



Nedbringelse af ventedage for færdigbehandlede københavnere.

12. dec. 2007

Bilag 3

Sagsnr.
2007-50240

Dokumentnr.

Om alternativ 1 og 2 for nedbringelse af antallet af færdigbehandlede borgere på hospital

Sagsbehandler
Lars Engberg

1. Baggrund og indledning

Sundheds- og Omsorgsudvalget godkendte på sit møde d. 6. december 2007 et måltal, hvorefter der i gennemsnit er 11 færdigbehandlede københavnere, som dagligt venter på at blive udskrevet fra hospital med udgangen af 2009.

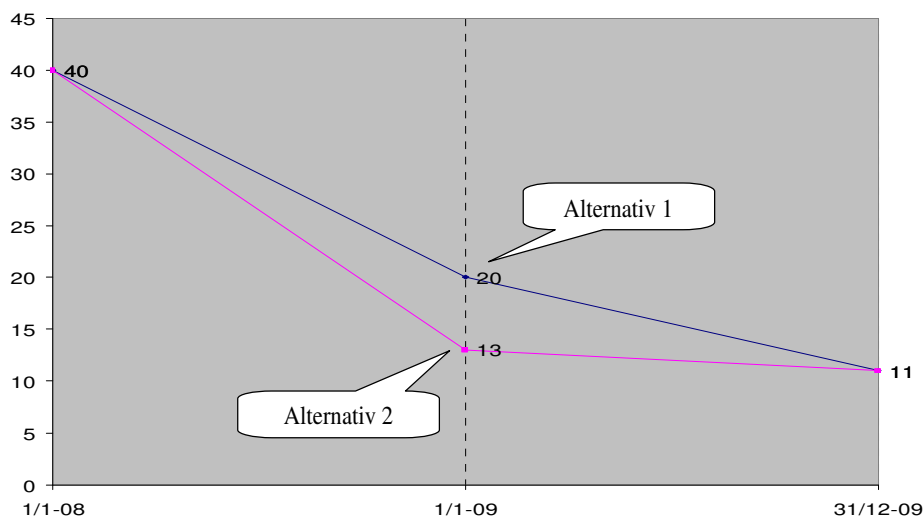
Dette måltal skal realiseres ved i 2008 og 2009 at reducere antallet af borgere, som dagligt venter på at blive udskrevet fra hospital og ved at reducere antallet af ventedage. Udvalget blev på mødet d. 6. december 2007 præsenteret for to alternativer, som fastlægger, hvor mange ventende der dagligt er med udgangen af 2007, 2008 og 2009.

Alternativ 1: Fra 40 via 20 til 11.

Alternativ 2: Fra 40 via 13 til 11.

Når det antages at denne reduktion sker jævnt hen over året, så ser de to alternativer således ud:

Figur 1: Fald i antal ventende og ventedage i 2008 og 2009 i alternativ 1 og 2.



Center for Faglig
Udvikling -
Sundhedsstaben

Sjællandsgade 40
2200 København N

Telefon
3530 3855

Telefax
3530 3939

E-mail
EW 97@suf.kk.dk

EAN nummer
5798009290809

www.kk.dk

I 2007 forventes der at være 15.000 ventedage. Med målet om at der i gennemsnit er 11 færdigbehandlede borger der venter på hospital forventes der i 2010 forventes at være 4.000 ventedage. Når man kombinerer dette med figur 1 fås det antal ventedage, som fremgår af tabel 1.

Tabel 1. Ventedage i 2007, 2008, 2009 og 2010 for to alternativer i 2008 og 2009.

	2007	2008	2009	2010
Alternativ 1: 40• 20• 11	15.000	11.000	5.700	4.000
Alternativ 2: 40• 13• 11	15.000	9.300	4.400	4.000

Det er således i alternativ 2, at der i 2008 og 2009 sker den hurtigste reduktion af både antal ventende og antal ventedage.

De borgere, der har ekstra ventedage, kommer typisk fra eget hjem og har således ikke på indlæggelsestidspunkt plejehjemsplads i kommunen.

I appendix 1 er beskrevet tre cases for borgere som udskrives til henholdsvis eget hjem, rehabiliteringsplads og plejehjem.

Tabel 2 viser fordelingen af 499 forløb for ældre københavnere, der havde ventedage i de første 10 måneder af 2007 i forhold til udskrivningssted.

Tabel 2. Hvor kom de ældre borgere hen indenfor de første 14 dage efter udskrivning fra hospital?

Antal forløb	Andel tilbage i eget hjem uden kontakt med plads indenfor første 14 dage	Antal på midlertidig plads indenfor første 14 dage efter udskrivning	Antal på plejehjem indenfor første 14 dage efter udskrivning
499	30%	37%	33%

Note: De første 10 måneder havde 499 ældre et forløb på sygehus, som indebar, at de efter færdigbehandlingen havde ventedage på sygehuset inden de blev udskrevet.

Tabellen viser, at knap 1/3 udskrives til eget hjem, lidt mere end 1/3 udskrives til en midlertidig plads og 1/3 udskrives til plejehjem. Borgere der ikke umiddelbart kan udskrives er typisk borgere, hvor der i forbindelse med indlæggelse er sket en forværring af sundhedstilstand eller funktionsniveau. Udskrivelse af disse borgere kræver typisk ekstra kommunale foranstaltninger for at borgeren kan komme hjem. Det kan dreje sig om boligændringer, ekstra hjemmesygepleje med videre.

2. Forudsætninger for at kunne realisere alternativ 2

Visionen for arbejdet med hjemtagning af færdigbehandlede for både kommune og hospital er: *Planlægningen af den gode udskrivning påbegyndes allerede ved indlæggelsen.*

I indstillingen beskrives to alternativer for hjemtagning af borgere. I det følgende beskrives forudsætninger for hurtig hjemtagning af borgere med særligt fokus på forudsætninger vedr. alternativ 2. Af afsnit 3 vil det fremgå, at de samme forudsætninger skal være opfyldt for at alternativ 1 kan realiseres – dog i et lidt langsommere tempo.

2.1 Samarbejde med hospitaler

Fra ugeliste til daglig liste over færdigbehandlede

I henhold til sundhedsaftalen skal hospitalet sende kommunen en elektronisk meddelelse så snart en borger er færdigbehandlet. Det sker ikke. Det er derfor aftalt, som en midlertidig løsning, at udskrivningskoordinatorerne en gang om ugen skal have en liste over hvilke borgere, som ligger på hospitalet og er erklæret færdigbehandlede. Ugelisten er i dag den bedste systematiske informationskilde, som udskrivningskoordinatorerne har til at få et overblik over, hvilke færdigbehandlede borgere, der er på hospitalet. I slutningen af november 2007 er det lykket for 3 hospitaler at fremsende ugelisten. Disse lister er ikke altid opdateret. En forudsætning for alternativ 2 er, at de 5 hospitaler, som især modtager københavnere, går fra ugeliste til at udarbejde daglige lister over færdigbehandlede borgere.

Tidlig varslings af færdigbehandling

Grundidéen med tidlig varslings er, at kommunen kan forberede hjemtagning af borgeren. I sundhedsaftalen er der aftalt tidsfrister for varslings. I november 2007 er der igangsat en undersøgelse af om de aftalte varslings tidspunkter overholder tidsfristerne baseret på en stikprøve på 30 patientforløb. Det foreløbige resultat er, at det kun er ganske få varsler, som er afgivet *før* færdigbehandlingsdatoen. Praksis er forskellig på hospitalerne. Der er endnu ikke udarbejdet entydige retningslinier for varslings. Disse udarbejdes som del af udmøntningen af sundhedsaftalerne. En forudsætning for alternativ 2 er, at retningslinier er udarbejdet og implementeret ensartet på de 5 hospitaler, som modtager københavnere.

Tidligere placering af udskrivningskonference

I en række tilfælde er der enighed om, at en borger først kan udskrives fra sygehuset, når der har været afholdt en udskrivningskonference med deltagelse af kommune og hospitalet og ofte også borgeren og borgerens pårørende. Formålet er, at planlægge de foranstaltninger, som skal iværksættes i kommunen for at borgeren kan modtages i eget hjem. Det vil ofte dreje sig om boligændringer og/eller hjælpemidler. I en række tilfælde indkalder sygehuset først til udskrivningskonferencen, når borgeren er erklæret færdigbehandlet. I

nogle tilfælde skal udskrivningskonferencen suppleres med et hjemmebesøg. Alt i alt kan dette medføre adskillige ekstra ventedage før det er muligt at hjemtage borgeren. En forudsætning for alternativ 2 er, at udskrivningskonferencerne afholdes så tidligt som muligt og før færdigbehandlingsdatoen. Denne forudsætning hænger snævert sammen med forudsætningen om rettidig varsling af færdigbehandling, jvf. punktet ovenfor.

Hospitalet bør tidligt i indlæggelsesforløbet meddele til borger og pårørende, at borgeren (i de fleste situationer) ikke kan vente på hospitalet

Der er forskellige kulturer på hospitalerne og dermed også forskellige holdninger på hospitalerne til hjemtagning af borgerne. På Bispebjerg Hospital udleverer udskrivningskoordinatoren et brev til de patienter og deres pårørende, hvor det er planen, at borgeren skal flytte ind i en plejebolig. I brevet fortælles, at det er hensigten, at borgeren efter færdigbehandling snarest kan komme i en plejebolig. Hvis der er ventetid på at kunne flytte ind i plejeboligen, så kan borgeren enten vente i eget hjem med hjemmehjælp eller på et af kommunens øvrige plejehjem/plejecentre. Med andre ord kan borgeren (i de fleste situationer) ikke vente på hospitalet. Brevet er underskrevet på chefniveau af en repræsentant for henholdsvis hospitalet og Københavns Kommune. Det er vurderingen, at dette brev bidrager til at borger og pårørende indstiller sig på, at borgeren i de fleste situationer skal udskrives, når borgeren er færdigbehandlet. De øvrige hospitaler er blevet spurgt om de ville underskrive et tilsvarende brev. Hvidovre Hospital har indtil videre ikke ønsket at gøre dette. Det er en forudsætning for alternativ 2, at hospitalerne tidligt i indlæggelsesforløbet under den ene eller anden form kommunikerer til borger og pårørende, at der (i de fleste situationer) ikke kan ventes på hospitalet efter færdigbehandling. Forvaltningen planlægger at mødes primo 2008 med de enkelte hospitalsdirektioner for at drøfte ensartet praksis vedr. dette.

Hospitalet må (i nogle tilfælde) begrænse aftaler med borgeren og pårørende om at borgeren kan vente på hospitalet

I nogle tilfælde stiller hospitalerne borgeren i udsigt, at borgeren kan vente på hospitalet indtil en plejehjemsplads eller rehabiliteringsplads bliver ledig. Der er eksempler på, at dette kan betyde både 20 og 30 ventedage på hospitalet. Der er dog også – og fuldt acceptabelt – situationer, hvor et mindre antal ventedage forekommer at være den mest optimale løsning for borgeren. Et eksempel kan være den borger, som efter 20 behandlingsdage af lægerne erklæres uhelbredeligt syg. Lægerne forventer, at borgeren vil dø i løbet af ganske få dage. Borgeren og pårørende kender denne situation og der indgås aftale om at borgeren kan forblive på hospital.

Ny organisation som skal finde samarbejde og fælles forståelse

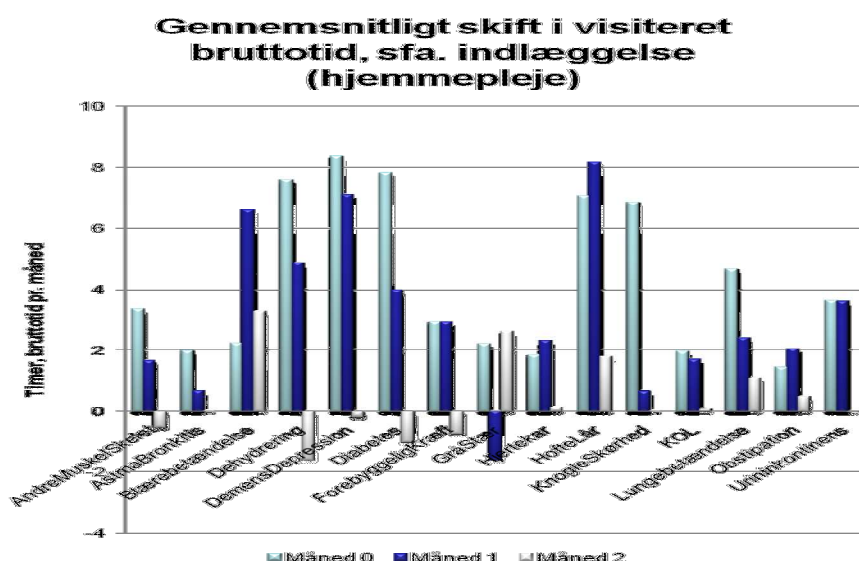
Realiseringen af ovenstående skal ske i en tværsektoriel organisation som er ny og hvor aktørerne ”skal finde sine egne ben” i et samarbejde og gensidig forståelse. Eksempelvis har flere af

sygehusene først for nylig ansat udskrivningskoordinatorernes nærmeste samarbejdspartner – ældrekonsulenten eller samordningskonsulenten. Der er indgået aftale om etablering af et nyt tværsektorielt netværk, hvor formålet er løbende at drøfte, udvikle og aftale arbejdsgange i forbindelse med udskrivning af borgere efter indlæggelse. Dette forum bliver særligt vigtigt i relation til at sikre fortsat fremdrift i hjemtagning af borgere samtidig med implementering af de ændringer og nye samarbejdsflader, som må forventes i forbindelse med den nye hospitalsplan i 2008.

2.2 Øget træk på hjemmesygepleje til de hjemtagne færdigbehandlede

Ved udtræk på KOS kan det dokumenteres, at borgere der hjemskrives til eget hjem, efter udskrivelse har et øget træk på hjemme(syge)pleje.

Figur 2. Skift i den visiterede tid fra før til efter indlæggelse for visse diagnoser. Opgjort i tid per måned.



Som det fremgår af figur 2, er dette særligt udtalt de første to måneder efter udskrivningen. Det ekstra træk på sygepleje skal ses i sammenhæng den allerede eksisterende strukturelle ubalance vedr. hjemmeplejen. Hjemtagning af færdigbehandlede borgere vil således forstærke det eksisterende pres på hjemmesygeplejen bl.a. beroende rekrutteringsudfordringer og andre nye opgaver.

2.3. Behov for tilpasning af kapacitet ved alternativ 1 og 2

En hurtigere hjemtagning af færdigbehandlede borgere medfører som ovenfor beskrevet et øget behov for ekstra hjemmesygepleje til borgere, der skal udskrives til eget hjem. Herudover er der behov for en øget kapacitet af midlertidige døgnpladser. Tabel 4 viser, hvor mange midlertidige døgnpladser, der vil være brug for i 2008 og 2009 under de to alternativer.

Tabel 3. Ekstra midlertidige døgnpladser i 2008 og 2009 (to alternativer) i forhold til basisåret 2007, som følge af hjemtagning af ventedage. Afrundede tal.

	2008	2009
Alternativ 1: 40• 20• 11	5	13
Alternativ 2: 40• 13• 11	7	15

Note: Forudsætningen er, at halvdelen af de hjemtagne ventedage (i forhold til 2007) tilbringes på plejehjem med en belægningsprocent på 98%.

Behovet for yderligere midlertidige døgnpladser skal ses i sammenhæng med den samtidige demografitilpasning og forvaltningens implementering af moderniseringsplan for plejehjem og vil således forventeligt medføre et øget pres på den samlede kapacitet.

3. Forudsætninger for at kunne realisere alternativ 1 og 2

I tabel 4 nedenfor sammenfattes forudsætningerne for at kunne realisere alternativ 2 – henholdsvis forudsætninger for at kunne realisere alternativ 1. Det er forvaltningens vurdering, at forudsætningerne for at realisere alternativ 1 og 2 er de samme, men at realiseringen af alternativ 1 giver en mere balanceret proces. Det er i denne forbindelse en særlig udfordring, at opfyldelsen af de anførte tidsfrister på en række punkter ikke kan ske uafhængigt af tidsplanen for udmøntningen af sundhedsaftalen og dennes implementering på hospitalerne.

Tabel 4. Forudsætninger for at kunne realisere alternativ 1 og 2

Forudsætninger	Alternativ 2	Alternativ 1	Hvad gør SUF uanset alternativ?
Fra ugeliste til dagliste over færdigbehandlede i overensstemmelse med sundhedsaftalen	1. feb. 2008	1. maj 2008	SUF vil rejse problemstillingen på møder i samordningsudvalget med henvisning til sundhedsaftalen
Varsling af færdigbehandling i overensstemmelse med sundhedsaftalen	1. feb. 2008	1. maj 2008	SUF vil rejse problemstillingen på møder i samordningsudvalget med henvisning til sundhedsaftalen
Tidlig placering af udskrivningskonference	1. feb. 2008	1. maj 2008	SUF vil rejse problemstillingen på møder i samordningsudvalget med henvisning til sundhedsaftalen
Nye samarbejdsformer, kommunikationsveje, fælles holdninger og afklaring af etiske spørgsmål	1. feb. 2008 er der udarbejdet fælles retningslinier	1. maj 2008 er der udarbejdet fælles retningslinier	SUF vil sikre udarbejdelse af retningslinier i regi af samordningsudvalget med henvisning til sundhedsaftalen

Hospitalet underskriver brev om, at der (i almindelighed) ikke kan ventes på hospitalet	1. feb. 2008	1. maj 2008	SUF vil drøfte sagen med de enkelte hospitalsdirektioner primo 2008
Øget behov for hjemmesygepleje ydelser jvf. figur 2..	Merforbrug i 2008 estimeret til: 1,6 mio. kr.	Merforbrug i 2008 estimeret til: 2,2 mio. kr.	Øget behov for hjemmesygepleje skal integreres i den samlede styring af sygeplejeydelser go ses i sammenhæng med den eksisterende strukturelle ubalance vedr. hjemmeplejen.
Øget kapacitet af midlertidige døgnpladser for færdigbehandlede, jvf tabel 3.	Ekstra behov i 2008 estimeret til: 7 pladser	Ekstra behov i 2008 estimeret til: 5 pladser	Behov for ekstra kapacitet vil skal integreres i den videre proces vedr. demografitilpasning og moderniseringsplan.

4. Økonomisk konsekvens af hurtig hjemtagning

Beregning af konsekvens af hurtig hjemtagning af færdigbehandlede borgere sker med udgangspunkt i prognosen for 2007, hvor der forventes 15.000 ventedage og en udgift til udskrivningskoordinatorerne på 3 mio. kr. Udgiften hertil vil i 2007 være 27,8 mio. kr, jf. bilag 2 til den indstilling, som udvalget behandlede d. 6. december 2007 om hjemtagning af færdigbehandlede. I forhold til denne udgift vil der ske en besparelse, som følge af hjemtagningen, jf. tabel i 2 i førnævnte indstilling.

Tabel 5 viser de samlede besparelser for de to alternativer 1 og 2. i 2008 og 2009.

Tabel 5. Besparelse i forhold til basisåret 2007 som følge af adfærsændring i 2008 og 2009 - alternativ 1 og 2. (1.000 kr., 2007-niveau).

	Alternativ 1 (fra 40 til 20 til 11)		Alternativ 2 (fra 40 til 13 til 11)	
	2008	2009	2008	2009
Besparelse til regionen	6.600	15.345	8.745	17.523
Merudgift til h-plejen (822 kr/døgn)	-1.644	-3.822	-2.178	-4.365
Merudgift til døgnpladser (1.378 kr/døgn)	-2.756	-6.408	-3.652	-7.317
Udskrivningskoordinatorer	-1.000	-1.000	-1.000	-1.000
Kommunens samlede besparelse ift. 2007 ved adfærsændring	1.200	4.115	1.915	4.841

Det fremgår af tabel 5, at alternativ 2 giver en besparelse både i 2008 og 2009, som er noget større end den besparelse, som alternativ 1 frembringer. Men indhentningen af den "ekstra" besparelse sker kun ved opfyldelsen af de forudsætninger, som er nævnt i tabel 4.

5. Indstilling - hvorfor vælge alternativ 1

På baggrund af en samlet vurdering indstiller forvaltningen, at der arbejdes videre med alternativ 1. Baggrunden herfor er, at det er forvaltningens vurdering, at alternativ 1 er udtryk for en markant stigning i hjemtagning af færdigbehandlede borgere og dermed reduktion i ventedage. Københavns Kommune vil ved gennemførelse af alene alternativ 1 løse en opgave, som andre kommuner har implementeret over en længere årrække.

Forudsætningen for at kunne øge hjemtagningen af færdigbehandlede patienter er:

- Implementering af varslingsregler
- Udarbejdelse af retvisende lister over færdigbehandlede patienter til brug for kommunen
- Udarbejdelse af retningslinier for samarbejde mellem hospital og kommune om færdigbehandlede patienter, herunder aftale omkring kommunikation i forhold til patient og pårørende og afholdelse af udskrivningskonference
- Tilvejebringelse af ressourcer i hjemmesygepleje
- Tilpasning af kapacitet vedr. midlertidige døgnpladser

Det er således forvaltningens opfattelse, at også alternativ 1 kræver en målrettet indsats. Hvis det viser sig, at målet for alternativ 1 nås allerede i 2008, indstiller forvaltningen, at der skal arbejdes med at realisere alternativ 2 allerede i 2008.

6. Monitorering i 2008 og 2009 og afrapportering til udvalget

Udviklingen i antal ventedage og antal ventende færdigbehandlede patienter vil blive fulgt tæt i 2008 og 2009. Der vil blive monitoreret på de forudsætninger, som er beskrevet i tabel 4 samt ske en opfølgning såvel i forhold til de enkelte sygehuse og de enkelte lokalområder i Københavns Kommune

Forvaltningen vil kvartalsvis rapportere til udvalget om udviklingen i antallet af færdigbehandlede og antallet af ventedage. Endvidere vil forvaltningen komme med en statusredegørelse i sommeren 2008.

Appendiks 1:

Konkrete udfordringer ved hjemtagning – 3 cases

I det følgende belyses de udfordringer der kan være ved hjemtagning til eget hjem, til en rehabiliteringsplads og til plejehjem. Det illustreres ved følgende tre cases.

Case 1: Udskrivning af 85 årig mand med rygerlunger til eget hjem

85 årig aleneboende mand med rygerlunger indlægges på grund af lungebetændelse. Borgeren er meget svækket og har været faldet på badeværelset. Borgeren får inden indlæggelsen hjælp til rengøring pga voldsom åndenød ved bevægelse.

Da feberen og almen tilstanden er stabiliseret, meddeles det på stuegang, at borgeren er færdigbehandlet. Hospitalsafdelingen har allerede haft kontakt med det lokale Pensions- og omsorgskontor, da de forventer, at borgeren snart er klar til udskrivning. Da borgeren hører, at han snart skal hjem, bliver han bekymret, da han er meget angst for at falde igen. Afdelingen vurderer på baggrund af borgerens helbredstilstand, at der vil være behov for hjælp til personlig pleje, indkøb, tøjvask og madordning samt stillingtagen til evt. hjælpemidler og boligindretning. Under de 10 dages indlæggelse har det vist sig, at borgeren på grund af udpræget åndenød ved bevægelse er nødt til at bruge rollator indendørs.

Afdelingen tager derfor initiativ til en konference med kommunens udskrivningskoordinator. Det viser sig, at borgerens datter først har mulighed for at deltage 3 dage senere. På udskrivningskonferencen giver borgeren og datteren igen udtryk for stor bekymring for nyt fald. Borgeren ønsker ikke omsorgsbesøg i hjemmet, hvorfor det aftales, at der skal installeres nødkald inden udskrivning. Borgeren har i midlertidig ingen ekstra nøgler, datteren vil sørge for dette allerede næste dag. Hjælpemiddelcentret kontaktes med henblik på opsætning af nødkald, udlån af rollator samt at få fjernet dørtrin. Borgeren udskrives 8 dage efter færdigbehandlingsdatoen.

Case 2: Udskrivning af 82 årig kvinde med ny hofte til rehabiliteringsplads

82 årig kvinde indlægges for at få en ny hofte. Borgeren bor alene i eget hus. Har i mange år været plaget af gigtsmerter og dermed meget ringe gangfunktion, men har alligevel klaret sig med vens hjælp. Under operationen tilstøder der hjertekomplikationer, og efterfølgende kommer der betændelse i operationssåret. Genoptræningsforløbet efter hofteoperationen bliver betydeligt forlænget. Da borgeren efter 7 uger er lægeligt færdigbehandlet afholdes en udskrivningskonference. Vennen deltager som bisidder. Vennen, som har besøgt borgeren dagligt, oplyser, at borgeren husker dårligere end før og bliver let urolig. Ved konferencen er borgeren opgivende, og kan ikke overskue situationen og siger, at hun har brug for, at der er nogen hos hende hele tiden. Planen bliver, at borgeren visiteres til en rehabiliteringsplads med henblik på genoptræning og vurdering af fremtidig boligform. Da vennens daglige besøg betyder meget for

borgerens tryghed og livskvalitet, aftales det, at rehabiliteringsopholdet skal foregå i lokalområdet. Borgeren udskrives 18 dage efter færdigbehandlingsdatoen, da der bliver en ledig rehabiliteringsplads i lokalområdet.

Case 3: Udskrivning af 86 årig kvinde med apopleksi til plejehjem

86 årig kvinde indlægges med blodprop i hjernen og halvsidig lammelse. Under den 2 måneder lange indlæggelse har der været forsøgt genoptræning, men uden de store fremskridt. Borgeren er svækket, sover det meste af dagen og kan ikke motiveres til at træne. Ved lægesamtale med borgeren og datteren fra X-købing meddeles, at der ikke er yderligere genoptræningspotentiale, og at det anbefales, at borgeren søger plejehjemsplads. Borgeren anses for at være lægeligt færdigbehandlet. Borgeren og pårørende har svært ved at acceptere dette.

Afdelingen har aftalt konference med udskrivningskoordinatoren tre dage efter lægesamtalen. Både borger og pårørende har fortsat svært ved at acceptere plejehjemsplads, og ønsker at overveje dette nærmere. Udskrivningskoordinatoren vurderer, at borgeren og datteren har brug for at bearbejde nuværende situation og de mange informationer der gives i forbindelse med et boligsift. Der aftales ny konference om en uge. På denne konference beslutter borgeren sig for at søge plejehjem.

Borgeren gøres opmærksom på 4 ugers garantien ved at søge bredt over hele København, men da borgeren ønsker at bo tæt på datteren, ansøges om plejehjemsplads i X-købing.

Udskrivningskoordinatoren har undersøgt ventetiden i X-købing, og den er mere end 2 måneder. Da det vurderes, at borgeren ikke kan komme hjem i egen bolig i ventetiden, søges der om en plejehjemsplads i København, hvor der ikke skal betales indskud, indtil borgeren kan komme til X-købing. Borgeren udskrives 30 dage efter færdigbehandlingsdatoen til en plejehjemsplads.