen for akutpladserne en del af *gruppe 2*).

Andre borgere, der overføres til stamafdeling eller evt. andet sygehus, har behov for et længerevarende forløb (*gruppe 3*), og måske en yderligere udredning og vurdering, som også kan omfatte inddragelse af geriater, hvorfor sådanne patienter ikke er egnede til et ophold på GK.

Man kan således sige, at det er i mellemgruppen (*gruppe 2*), at nogle er egnede til et ophold på GK.

Efter at borgeren er overført til GK, opbevarer AMA borgerens journal i 1-2 døgn, så den er til rådighed, hvis GK måtte ønske yderligere oplysninger. Herefter sendes journalen til arkivering.

De interviewede oplyser, at der indimellem har været borgere, som er overført til GK, hvor man efterfølgende har måttet konstatere, at disse borgere nok har været for syge til GK. De interviewede er inde på, at man nok i nogle få tilfælde, bl.a. fordi AMA har været under pres med mange akutte indlagte patienter, har været lidt for hurtig til at overføre patienter til GK.

Der har også været tilfælde, hvor patienter der er overført til GK, er kommet tilbage på Bispebjerg Hospital. Det har i nogle tilfælde skyldtes, at sygdomsforløbet blev et andet end det forventede. Det kan f.eks. være, hvor en iværksat infektionsbehandling ikke virker som oprindeligt forventet. Derfor kommer borgeren tilbage på Bispebjerg Hospital for at iværksætte en ændret behandling.

De interviewede fortæller også, at man i et begrænset omfang har overført demente borgere fra AMA til GK. Det kan indimellem, med den korte observationstid som AMA har, være lidt

vanskeligt at vurdere omfang og karakter af borgerens demens, og dermed også hvor egnet et sted GK er for den pågældende borger. Man har således prøvet sig lidt frem, men det er AMA's opfattelse, at der mellem AMA og GK er en fælles forståelse af, hvilke typer af demente der kan overføres fra AMA til GK.

I nogle tilfælde har AMA også bidraget til at raske ægtefæller er kommet på GK, mens den syge ægtefælle er blevet behandlet på AMA. De interviewede ser det som en stor fordel, at der kan findes en samtidig og akut og her-og-nu løsning for både den syge og den raske ægtefælle, som på den anden side ikke kan klare sig alene i eget hjem.

De interviewede oplyste, at muligheden for at overføre patienter fra AMA til GK er indarbejdet og kendt på hele AMA. De interviewede rejste spørgsmålet, om AMA har overset at få overført nogle egnede borgere fra AMA til GK. De interviewede konkluderede, at dette måske nok var sket et mindre antal gange. De interviewede forklarede, at AMA engang imellem kunne overse en mulighed i følgende situation: Der kommer pludseligt en dag rigtig mange indlæggelser på AMA. Alle patienter skal have en seng at ligge i, og det kan derfor blive nødvendigt at overføre nogle allerede indlagte patienter fra AMA til en stamafdeling hurtigere end man normalt ville have gjort. Blandt de patienter, som overføres, kunne der være nogen som, hvis man aktivt havde besluttet det, kunne være "reserveret" til en overflytning til GK. Havde det stået klart, da akutpresset kom på AMA, så kunne den pågældende patient have været fritaget for at blive overført til en stamafdeling, men i stedet – hvis det var muligt – være forblevet på AMA indtil næste dag, hvor den pågældende så kunne overføres til GK.

På AMA registreres det ikke (jf. projektbeskrivelsen), hvor mange patienter GK har afvist at modtage. De interviewede fortalte, at hvis AMA en formiddag måtte få at vide, at GK ikke kan tage flere patienter den dag, ja så ringer man heller ikke senere på dagen for at høre, om der nu er blevet en ledig plads. De interviewede oplyser, at det dog er højest en gang om måneden, at AMA er blevet mødt med, at der ikke var plads til, at en patient kunne komme på GK.

De interviewede konstaterede, at GK ikke ringer og fortæller, hvis der er ledig kapacitet. De interviewede nåede frem til, at det formentligt heller ikke ville øge AMA's brug af GK, da de interviewede er af den grundopfattelse, at AMA i det store og hele henviser samtlige patienter, som er egnet til et ophold på GK.

De interviewede gav udtryk for, at samarbejdet med Gl. Kloster er velfungerende.

2. Er der fordele ved akutpladserne?

De interviewede fortæller, at der er en forholdsvis stor gruppe af ældre borgere, som har brug for en døgnplads med pleje, hvor de kan blive restitueret i løbet af få dage. Havde akutpladserne på GK ikke været en mulighed, ville disse borgere typisk have været overført fra AMA til en stamafdeling på BBH.

AMA har en stående aftale med kommunen om, at AMA blot kan udskrive de borgere, som efter AMA's vurdering skal have uændret hjemmehjælp, når borgeren kommer tilbage i eget hjem. Denne gruppe er det uproblematisk at håndtere, og der er stor erfaring hermed. AMA faxer en udskrivningsrapport til kommunen om denne gruppe af borgere.

De interviewede fortæller endvidere, at der er andre borgere som har fået forværret deres tilstand, hvorfor de ikke kan vende tilbage til eget hjem med samme hjemmehjælp. Den skal

øges. Her er AMA i en situation, hvor man kan anbefale kommunen, hvilke ydelser borgeren skal have, men det er i sidste ende P/O-kontorets afgørelse, hvilke ydelser borgeren skal have. Hvis AMA skønner, at borgeren har brug for hjemmesygeplejeydelser, er det AMA's oplevelse, at dette er lettere at få, end hvis AMA foreslår forøget praktisk eller personlig hjælp.

En række af de borgere, som har været på AMA, og som overføres til GK, har brug for at få vedligeholdt en medicinsk behandling (typisk i forbindelse med infektion), at få nok at spise og drikke, at få løst evt. maveproblemer, og i det hele taget blive restitueret. I en række tilfælde kan dette ikke håndteres i borgerens eget hjem, da det tilsyneladende ikke er muligt at få den tilstrækkelige støtte og opbakning. På den måde bliver GK et alternativ til fortsat indlæggelse på sygehus.

Det er som ovenfor nævnt også en fordel, at den raske ægtefælle, når der er behov herfor, umiddelbart kan komme på GK, mens den syge er under behandling på AMA.

De interviewede oplever, at det er et stigende pres på bl.a. AMA for at undgå forebyggelige indlæggelser og at de borgere, som er kommet ind, hurtigt skal udskrives fra sygehus. Det vil derfor i stigende grad i fremtiden være nødvendigt, at kommunerne justerer deres tilbud, så de i endnu højere grad matcher de forskellige typer af behov, som de udskrevne har.

3. Er der ulemper ved akutpladserne?

De interviewede beklagede, at aldersgrænsen for, hvilke borgere der kan overføres fra AMA til GK, er 65 år. De interviewede fortalte, at der indimellem er patienter under 65 år, for hvem GK ville være en god løsning.

4. Hvad bør udvikles omkring akutpladserne?

De interviewede oplyste, at på AMA er der engang imellem patienter, som kræver en nærmere vurdering: Kan de komme tilbage til eget hjem, eller har de behov for en plejehjemsplads. I nogle tilfælde kan dette afgøres forholdsvist hurtigt på AMA, bl.a. ved inddragelse af geriater. I andre tilfælde kan denne vurdering foretages uden for hospitalet. Det kræver, at borgeren opholder sig på en midlertidig døgnplads. Vurderingen strækker sig ofte over mange dage, og i denne forbindelse konstaterede de interviewede, at GK ikke kan være løsningen, da der er en begrænsning på ti dage for, hvor længen en borger kan opholde sig på GK.

De interviewede sagde, at de indimellem stod og manglede en kommunal midlertidig døgnplads, hvor borgeren kunne opholde sig, mens vurderingen blev foretaget.

De interviewede anførte også, at såfremt borgeren som led i sin samlede vurdering havde brug for en geriatrisk udredning, så kunne man også forestille sig forløb, hvor borgeren opholdt sig på en midlertidig kommunal døgnplads, hvori der blev "indarbejdet" en ambulans geriatrisk udredning. På den måde ville borgeren få de ydelser, som skulle til for at foretage en korrekt udredning, men uden at borgeren nødvendigvis opholdt sig på et hospital.

De interviewede fortalte, at der er en grundregel i forbindelse med GK som siger, at borgere som er godkendt til plejehjem ikke kan overføres fra AMA til GK. På den anden side var dette dog sket 1-2 gange siden 1. januar 2008.

5. Belægningsprocent på GK

Under interviewet blev følgende tabel fremlagt og kommenteret.

Tabel 1. Aktivitet og belægningsprocent på GK januar-august 2008.

Måned	Tilgang af borgere	Afgang af borgere	Antal opholdsdage	Max. antal opholdsdage	Belægningsprocent
Januar	38	39	354	372	95,2%
Februar	33	34	285	348	81,9%
Marts	28	30	284	372	76,3%
April	30	27	241	360	66,9%
Maj	35	36	310	372	83,3%
Juni	33	32	323	360	89,7%
Juli	35	39	343	372	92,2%
August	29	27	267	360	71,8%

De interviewede forklarede, at det typisk er sådan, at der er stor aktivitet i januar måned på AMA. Dette kunne være med til at forklare, hvorfor belægningsprocenten på GK var 95,2 i januar måned. Af tabel 1 fremgår det, at belægningsprocenten i april måned var 70. De interviewede kunne ikke umiddelbart forklare denne lave belægningsprocent med forhold på AMA. Endvidere fremgår det af tabel 1, at belægningsprocenten i juni var 90% og i juli 92%. De interviewede forklarede, at dette muligvis kunne have sammenhæng med, at man på AMA afvikler ferie i denne periode, og således har mindre personale og færre senge end man ellers har. Derfor afspejlede tallene muligvis, at AMA i disse to måneder overfører flere borgere til GK end man ellers plejer at gøre.

6. Belægningsprocent på GK, skal andre henvises, og hvilke grupper?

De interviewede mente, at man med stor sandsynlighed også ville kunne finde patienter på skadestuen, MMO (= ortopædkirurgisk akutmodtageafsnit³) og KMO (= kirurgisk afdelings akutmodtageafsnit⁴), som også ville være egnede til GK. Der ville kunne være tale om borgere, som var faldet, men uden brud, men som alligevel havde brug for en restitution på en døgnplads. Der ville også kunne være tale om visse patientgrupper med frakturer og gips. De interviewede vil foretrække, at der i første omgang åbnes for at MMO og KMO kan henvises. Hvis adgangen til akutpladser skal udvides til at omfatte alle 65+ årige

³ "Akutte ortopædkirurgiske patienter indlagt fra skadestuen, egen læge/vagtlæge, ambulatoriet eller overflyttet fra anden afdeling/andet hospital til udredning og behandling af deres ortopædkirurgiske lidelse. Afsnittets klientel er lige fra den unge idrætskirurgiske patient til den ældre borger med fraktur. Patienternes indlæggelsestid varierer fra få timer til et par døgn, hvorefter de enten udskrives eller udvisiteres, når der er plads på et af de stationære afsnit." Kilde: BBH's hjemmeside d. 10. oktober 2008.

⁴ "Her modtages akut indlagte patienter til observation og behandling for mave- og tarmkirurgiske sygdomme. K-modtagelse har 17 sengepladser og vi modtager ca. 100 patienter om ugen. Halvdelen af de akut indlagte patienter udskrives inden for 1 døgn til efterbehandling hos praktiserende læge eller i sygehusambulatorium. De øvrige patienter indlægges til operation, observation og undersøgelse i afdelingens stationære afsnit." Kilde: BBH's hjemmeside d. 10. oktober 2008.

københavnere (og ikke kun fra Bispebjerg Hospitals medicinske optageområde), så har de interviewede en fornemmelse af, at der skal etableres yderligere pladser.

Med hensyn til skadestuen anførte de interviewede, at der i dag muligvis er en "trafik", som består i at en borger kommer på skadestuen, herfra videre til AMA og herfra til GK. I nogle tilfælde ville man muligvis kunne springe AMA over, hvis der kunne henvises direkte fra skadestue til Gl. Kloster. Det er således de interviewedes opfattelse, at også skadestuen kunne henvise nogle patienter direkte til akutpladserne. Ellers vil man i nogle tilfælde opleve, at skadestuen indlægger på AMA, som herefter henviser til Gl. Kloster. I nogle tilfælde ville man ikke behøve AMA som mellemstation.

De interviewede er af den opfattelse, at en mere forbyggende og opsøgende funktion på et højt fagligt niveau, vil kunne forebygge indlæggelser med et ret stort antal. Sygeplejersker og de praktiserende læger må arbejde mere sammen med og i borgernes hjem og egne omgivelser.

Indlæggelser, som skyldes sociale forhold, bør ikke finde sted. Endvidere er det sådan i dag, at en række indlæggelser er forårsaget af, at patienten er forvirret, konfus eller har mangel på væske. De interviewede giver udtryk for, at disse tilstande bedre kan klares i hjemlige og vante omgivelser frem for på en overfyldt hospitalsafdeling.

Praktiserende læge Karsten Kihl

1. Arbejdsgange og kommunikation

Den interviewede har henvist 2-3 patienter til Gl. Kloster. Typisk kan en sådan henvisning være afslutningen på et sygebesøg hos en ældre patient. Disse patienter får typisk hjemmehjælp. Sygebesøget ligger ofte sidst på eftermiddagen og før kl. 16.00. Henvisningen kan også være udmøntning af en kontakt med hjemmeplejen. Her er forudsætningen, at den interviewede har fulgt patientens situation over et stykke tid og bliver informeret af en fagperson.

Den interviewede fortæller, at han har ringet 1-2 gange til GK, men har fået beskeden at der ikke var plads.

Når den interviewede har ønsket at henvise en patient til GK, har den interviewede ringet til GK og har ført en dialog med den ansvarlige sygeplejerske. Den interviewede har beskrevet patientens baggrund og forhold og syn på, hvad der skal ske med patienten, når denne ankommer til GK. I samtalen er det blevet afklaret, om patienten tilhører GK's målgruppe, og om der er plads til patienten.

Det er den interviewedes opfattelse, at kommunikationen med Gl. Kloster forløber godt, da det er faguddannet personale, som tager kontakten til lægen

Det aftales også, om der er nogle ting, som skal sendes med patienten. Den interviewede er ikke involveret i det praktiske med at samle patientens ting og bestiller heller ikke transport af patienten. Den interviewede har den opfattelse, at det er GK, som organiserer transporten af patienten. Det er den interviewedes forventning, at såfremt der ligger en kommunikationsrapport, som hjemmesygeplejen skriver i, så bliver den sendt med patienten til GK, da denne rapport kan indeholde nyttige oplysninger for GK.

Den interviewede har aflagt sygebesøg på GK's aktuafdeling. Det er sket efter at den interviewede er kontaktet af GK. I denne kontakt afklares det mere grundlæggende, om kontakten skal give anledning til et sygebesøg, eller om kontakten er en telefonkonsultation, eller om det drejer sig om medicinfornylelse. Den interviewede fortæller, at denne form for kontakt med GK svarer til den, der er når hjemmesygeplejen ringer vedrørende en patient.

2. Er der fordele ved GK?

Den interviewede anfører, at der er en gruppe af borgere, som er for dårlige til at være hjemme, og som på den anden side heller ikke hører til på et sygehus. Det er borgere, som har et plejemæssigt behov. I gamle dage kunne disse borgere indlægges under diagnosen *causa socialis*, men dette er ikke længere en diagnose, som sygehusene accepterer at patienter indlægges under.

Den interviewede anfører, at alternativet til at henvise patienten til GK ville være at indlægge den pågældende. Således fører en henvisning til GK til en sparet sygehusindlæggelse.

3. Er der ulemper ved GK?

Den interviewede rejser spørgsmålet: hvad gør man, hvis der ikke er plads på GK? – I det tilfælde burde den læge, der henvender sig, hurtigt kunne få en oversigt over de henvisningsmuligheder, der ellers måtte være i kommunen.

På spørgsmålet, om det ville være acceptabelt for lægen, at et alternativ var akutpladser, som befandt sig på Amager, svarede den interviewede (der har praksis på Østerbro tæt ved Tuborgvej), at der kunne opstå det problem, at såfremt det blev nødvendigt med et sygebesøg hos en patient som opholdt sig på Amager, så ville det tage knapt en time både ud og hjem for at aflægge et sygebesøg, hvor hjemturen ofte ville falde i en begyndende myldretid. Selv om landsoverenskomstens 5 kilometersgrænse måske ikke blev overskredet, så skal under alle omstændigheder være opmærksom på, at det at aflægge et sygebesøg i København, hvor man skal tværs igennem byen kan tage temmelig lang tid.

Den interviewede konstaterede, at som læge med patienter på et plejehjem er det muligt for lægen at læge personalet at kende og få en fælles faglig forståelse af forholdene. Det kan gøre det lettere som læge at finde ud af, hvilke handlinger (sygebesøg, telefonkonsultation eller andet), der er det meste relevante i forhold til en given situation hos en bestemt patient. Den interviewede konstaterede, at i forhold til GK, hvor kontakten er væsentligt mere sporadisk, er det noget vanskeligere at opbygge en sådan fælles forståelse.

Endelige anførte den interviewede, at det kan være svært at finde parkering i gården ved GK. Heldigvis er det sådan for den interviewede at det ofte falder lige for at aflægge sygebesøg ved brug af cykel.

4. Er der noget, som kan gøres bedre?

Den interviewede konstaterede, at når en patient har haft kontakt, enten med lægevagten (telefonkonsultation eller besøg af lægevagten) eller har haft en skadestuekontakt, så ligger der en elektronisk meddelelse den følgende morgen i lægens elektroniske lægesystem. Det betyder, at hvis patienten ringer den følgende morgen, så er lægen informeret om gårsdagens (aftenens og nattens) hændelser. Den interviewede siger, at det ville være rart med en kortfattet elektronisk meddelelse om, at nu er borgeren udskrevet fra GK.

5. Er der nogen borgergrupper, som ikke er dækket ind af akutpladserne?

Den interviewede fortæller, at der måske nok kan være nogle borgere, som synes at det kan være lidt vanskeligt eller ubehageligt at skulle komme fra eget hjem til noget meget institutionslignende – disse borgere har måske nogle fine fornemmelser.

Der er også borgere, som ved flytning fra et sted til et andet, kan blive konfuse og utrygge ved situationen.

På spørgsmålet om den interviewede arbejdede med den mulighed, at der i forlængelse af et sygebesøg i borgerens eget hjem kunne blive etableret en døgnvagt (fast vagt), svarede den interviewede, at han ikke havde indtryk af, dette hørte til blandt de muligheder, som kommunen stillede til rådighed.

Praktiserende læge Anne Marie Seidenschnur

1. Arbejdsgange og kommunikation

Den interviewede har henvist to, måske tre patienter til akutpladserne på Gl. Kloster. I to af tilfældene er det hjemmeplejen, som har ringet til patientens egen læge. Den interviewede kunne især huske det sidste tilfælde. Her kender lægen både patient og hjemmesygeplejersken ganske godt. Lægen har aflagt flere sygebesøg hos patienten. Patienten havde længe været passet både af sin egen 56 årige datter plus af hjemmeplejen. Imidlertid blev datteren syg og blev indlagt på hospital. Op til det tidspunkt ringede hjemmesygeplejersken og sagde til egen læge, at nu gik det ikke længere. Da den interviewede kender både patient, datter og hjemmesygeplejersken ganske godt, ringede egen læge til GK og hørte, om patienten kunne komme ind på GK. Det kunne lade sig gøre.

Den interviewede karakteriserer relationen både i dette tilfælde samt det andet som værende helt uproblematisk og gnidningsfri. Det gør det let at drøfte og aftale, hvad der skal ske med patienten. Efter aftalen var indgået med GK vedrørende ovennævnte patient, ringede praktiserende læge tilbage til hjemmesygeplejersken og sagde, at nu var der grønt lys fra GK.

På spørgsmålet om, hvad den interviewede ville have gjort, hvis GK ikke havde været en mulighed, svarede den interviewede at hun med stor sandsynlighed ville have indlagt moderen. Det er den interviewedes vurdering, at hvis datteren ikke havde bistået moderen i så stort omfang, som tilfældet var inden datteren blev syg, så burde moderen have været på et plejehjem. Med henvisningen til GK blev der nu efter datterens sygdom sat en proces i gang, som betød at moderen i løbet af forholdsvis kort tid kom på plejehjem.

Den interviewede har ikke aflagt sygebesøg efter overflytningen hos de 2-3 patienter, som er henvist til GK's akutpladser, men den interviewede kender både GK's plejehjem og rehabiliteringsafdeling. Den interviewede betragter disse to institutioner som værende velfungerende, og den interviewede kender også personalet på disse steder godt, hvilket gør det let at kommunikere og træffe aftaler. Den interviewede har indtryk af også akutpladserne på GK er velfungerende.

2. Er der fordele ved GK?

Den interviewede ser det som en fordel, at nogle borgere, som ikke er decideret syge men har behov for pleje og omsorg, kan komme akut på en kommunal døgnplads frem for på sygehus. Den interviewede siger, at generelt er borgerens behov, at der er nogen omkring borgeren. Der skal være nogen, som kan hjælpe med mad, medicin, evt. sårskift, og også hjælpe til, hvis borgeren ikke selv kan gå på toilettet. Hvis det ikke er muligt for borgeren selv at gå på toilettet, vil det i en række tilfælde indebære, at borgeren ikke kan opholde sig i eget hjem.

For denne gruppe af ældre borgere er det den interviewedes opfattelse at det er bedre at opholde sig på en kommunal døgnplads end på et hospital. Den interviewede opfatter en kommunal døgnplads som værende mere omsorgsfuld, mens et hospital er meget fokuseret på at forholde sig til patienter i forhold til deres sygdom. Men Gl. Klosters målgruppe er jo ikke syge på en måde, så det kræver hospitalsbehandling.

Endelig ser den interviewede det som en fordel, at man på akutpladserne også kan vurdere, om den patient der er kommet ind på en akutplads har behov for en egentlig rehabilitering, eller om en plejehjemsplads er det rigtige sted for borgeren.

Den interviewede er vagtlæge i København og har en klar fornemmelse af, at man som vagtlæge vil kunne støde på patienter, som har behov for et midlertidigt døgnophold udenfor eget hjem. Den interviewede siger, at hvis GK er en mulighed, så vil nogle patienter kunne overføres hertil frem for at komme på hospital.

3. Er der ulemper ved GK?

Den interviewede har ikke kendskab til eventuelle ulemper ved GK.

4. Er der noget, som kan gøres bedre?

Den interviewede kunne i forbindelse med den ene henvisning til GK huske, at hun ringede op en onsdag aften i forbindelse med aftenkonsultationen for at forvarsle om, at næste morgen – formiddag ville der komme en ældre borger til GK. På GK fik lægen besked om, at man ikke kunne booke plads, men at lægen måtte ringe igen den følgende morgen. Lægen fik indtryk af, at der var to pladser ledige på det tidspunkt, hvor hun ringede (onsdag aften). Da hun ringede den følgende morgen kendte den der tog telefonen fuldstændigt til sagen, og det var en formalitet at få borgerne henvist til GK.

5. Er der nogen borgergrupper, som ikke er dækket ind af akutpladserne?

Den interviewede konstaterede, at de borgere som får mest hjemmehjælp får det flere gange i døgnnet. I tilfælde af en akut situation ville det nok være mest hensigtsmæssigt, hvis borgeren fik en døgnvagt (fast vagt) eller måske næsten en fuld døgnvagt (flere perioder i løbet af et døgn). Hermed ville man spare, at patienten blev flyttet andetsteds hen. Imidlertid har den interviewede en klar fornemmelse af, at dette er muligt af økonomiske grunde. Det er på den baggrund, at overvejelser om flytning af borgeren til en akut kommunal døgnplads kommer på tale.

Den interviewede fortæller, at når man enten i egenskab af egen læge eller vagtlæge er ude på hjemmebesøg og beslutter sig for at indlægge en patient, så vil der helt typisk gå et stykke fra denne beslutning er truffet til patienten forlader sit hjem. I den periode vil der ofte være brug for, at der er en til stede fra hjemmeplejen. Det er den interviewedes indtryk, at denne opgave bliver løst af kommunen, men på den anden side oplever den interviewede også, at det "trækker" i det kommunale system at kunne give denne ydelse på et så kort sigt.

Udskrivningskoordinatorerne Inge-Lise Mahler, Mette Grane Jones, Dina Felthaus og ergoterapeut Joan Rendbo.

1. Dit arbejdssteds relation til akutpladserne på Gl. Kloster

Senest dagen efter at en ny borger er kommet på GK faxer Gl. Kloster (GK) nogle stamoplysninger om borgeren til borgerens P/O-kontor. Administrative medarbejdere på begge P/O-kontorer "registrerer" borgerens akutophold i både VI-systemet og i KOS.

Generelt er det opfattelsen blandt de interviewede, at GK sender både rettidig og relevant information til de to P/O-kontorer. Det er således opfattelsen, at såfremt det er nødvendigt for P/O-kontoret at have en særlig opmærksomhed eller gøre noget særligt i forhold til en borger, så får P/O-kontoret et rettidigt varsel herom fra GK.

For de borgere, der har et "normalforløb" på GK sender GK et avis til borgerens P/O-kontor. Det er tilstrækkeligt for P/O-kontorets videre håndtering af borgeren.

Ind i mellem er der borgere om hvem GK kan forudse, at de ikke kan udskrives inden for 10 dage. I de tilfælde kontakter GK de to P/O-kontorer både for at informere og påbegynde en planlægning af, hvordan udskrivningsforløbet skal være for den pågældende borger.

Hvis GK ønsker en udskrivningskonference i forhold til en borger fra *Nørrebro-Bispebjerg*, så ringer GK i god tid og træffer aftale om tidspunkt for denne konference. Det skal altid afholdes konference om borgere, som skal på plejehjem. Det er ikke obligatorisk, at afholde en udskrivningskonference for borgere, som skal videre på en rehabiliteringsplads, men det sker i ny og næ.

Østerbro-visitatorer afholder et ugentligt møde på GK for, at drøfte borgere i relation til GK's rehabiliteringsafdeling. I forbindelse med dette møde vil GK gøre P/O-Østerbro opmærksom på, hvis der er noget særligt vedrørende borgere på akutpladserne. GK afholder dog ikke egentlige udskrivningskonferencer for borgere på akutpladser med P/O-Østerbro. Til gengæld tager GK telefonisk kontakt til visitatorer på P/O-Østerbro, når en borger skal udskrives fra akutpladserne. En sådan kontakt kan omhandle forhøjet behov for mere hjemmepleje, hjælpemidler, boligændringer og evt. også, at borgeren skal på en rehabiliteringsplads. (Det bemærkes at Østerbro-borgere kommer på en rehabiliteringsafdeling som allerede findes på Gl. Kloster - på samme etage).

Tre af de tilstedeværende visitatorer fungerer også som udskrivningskoordinator på sygehusene. De tre er af den opfattelse, at borgere, som skal fra GK til en rehabiliteringsplads, får forrang for de borgere, som ligger som færdigbehandlede på hospitalerne, og som også skal på en rehabiliteringsplads. Det skyldes, at GK er meget opsat på at overholde reglen om, at borgerne højst må være 10 dage på GK.

Samlet set er det de interviewedes opfattelse, at samarbejde mellem dem og GK fungerer godt.

2. Er der fordele ved akutpladserne?

Ved at have tilbuddet om akutpladser kan man undgå, at nogle af de borgere, som bliver henvist af praktiserende læge og vagtlæge, bliver indlagt på sygehus. De interviewede er af den opfattelse, at når en svækkelse af helbred og funktionsevne ikke nødvendiggør et ophold på et sygehus, er det at foretrække for de ældre borgere, at være på GK frem for på en akut modtageafdeling. På Bispebjerg Hospitals AMA er der på hver stue tre senge adskilt af et forhæng. Der er meget uro og støj på en sådan afdeling, og der er mange mennesker, som kommer og går hele tiden. Der er væsentlig mere ro på GK, hvor borgeren også får eget værelse med eget bad og toilet.

3. Er der ulemper ved akutpladserne?

Det er en ulempe, at der ikke er samme tilbud for alle borgere i Københavns Kommune. Af transportmæssige grunde, bl.a. for praktiserende læger, bør det tilstræbes, at akutpladser findes flere forskellige steder i Københavns Kommune.

Det er også en ulempe, at der indimellem har været for meget ledig kapacitet på GK.

Det er de interviewedes opfattelse, at borgere som skal på rehabiliteringsafdeling eller på plejehjem direkte fra GK, er "for tung" en gruppe til ophold på GK. De pågældende burde være kommet enten direkte på plejehjem eller på en rehabiliteringsafdeling, men ikke på GK.

Der har været borgere, som er kommet direkte fra GK til henholdsvis plejehjem eller rehabiliteringsplads. Det er de interviewedes opfattelse, at disse var flere i begyndelsen end de har været i det sidste stykke tid. Eller sagt med andre ord: Noget tyder på, at man er blevet bedre til ikke at visitere de tungeste borgere til GK. De tungeste borgere bliver i dag visiteret til midlertidige aflastningspladser, den mulighed havde visitatorerne ikke tidligere.

4. Hvad kan gøres bedre vedrørende akutpladserne?

Især den hjemmesygepleje, som arbejder aften/nat og weekend kunne have bedre kendskab til akutpladserne på GK. Det ville betyde, at de kunne gøre både praktiserende læge og især vagtlæge opmærksom på, at dette tilbud kunne være relevant i forhold til nogle af de borgere, som hjemmeplejen får kendskab til og som ellers bliver indlagt.

De interviewede rejste spørgsmålet, om det ville styrke den endelige visitation, hvis GK i visitationsøjeblikket havde adgang til KOS. På den anden side blev det også nævnt, at især vagtlæger, men formentligt også praktiserende læger, næppe ville give sig tid til at afvente, at GK havde slået op i KOS for, at læse sig ind på, hvad borgerens situation var op til tidspunktet for henvendelsen til GK. I forhold til AMA var det formodningen, at AMA og GK selv ville kunne finde en fælles forståelse af, hvilke borgere der skal videre til GK.

Det var de interviewedes opfattelse at der på GK findes sundhedsfaglige kompetencer i et omfang, der vil gøre det muligt at borgere allerede under ophold på GK fik gavn af en række tilbud, bl.a. på sygehusene. Eksempelvis kunne borgerne komme subakut til en ambulant udredning på en geriatrisk afdeling. Med andre ord findes der en række kompetencer på GK som indebærer, at man kunne "spille på hele klaveret" med henblik på at få borgere nærmere en afklaring og beslutning.

5. Er der andre, som bør kunne henvise til akutpladserne?

De interviewede pegede på, at der kunne være behov for at akutpladser på Bispebjerg Hospitals neurologiske afdeling kunne henvise til GK. Ligeledes blev det også anført, at Bispebjerg Hospitals MMO⁵ kunne henvise frakturer til GK, ligesom det også var opfattelsen, at Bispebjerg Hospitals akutte hjerteafsnit kunne henvise nogle borgere til GK.

Ville der være mulighed, at der blev henvist borgere fra skadestuen til GK, som ellers ville blive indlagt på hospitalet, blev der spurgt. De interviewede anså det for tvivlsomt, at der kunne komme særligt mange ad den vej til GK.

6. Overvejelse om målgrupper

De interviewede startede med at overveje, hvilke muligheder borgere i København har i dag for et midlertidigt døgnophold. Ud over *akutpladserne* er der *rehabiliteringspladserne*. (Endelig er der *midlertidige aflastningspladser for demente samt palliativ aflastning, som ikke berøres yderligere i dette resume*).

På rehabiliteringspladserne er der forskellige typer af forløb-ophold, herunder kortere ophold. Disse skal erstatte det, der tidligere blev kaldt for kortere aflastningsophold og som typisk lå på plejehjem. De interviewede mener, at det er væsentligt, at de nuværende midlertidige aflastningspladser bibeholdes. Det skal være i en permanent afdeling, hvor personalet er indstillet på, at yde den pleje og omsorg disse borgere har behov for. De interviewede forestiller sig, at det optimale ville være at have rehabilitering og midlertidig aflastning i samme hus, men i hver sin afdeling.

Endelig er der *selvvisiteringspladserne*, hvor borgere selv kan henvende sig⁶. Selvvisiteringspladserne findes to steder. Hasselbo har 8 pladser og Håndværkerforeningen 4 pladser. Borgere fra hele byen kan henvende sig på disse pladser. Borgerne kan opholde sig i maksimalt tre uger på selvvisiteringspladserne. De interviewede bemærker, at selvvisiteringspladserne er borgernes pladser, som er for de relativt friske og visitationen har ingen anvisningsret.

Det var de interviewedes opfattelse, at der ikke bør oprettes yderligere midlertidige døgnpladser udover de tre nævnte typer. Det kan derimod godt være, at man skulle ændre lidt på målgruppeafgrænsningen for de tre typer. Det kunne måske især være sådan, at man skulle udvide for de kortere ophold på rehabiliteringspladserne. Samtidigt skulle kapaciteten tilpasses til den udvidelse, og det kunne endvidere være, at kapaciteten skulle udvides endnu en smule for at give mulighed for at kunne køre en egentlig akutfunktion, hvor borgere med meget kort varsel kunne komme ind på et kortere ophold på en rehabiliteringsplads. Der var blandt de interviewede enighed om, at borgere kan have meget forskelligartede behov for at få et midlertidigt døgnophold uden for eget hjem. Det kan strække sig lige fra noget sundhedsmæssigt til noget socialt betinget, og en blanding af noget sundhedsmæssigt og socialt. Der kan også være behov for, at raske ægtefæller kan have behov for et midlertidigt døgnophold, hvis ægtefællen er bortrejst eller på sygehus.

⁵ "Akutte ortopædkirurgiske patienter indlagt fra skadestuen, egen læge/vagtlæge, ambulatoriet eller overflyttet fra anden afdeling/andet hospital til udredning og behandling af deres ortopædkirurgiske lidelse. Afsnittets klientel er lige fra den unge idrætskirurgiske patient til den ældre borger med fraktur. Patienternes indlæggelsestid varierer fra få timer til et par døgn, hvorefter de enten udskrives eller udvisiteres, når der er plads på et af de stationære afsnit." Kilde: BBH's hjemmeside d. 10. oktober 2008.

⁶ Selvvisiteringspladserne kaldes officielt for Trygheds- og Omsorgspladserne, TOP-pladserne.

På spørgsmål om det kunne være en idé at have opsøgende akutteam svarede de interviewede, at den udgående AMA-funktion der er på Frederiksberg Hospital forekommer at kunne forebygge en række indlæggelser. Det blev også nævnt, at et sådan udgående team skulle kunne iværksætte intravenøs behandling (væske/medicin).

På spørgsmål om det ville give mening, at Københavns Kommune havde et udgående akutteam med det formål at forebygge indlæggelser på sygehus eller på en midlertidig kommunal døgnplads, svarede de interviewede, at såfremt man skulle have en sådan funktion, kunne der måske være en idé i, at den var forankret i akutpladsfunktionen, og selvfølgelig med et samarbejde til Døgnbasen, vagtlæger, hjemmesygepleje m.v.

Afdelingslederne Joan Aastrand og Noomi Michelsen

1. Hvad er dit arbejdssteds relation til akutpladserne på Gl. Kloster?

Siden november 2007 har Bispebjergs Rehabiliteringsafdeling modtaget i alt 8 borgere fra Gl. Kloster (GK). Bispebjerg og Nørrebro rehabiliteringsafdelinger blev slået sammen rent fysisk med virkning fra den 29. september 2008. Af de 8 borgere, som er kommet til Bispebjerg, er to gået videre til en plejehjemsplads.

Antallet af borgere, som er kommet fra GK til Vanløse/Brønshøj/Husum (VBH) forelå ikke oplyst, men drejer sig formentligt om et antal borgere, som ikke overstiger 8.

Når der bliver en ledig plads på rehabiliteringsafdelingen, meldes dette til et bestemt sted på P/O-kontoret. Det er herefter visitator, som træffer beslutning om, hvilken borger der skal ind på den ledige plads. Herefter modtager rehabiliteringsafdelingen borgerens sag. Afdelingen vil typisk tage stilling til, om borgeren falder inden for målgruppen eller ej. De interviewede har ikke nogen erindring om, at der er blevet visiteret borgere fra GK, som *ikke* tilhørte målgruppen for rehabiliteringspladserne.

Når sagen er modtaget kontakter rehabiliteringsafdelingen GK mhp at aftale, hvornår borgeren kommer, og hvad borgeren skal have med sig af eget udstyr. Borgeren kommer typisk med en siddende transport, som udføres af VBT.

Generelt gælder, at allerede ved selve visitationen vælger visitator, om borgerens ophold på rehabiliteringsafdelingen skal være et kort ophold eller et vurderingsophold. Et kort ophold nødvendiggør ikke træning. Et kort ophold kan bl.a. være foranlediget af brand, bygningsændringer eller af at en ægtefælle er ude at rejse eller er indlagt på hospital. Den tilbageværende ægtefælle kan typisk ikke klare sig alene i eget hjem, ej heller med udvidet hjemmehjælp, og har behov for en døgnplads. Denne gruppe har ofte en grad af demens.

Et vurderingsophold varer i første omgang tre uger. I dette ophold er der genoptræning og pleje. Efter tre uger afholdes en visitationskonference. I denne deltager visitator, en terapeut og plejepersonale fra rehabiliteringsafdelingen samt borger og pårørende.

På konferencen besluttet det, om borgeren skal fortsætte med videre træning, om borgeren skal gå over til forebyggelse, eller om borgeren skal udsluses, enten til plejehjem eller til eget hjem. Borgere, der udsluses til eget hjem kan i forbindelse med ophold i hjemmet få tilbudt træning for at få udviklet sine ADL-funktioner; (ADL = activity of daily living).

De borgere, som visiteres til plejehjem, vil borgeren i første omgang blive udskrevet i ventetiden, men hvis en borger ikke er i stand til at aktivere et nødkald, får borgeren tilbudt at være omfattet af 4 ugers garantien og vente på rehabiliteringsafdelingen. Det indebærer, at borgeren i princippet skal tage imod det første tilbud om plejehjemsplads. Hvis borgeren ikke accepterer at være under 4 ugers garantien, vil borgeren blive udsluset til eget hjem, indtil der er fundet en plejehjemsplads. Imidlertid er det sådan, at man på visitationskonferencen samtidigt fortæller den borger, der accepterer 4 ugers garantien, at hvis borgeren har ønsker i lokalområdet, så vil man gøre meget for at imødekomme disse ønsker. Her har det vist sig, at for borgere, der er på VBH-rehabiliteringsafdeling og på Nørrebro/Bispebjerg rehabiliteringsafdeling, har det været muligt at give tilbud om plejehjemsplads i borgerens nærområde.

2. Er der fordele ved akutpladserne?

De interviewede tilkendegiver, at der i Københavns Kommune helt generelt er brug for akutte døgnpladser. Således opfylder akutpladserne på GK et eksisterende behov.

De interviewede ser det også som en fordel, at egen læge eller vagtlæge kan henvise borgere direkte til GK. Det er godt for borgeren at spare et sygehusophold for i stedet at være i mere rolige rammer på GK.

Endelig spares der samfundsmæssigt set en sygehusindlæggelse.

3. Er der ulemper ved akutpladserne?

De interviewede ser ikke nogen ulemper ved akutpladserne.

4. Hvad kan udvikles vedrørende akutpladserne?

De interviewede tog udgangspunkt i borgerens funktionsevne og sundhedstilstand. De interviewede anførte, at stort set alle de borgere, som var henvist fra GK til rehabiliteringsafdelingen, kunne have været henvist direkte til en rehabiliteringsafdeling, hvis "systemet" ellers "muliggjorde" dette.

De interviewede nævnte to eksempler på dette. I det ene tilfælde var en kvinde indlagt på AMA, dehydreret med urinvejsinfektion og en reduceret gangfunktion. Denne borger var fra AMA overført til GK og herfra til rehabiliteringsafdelingen. Det andet eksempel var en ældre mand, som havde fået en ændring i sit sociale netværk, og som ikke spiste og drak tilstrækkeligt. Denne mand var af egen læge henvist til GK, hvorfra han blev overført til rehabiliteringsafdelingen. I begge tilfælde er der ikke noget fagligt som taler for, at borgeren skal på GK før det nødvendige og velbegrundede ophold på rehabiliteringsafdelingen.

Sammenfattende siger de interviewede på denne baggrund, at antallet af borgerskift fra en døgnplads til en anden i nogle tilfælde burde reduceres. I de anførte eksempler burde GK ikke fungere som "mellemstation".

5. Bør andre kunne henvise til akutpladser?

Hjemmeplejen vil ofte kunne se, når et problem er under udvikling, eller når der er sket en afgørende forandring. Hjemmeplejen kan selvfølgelig kontakte egen læge eller vagtlæge, men det må betragtes som en omvej, hvorfor også hjemmeplejen bør kunne henvise til en akutplads. Meget kort tid efter at borgeren er ankommet til akutpladsen vil P/O-kontoret blive koblet på. Således kan P/O-kontoret hurtigt komme ind i den videre planlægning af borgerens forløb, anfører de interviewede.

6. Er der nogen borgergrupper, som ikke bliver tilgodeset med de eksisterende midlertidige døgnpladser?

De interviewede oplyste følgende typer af midlertidige døgnpladser: akutpladser, selvhenvenderpladser, rehabiliteringspladser og demensvurderingspladser.

I forlængelse af den "systemudvikling", som blev nævnt ovenfor i punkt 4, pegede de to interviewede på, at der generelt er brug for at rehabiliteringspladserne også kunne tilbyde akut adgang. Det vil sige fra behovet er anerkend, skulle borgeren kunne komme ind i løbet af ganske få timer på en rehabiliteringsplads. De interviewede mente, at dette ønske ville kunne imødekommes, hvis der skete en udvidelse af den samlede kapacitet på rehabiliteringspladserne, og at der herefter blev reserveret ganske få pladser på hver rehabiliteringsafdeling, hvortil der var akut adgang.

Ledende basesygeplejerske Steen Gastrup

1. Faktuelt og overordnet: Hvad er dit arbejdssteds relation til akutpladserne på Gl. Kloster?

SG fortæller, at relationen til Gl. Kloster (GK) er stort set ren administrativ: Hovedopgaven for Døgnbasen består i at åbne journalen, når en borger kommer ind aften, nat eller weekend på Gl. Kloster. Det gør det muligt for GK at både se og skrive i journalen. Tidligere fik Døgnbasen henvendelser fra hjemmesygeplejen om ledige akutpladser, men sådanne henvendelser er aftaget stærkt, da Døgnbasen ikke længere kan henvise til akutpladser. Siden de 12 akutpladser begyndte deres drift i november 2007 har Døgnbasen 1-2 gange henvendt sig til Gl. Kloster med henblik på at kunne få ophold for en borger en enkelt nat på Gl. Kloster inden der blev fundet en løsning på problemet. Det har f.eks. drejet sig om en borger, som ikke kunne opholde sig i en sodsværtet lejlighed. (Se i øvrigt nedenfor).

Lægevagten ringer fra tid til anden til Døgnbasen og anmoder om hjælp til nedpakning af toiletartikler, hjælpemidler m.v., når en borger akut skal overføres til GK. (Se i øvrigt nedenfor).

2. Hvad er fordelene ved akutpladserne?

SG anfører, at det må antages at det er en fordel for borgerne, at de ikke bliver hospitaliseret, når borgerens behov alene er pleje – omsorg og/eller lettere behandling. SG formoder, at der også vil være samfundsøkonomiske fordele ved at kommunen tager sig af borgeren frem for hospitalet. SG er opmærksom på, at Gl. Kloster aktuelt kører som et projekt med en særskilt finansiering, men SG rejser spørgsmålet, om hvorvidt GK, når det ikke længere er et egentligt projekt men går i almindelig drift, vil tage midler fra hjemmeplejens almindelige driftsmidler? På den an side anfører SG, at de dage, hvor borgeren er på Gl. Kloster – og hvor borgeren ellers ville have været i eget hjem – da er der en sparet udgift til de hjemmebesøg, som borgeren ellers ville have haft. Endelig anfører SG, at når borgeren så kommer hjem fra Gl. Kloster, må man formode at borgeren er i en bedre habituel tilstand end tilfældet ellers ville have været, hvorfor man må formode at indsatsen fra hjemmeplejen er noget mindre end den ellers ville have været.

3. Hvad er ulemperne ved akutpladserne?

SG anfører, at hvis man anlægger et borgersynspunkt, så kan man formentligt indvende, at en ulempe ved akutpladserne på Gl. Kloster er, at de ikke er bydækkende, men alene omfatter det medicinske optageområde på Bispebjerg Hospital.

4. Hvad kan efter din mening gøres bedre ved akutpladserne?

SG siger, at med den relation som Døgnbasen har til GK, er det ikke muligt for ham at vide, hvad der i givet fald kan gøres bedre ved akutpladserne.

5. Hvad er dine erfaringer med akutpladserne på Gl. Kloster? – kommunikation, samarbejde, arbejdsdeling m.v.?

Hvad angår Gl. Kloster oplyser SG, at det er på et meget lille område man samarbejder, nemlig åbningen af KOS. Det tager ganske kort tid. Og det fungerer. I de 1-2 sager, jfr. ovenfor, hvor Døgnbasen har henvendt sig til GK mhp at kunne få et ophold af et døgn varighed for en borger, er Døgnbasen blevet mødt med velvillighed af GK.

Med hensyn til lægevagten er det sådan, at Døgnbasen modtager bestilling på bistand til pakning af borgeres ting ved overflytning til GK. Disse bestillinger giver Døgnbasen videre til hjemmeplejen, dog ikke om natten, og ikke for Nørrebro. SG finder, at dette samarbejde fungerer.

6. Målgruppe og indsats?

I det følgende er forudsætningen for spørgsmålet, at der findes københavnere, som ikke kan opholde sig i eget hjem af forskellige grunde. Det alternative opholdssted er således enten hospital eller en kommunal døgnplads.

SG forholder sig først til den eksisterende målgruppe for akutpladserne. SG mener, at denne målgruppe bør fastholdes, idet gruppen i denne sammenhæng er karakteriseret ved, at en læge skal have foretaget en lægefaglig vurdering (enten fra AMA eller af egen læge eller vagtlæge) inden borgeren henvises,.

SG identificerer herefter en ny målgruppe. Det er gruppen af borgere, der har brug for *akutte aflastningspladser* fordi de af en eller anden grund ikke kan være i eget hjem. Om denne gruppe burde gælde, at hjemmeplejen kunne henvise til sådanne pladser uden at der forinden har været foretaget en lægefaglig vurdering af borgerne. SG anfører, at den sidste type af pladser svarer til de to pladser, der var på Gl. Kloster i 2007, indtil de 12 akutpladser kom i drift i november 2007.

Ud fra den snævre definition af den eksisterende målgruppe for GKs akutpladser - og de snævre henvisningsregler der eksisterer til disse pladser - kan der argumenteres for, at der faktisk ikke findes akutpladser eller aflastningspladser i kommunen, hvortil hjemmeplejen kan henvise akut.

SG mener i øvrigt, at både de eksisterende akutpladser og de ønskede akutte aflastningspladser bør være et bydækkende tilbud til alle 65-årige, som tilhører henholdsvis den ene og den anden målgruppe.

SG rejser spørgsmålet om der kan være hjemmeboende ambulerende demente, som har et behov for en særlig institutionsplads, eller er det måske sådan, at denne gruppe af borgere (fortsat?) bedst kan få støtte gennem fast vagt i eget hjem?

Endelig rejser SG spørgsmålet, om man med fordel kunne oprette udgående akutteams, som målrettet skulle opsøge hjemmeboende borgere, og gennem en særlig indsats forebygge, at borgeren kom på en døgnplads, uanset om dette var på hospital, akutplads eller aflastningsplads. En del af akutteamet kunne være, at man kunne trække på ergo-fysioterapeuter, som enten kunne foranstalte genoptræning i borgerens eget hjem eller sikre, at borgeren fik genoptræning på et af kommunens træningscentre.

7. Bør andre end læger kunne henvise til akutpladserne?

SG er af den opfattelse, at såfremt der udover akutpladserne også findes akutte aflastningspladser, hvortil hjemmeplejen kan henvise, og evt. også udgående akutteams, så er det ikke nødvendigt at udvide, hvem der kan henvise til akutpladserne.

Bilag 2: Aktivitet på akutpladserne

I tabel B2.1 ses borgere indlagt på Gl. Kloster fordelt på henviser og indlæggelsesmåned. Det ses i femte række, at januar, maj og juli tegner sig for flest indlæggelser med henholdsvis 38, 35 og 35, medens der er færrest indlæggelser i august med 20 indlæggelser. Der kan dog have været flere indlæggelser i august, da data kun dækker de udskrivninger der ligger i januar til og med august. Hvis en borger indlægges i august, men udskrives i september eller oktober vil vedkommende ikke tælle med i august, men i udskrivningsmåneden.

To rækker bør læses sammen: Belægningsprocenten på Gl. Kloster og ”potentialet” fra AMA. Det ses af tabel B2.1, at belægningsprocenten er højest i januar (95,2 %), hvor også ”potentialet” fra AMA er højest (283). Omvendt er belægningsprocenten lavest i april måned (66,9 %), hvor AMA også har det laveste ”potentiale” (187). Sammenhængen mellem belægningsprocent og ”potentiale” er dog ikke entydig. Eksempelvis er der i marts en forholdsvis lav belægningsprocent (76,3 %), men det næsthøjeste potentiale på AMA (245). For juni måned peger tingene heller ikke i den samme retning: Belægningsprocenten er forholdsvis høj (89,7 %), medens AMA’s ”potentiale” er forholdsvis lavt (193). Belægningsprocenten er naturligvis også påvirket af antallet henvisninger fra egen læge og vagtlæge. Generelt gælder det, at tallene er forholdsvis små (og udsvingene relativt store), hvilket gør det vanskeligt at udpege et mønster. Manglen på mønster gælder i særlig grad, hvis man også forsøger at inddrage de henviste fra egen læge og vagtlæge i et ræsonnement, som svarer til det der er gennemført på de foregående linier.

Tabel B2.1: Borgere fordelt på henviser og indlæggelsesmåned (antal), samt belægningsprocent på Gl. Kloster og potentiale fra AMA

Henvist af	Måned									
	December (2007)*	Januar	Februar	Marts	April	Maj	Juni	Juli	August	I alt
AMA BBH	6	20	18	10	9	20	15	16	13	127
Egen læge	1	14	11	10	11	8	8	14	7	84
Vagtlæge	2	2	1	5	1	1	0	0	0	12
Ikke oplyst	3	2	3	3	9	6	10	5	0	41
I alt	12	38	33	28	30	35	33	35	20	264
Belægningspct. Gl. Kloster	-	95.2 %	81.9 %	76.3 %	66.9 %	83.3 %	89.7 %	92.2 %	71.8 %	82.5 %
”Potentiale” fra AMA**	-	283	238	245	187	238	193	214	192	

**12 borgere er indlagt på Gl. Kloster i december 2007, men først udskrevet i januar 2008 og indgår derfor i evalueringens datamateriale. Tilsvarende: De borgere, som blev indlagt på Gl. Kloster i august og som stadig opholder sig på Gl. Kloster d. 1. september tælles ikke med under august. De ville blive talt med i den måned, hvor de blev udskrevet fra Gl. Kloster. Erfaringen peger på, at alle ville blive udskrevet i september.*

*** Fra Økonomikontoret på BBH har CFU fået tal for hvor mange 65+ årige patienter, der er overført fra AMA til en stamafdeling på AMA. Til disse tal har CFU adderet det antal borgere, som er overført fra AMA til Gl. Kloster. Således var potentialet i januar 283 patienter. Af dette potentiale overførte AMA i januar 20 patienter til Gl. Kloster, jf. tabel B2.1.*

Tabel B.2.2 viser det samme som den øverste del af tabel B2.1, hvor fordelingen af borgere i stedet er udtrykt i procent. Her ses det, at mindst 48 % af borgerne bliver henvist fra AMA på Bispebjerg Hospital, mens mindst 32 % bliver henvist fra egen læge. Vagtlægen henviser færrest med mindst 5 %.

Tabel B.2.2: Borgere fordelt på henviser og indlæggelsesmåned (procent)

Henvist af	Måned									I alt
	December (2007)*	Januar	Februar	Marts	April	Maj	Juni	Juli	August	
AMA BBH	50,0 %	52,6 %	54,5 %	35,7 %	30,0 %	57,1 %	45,5 %	45,7 %	65,0 %	48,1 %
Egen læge	8,3 %	36,8 %	33,3 %	35,7 %	36,7 %	22,9 %	24,2 %	40,0 %	35,0 %	31,8 %
Vagtlæge	16,7 %	5,3 %	3,0 %	17,9 %	3,3 %	2,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,5 %
Ikke oplyst	25,0 %	5,3 %	9,1 %	10,7 %	30,0 %	17,1 %	30,3 %	14,3 %	0,0 %	15,5 %
I alt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

**12 borgere er indlagt fra AMA eller af egen læge og vagtlæge på Gl. Kloster i december 2007, men først udskrevet i januar 2008 og indgår derfor i evalueringens datamateriale.*

Af tabel B.2.3 fremgår det, at der er blevet indlagt 127 borgere på Gl. Kloster henvist af AMA. Af disse borgere er 70 blevet udskrevet fra Gl. Kloster til eget hjem, mens 11 blev udskrevet til en ny hospitalsindlæggelse. Altså blev mindst 9 % (11 ud af 127) af de af AMA henviste genindlagt på hospital. Derudover er $(3+2+13) = 18$ borgere, svarende til mindst 14 % af de af AMA henviste, overgået direkte fra Gl. Kloster til en kommunal døgnplads, især en rehabiliteringsplads (13 borgere).

Tabel B.2.3: Borgere henvist af AMA, fordelt på indlæggelsesmåned samt udskrivningssted

Udskrevet til	Indlæggelsesmåned på GL. Kloster									I alt
	December (2007)*	Januar	Februar	Marts	April	Maj	Juni	Juli	August	
Død	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Eget hjem	3	10	12	4	8	9	8	7	9	70
Hospital	1	4	0	1	0	2	2	1	0	11
Plejhjem**	0	0	1	0	0	0	0	0	2	3
Anden midlertidig kommunal plads**	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
Rehabiliterings-plads**	2	4	2	1	1	1	0	2	0	13
Ikke oplyst	0	2	3	3	0	7	5	5	2	27
I alt	6	20	18	10	9	20	15	16	13	127
”Potentiale” fra AMA***	-	283	238	245	187	238	193	214	192	-

* 6 borgere er indlagt fra AMA på Gl. Kloster i december 2007, men først udskrevet i januar 2008 og indgår derfor i evalueringens datamateriale.

**Oplysninger om kommunale pladser hentes via VI. En borger regnes som udskrevet til en kommunal plads hvis indskrivningsdatoen på den nye plads er den samme udskrivelsesdatoen på Gl. Kloster. Der kan derfor være flere, der udskrives til kommunale pladser, hvis der grundet forskellige registreringspraksis ikke er sammenfald mellem de to datoer.

*** Tallene er baseret på antallet af +65-årige borgere, som har været indlagt på AMA BBH.

Af tabel B.2.3 fremgår endvidere, at der er 27 borgere om hvem det ikke med sikkerhed vides, hvor de kom hen efter udskrivning fra Gl. Kloster. En forholdsvis stor andel af de 27 er formentlig kommet i eget hjem. Nogle (få) er måske kommet på hospital. Nogle få er måske kommet på en kommunal døgnplads med en indflytningsdato på denne plads, som ligger måske 1-2 dage efter udskrivningsdatoen fra Gl. Kloster. Denne ”forsinkelse” kan skyldes en tastefejl. Det kan også skyldes, at borgeren har været hjemme i et antal dage inden borgeren kom videre på en kommunal døgnplads. Imidlertid peger interviewet med forstanderen og viceforstanderen på Gl. Kloster på, at de fleste borgere, som enten før Gl. Kloster eller under akut opholdet på Gl. Kloster har en godkendelse til en anden kommunal døgnplads, forbliver på Gl. Kloster indtil de kommer på den nye døgnplads. Tallene er i øvrigt små og det er vanskeligt at udpege nogle mønstre.

I tabel B.2.4 vises de 96 borgere, der er henvist af enten egen læge eller af vagtlæge fordelt på indlæggelsesmåned og udskrivningssted. Af tabellen fremgår det, at 58 borgere udskrives til eget hjem, og at henholdsvis 13 og 15 udskrives til hospital og rehabilitering.

Tabel B.2.4: Borgere henvist af egen læge og vagtlæge, fordelt på indlæggelsesmåned samt udskrivningssted

Udskrevet til	Indlæggelsesmåned på GL. Kloster									I alt
	December (2007)*	Januar	Februar	Marts	April	Maj	Juni	Juli	August	
Død	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
Eget hjem	3	11	5	12	7	6	5	7	2	58
Hospital	0	3	2	2	0	2	2	2	0	13
Plejhjem**	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2
Rehabiliterings-plads**	0	2	3	1	3	1	0	3	2	15
Ikke oplyst	0	0	1	0	1	0	1	1	2	6
I alt	3	16	12	15	12	9	8	14	7	96

* 3 borgere er af egen læge eller vagtlæge indlagt på Gl. Kloster i december 2007, men først udskrevet i januar 2008 og indgår derfor i evalueringens datamateriale.

**Oplysninger om kommunale pladser hentes via VI. En borger regnes som udskrevet til en kommunal plads hvis indskrivningsdatoen på den nye plads er den samme udskrivelsesdatoen på Gl. Kloster. Der kan derfor være flere, der udskrives til kommunale pladser, hvis der grundet forskellige registreringspraksis ikke er sammenfald mellem de to datoer.

Indsats under ophold på akutplads

I dette afsnit fokuseres der på den indsats, der ydes under opholdet, samt om der er forskel på den indsats, der er nødvendig i forhold til borgere, der venter mere end 10 dage og borgere, der venter kortere end 10 dage.

I de første 6 måneder af evalueringsperioden havde personalet på Gl. Kloster muligheden for at registrere den ydede indsats ved hjælp af de kategorier, der ses i tabel B.2.5. Personalet kunne her sætte det antal krydser, de mente var nødvendige for at beskrive den ydede indsats. Det viste sig dog vanskeligt at trække statistik på disse data, og personalet fandt heller ikke altid kategorierne meningsfyldte. Derfor blev kategorierne pr. 1. juli ændret således, at det nu kun er tilladt at sætte ét kryds. I den følgende statistik er der derfor fokus på de første 6 måneder af 2008, da data for de sidste to måneder af evalueringsperioden ikke er tilstrækkelig til at danne nogle tabeller.

I tabel B.2.5 ses de 6 kategorier, personalet har kunnet vælge imellem til registrering af indsatsen. Der er oplysninger om ydelserne for 136 borgere. 103 har opholdt sig 1-10 dage på Gl. Kloster. 33 i mere end 10 dage. Af tabellen fremgår det, at 'God og omsorgsfuld pleje' er den oftest registrerede indsats med 63 registreringer for borgere med mindre end 10 opholdsdage og 22 for borgere med mere end 10 opholdsdage. Den næstmest registrerede indsats er 'Væske- /ernæringsindsats' med henholdsvis 49 og 19 registreringer. For at kunne sammenligne de to grupper er "antal krydser pr. 100 forløb" opgjort for hver kategori i hver

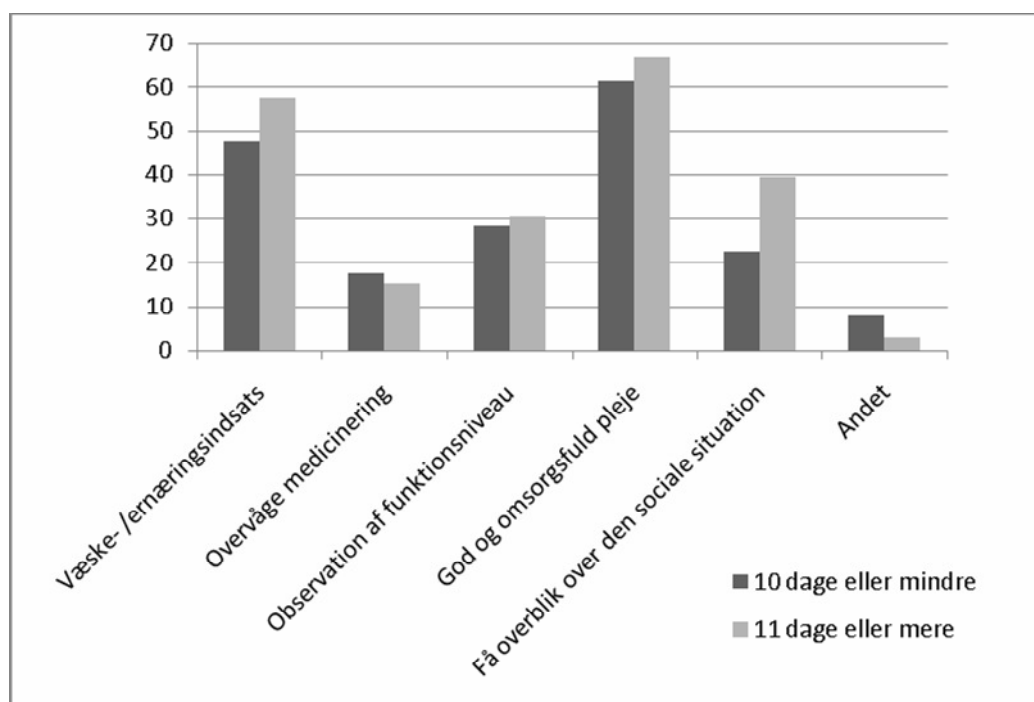
gruppe. Her ses det, at to kategorier skiller sig ud. 'Væske- /ernæringsindsats' er oftere registreret hos gruppen med længst opholdstid (58 mod 48 krydser pr. 100 forløb), og kategorien 'Få overblik over den sociale situation' er ligeledes oftere registreret hos denne gruppe (39 mod 22 krydser pr. 100 forløb). For resten af kategorierne ses mindre forskelle de to grupper imellem. For at lette denne sammenligning er den også fremstillet grafisk i figur B1.

Tabel B2.5: Den ydede indsats fordelt på opholdstid under og over 10 dage (første 6 måneder af 2008).

	10 dage eller mindre (n=103)		11 dage eller mere (n=33)	
	Antal krydser	Antal krydser pr. 100 forløb	Antal krydser	Antal krydser pr. 100 forløb
Væske- /ernæringsindsats	49	48	19	58
Overvåge medicinering	18	17	5	15
Observation af funktionsniveau	29	28	10	30
God og omsorgsfuld pleje	63	61	22	67
Få overblik over den sociale situation	23	22	13	39
Andet	8	8	1	3

Note: I alt blev der udskrevet 198 borgere i løbet af de første 6 md. af 2008. Tabellen dækker kun denne periode, da registreringspraksis blev ændret pr. 1. juli 2008. Den samlede sum af krydser overstiger antallet af forløb, da det var tilladt at sætte flere krydser for hvert forløb.

Figur B1: Den ydede indsats fordelt på opholdstid under og over 10 dage.



Samlet konklusion: Det ses, at der i relation til borgere som opholder sig 11 eller flere dage på Gl. Kloster oftere er gjort en indsats for at få overblik over den sociale situation. De øvrige ydelser optræder nogenlunde lige hyppigt i forhold til de to grupper.

Tabel B2.6 viser den gennemsnitlige opholdstid for alle udskrivningsmuligheder. Her ses det, at der ikke er de store forskelle på den gennemsnitlige opholdstid, når man ser på hvem der henviser. Ser man derimod på, hvor borgeren bliver udskrevet til, ses det, at de, der udskrives til hospital, i gennemsnit opholder sig 5,6 dage på Gl. Kloster, og at de, der udskrives til plejehjem, i gennemsnit opholder sig 12,8 dage på Gl. Kloster.

Endvidere fremgår det af tabel B2.6, at der er forskel på den gennemsnitlige alder, alt efter hvem der henviser, og alt efter hvortil borgeren udskrives. Det ses således, at de, der henvises af vagtlægen er 89,9 år i gennemsnit, godt 7 år ældre end dem, der henvises af AMA eller borgerens egen læge. De, der udskrives til plejehjem, har den højeste gennemsnitsalder på 85 år – knap 2,5 år ældre end dem, der udskrives til rehabilitering og knap 5 år ældre end dem, der udskrives til hospital.

Tabel B2.6: Gns. opholdstid for borgere udskrevet fra Gl. Kloster - fordelt på henviser og udskrivningsmulighed

Udskrevet til	Henvist af												I alt		
	AMA Bispebjerg Hospital			Borgers egen læge			Vagtlæge			Ikke oplyst					
	Gns.			Gns.			Gns.			Gns.			Gns.		
	Anta	op.	Gns.	Anta	op.	Gns.	Anta	op.	Gns.	Anta	op.	Gns.	Antal	op.	Gns.
1	tid	alder	1	tid	alder	1	tid	alder	1	tid	alder		tid	alder	
Død	1	7,0	84	2	4	69	0	0	0	0	0	0	3	5	74
Eget hjem	70	9,1	84,1	48	10,9	83,5	10	9,1	90	0	0	0	128	9,8	84,3
Hospital	11	7,1	77,5	11	4,3	82	2	5	89,5	0	0	0	24	5,6	80,5
Plejehjem	3	11,7	85,7	2	14,5	84	0	0	0	0	0	0	5	12,8	85
Anden midlertidig kommunal plads	2	9,5	72,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	9,5	72,5
Rehabiliteringsplads	13	10,7	83,5	15	8,8	79,9	0	0	0	10	10,8	85,2	38	10	82,6
Ikke oplyst	27	8,0	81,6	6	10,3	85,2	0	0	0	31	8,5	85,6	64	8,5	83,9
I alt	127	8,9	82,8	84	9,6	82,5	12	8,4	89,9	41	9,1	85,5	264	9,1	83,4

**Oplysninger om kommunale pladser hentes via VI. En borger regnes som udskrevet til en kommunal plads hvis indskrivningsdatoen på den nye plads er den samme udskrivelsesdatoen på Gl. Kloster. Der kan derfor være flere, der udskrives til kommunale pladser, hvis der grundet forskellige registreringspraksis ikke er sammenfald mellem de to datoer.*

Bilag 3: Forkortelser og lidt forklaring

- GK = Gl. Kloster. Hvis ikke andet er anført, er GK alene akutpladserne på GK. Gl. Kloster rummer også plejehjem og rehabiliteringsafdeling.
- BBH = Bispebjerg Hospital
- AMA = akut modtageafdeling⁷. Hvis ikke andet er anført, er det BBH's AMA
- KMO = et akut afsnit på kirurgisk afdeling på BBH⁸. Afdelingen hedder afdeling K og således er KMO afdeling K's modtagelse af akut indlagte patienter.
- MMO = et akut afsnit på ortopædkirurgisk afdeling på BBH⁹. Afdelingen hedder afdeling M og således er MMO afdeling M's modtagelse af akut indlagte ortopædkirurgiske patienter.
- TOP = Trygheds- og Omsorgspladserne, TOP-pladserne. Ofte kaldes disse pladser for selvvisiteringspladserne.

Døgnbasen hører til Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune. Døgnbasen er daglig tale for Døgnplejens Basecenter. Døgnbasen er en del af kommunens hjemme(syge)pleje.

⁷ "AMA er det første, patienten stifter bekendtskab med ved en akut (ikke-planlagt) indlæggelse. AMA har 22 senge og varetager indlæggelse, observation, indledende behandling samt visitation af akut indlagte medicinske patienter og forgiftningsspatienter." Kilde: BBH's hjemmeside d. 15. oktober 2008.

⁸ "Her modtages akut indlagte patienter til observation og behandling for mave- og tarmkirurgiske sygdomme. K-modtagelse har 17 sengepladser og vi modtager ca. 100 patienter om ugen. Halvdelen af de akut indlagte patienter udskrives inden for 1 døgn til efterbehandling hos praktiserende læge eller i sygehusambulatorium. De øvrige patienter indlægges til operation, observation og undersøgelse i afdelingens stationære afsnit." Kilde: BBH's hjemmeside d. 10. oktober 2008.

⁹ "Akutte ortopædkirurgiske patienter indlagt fra skadestuen, egen læge/vagtlæge, ambulatoriet eller overflyttet fra anden afdeling/andet hospital til udredning og behandling af deres ortopædkirurgiske lidelse. Afsnittets klientel er lige fra den unge idrætskirurgiske patient til den ældre borger med fraktur. Patienternes indlæggelsestid varierer fra få timer til et par døgn, hvorefter de enten udskrives eller udvisiteres, når der er plads på et af de stationære afsnit." Kilde: BBH's hjemmeside d. 10. oktober 2008.

Bilag 4: Målgrupper, henvisere og ydelser for modelprojekt på Gl. Kloster

AMA på Bispebjerg Hospital og almen læge (egen læge og vagtlæge) kan henvise hjemmeboende 65+ årige borgere akut til Gl. Kloster, hvis de en kortere periode ikke kan opholde sig i eget hjem. Akutpladserne på Gl. Kloster er primært for borgere, hvis somatiske og/eller sociale forhold taler herfor. Gl. Kloster er ikke et "mini-hospital". Det vil sige, at borgere som bør være på et hospital, ikke kan henvises til ophold på Gl. Kloster.

Fra AMA henvises lægeligt udredte og færdigbehandlede borgere, hvor fortsat indlæggelse på hospital ikke er hensigtsmæssig i samme grad som ophold på Gl. Kloster.

I det foreliggende projekt kan borgere ikke flyttes fra AMA til stamafdeling og derefter videre til Gl. Kloster. Borgere kan alene flyttes fra AMA til Gl. Kloster. Borgerne skal overføres til Gl. Kloster indenfor 24 timer – dog vil der formentlig i nogle tilfælde være nogle borgere, som først kan overføres efter mere end 24 timer på AMA – for eksempel i de situationer, hvor der afventes undersøgelsesresultater og eventuel effekt af behandling.

Af almen læge (egen læge eller vagtlæge) henvises borgere fra eget hjem, hvor på den ene side ophold i eget hjem ikke er hensigtsmæssigt, og hvor på den anden side indlæggelse på hospital ej heller er hensigtsmæssigt.

En forudsætning for ophold på Gl. Kloster er, at borgeren i de første timer efter ankomsten til Gl. Kloster ikke har behov for lægefaglig observation eller behandling. Gl. Kloster kan ved behov for lægelig vurdering kontakte egen læge eller vagtlægen for at aftale sygebesøg.

Der vil være borgere, som ved siden af somatiske og/eller sociale forhold også har psykologiske eller psykiatriske problemstillinger. Nogle af disse borgere vil Gl. Kloster kunne håndtere, andre ikke. Gl. Kloster har ikke ressourcer til at tage hånd om borgere, som har en urolig adfærd, eller som er udgående (ambulerende).

På Gl. Klosters akutpladser er der døgnet rundt sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter m.fl. I dagtimerne kan fysio- og ergoterapeuter medvirke ved restitution og vurdering af borgerens funktionsevne og fremtidige træningsbehov. Der er ikke mulighed for fast vagt på Gl. Kloster.

Ydelser på Gl. Kloster:

- pleje og restitution af fysisk afkræftede borgere
- håndtere lægeordineret medicin
- observation af dehydrering
- give peroral væske
- anlægge sonde
- hjælp til inhalationer eller oplæring heri
- iltterapi til borgere med kronisk obstruktiv lungelidelse
- anlægge kateter på både mænd og kvinder og overtage borgere med allerede anlagt kateter

- observation og pleje efter faldepisoder, hvor der ikke er tegn på brud eller comotio cerebri
- ”raske” eller syge ægtefæller der ikke er i stand til at klare sig alene i hjemmet, mens den anden er indlagt på hospital.

Ydelser der ikke gives på Gl. Kloster:

- iv-væsketerapi
- iv-medicin
- røntgenundersøgelse
- blodprøver.

Uddrag af ”Modelprojekt med akutpladser på Gl. Kloster”, 29. okt. 2007, sagsnr. 2007-86821.

Bilag 5: 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 hjemkomst 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 hjemkomst med visitationen	Planlægning af hjemkomst med visitationen	Planlægning af hjemkomst med visitationen
Varighed: max 1 uge	Varighed: 1 – 3 uger	Varighed: 1 - 8 uger

Kilde: Træning og Aktivitet København