

Bilag 5:

Forebyggelse af indlæggelser - bedre forløb før indlæggelse og ved udskrivning

Modelprojekt med akutpladser på Gl. Kloster

1. Baggrund

Der er oprettet 12 akutpladser på rehabiliteringsafdelingen på plejehjemmet Gl. Kloster på Østerbro fra 3. september 2007. Pladserne er for ældre borgere (65+ årige) i Københavns Kommune som tilhører en nærmere afgrænset målgruppe.

Pladserne iværksættes i fuld forståelse med hospitalerne og de praktiserende læger. Etableringen af den forståelse har betydet, at den oprindeligt planlagte start er udskudt fra 1. maj 2007 til 3. september 2007. Forståelsen med hospitalerne og de praktiserende læger er bekræftet på et møde i Samordningsudvalget for Københavns Kommune d. 17. september 2007. Det betyder, at i en overgangsperiode fra 3. september - 15. oktober 2007 vil kommunen henvise borgere til akutpladserne. Når den nærmere kommunikation og arbejdsgangsbeskrivelse er fastlagt mellem kommune, hospital, praktiserende læger vil de to sidstnævnte fra 15. oktober 2007 kunne begynde at henvise til akutpladserne.

Pladserne dækker efter en indkøringsperiode alle 6 lokalområder, som udgør Københavns Kommune.

Baggrunden for modelprojektet er kommunalreformen, som trådte i kraft 1. januar 2007. Et væsentligt element i kommunalreformen er, at samarbejdet mellem region, kommuner og almen praksis skal styrkes ved at der indgås sundhedsaftaler, som giver en fælles forpligtelse til at samordne og styrke indsatsen på en række områder. Med det her foreliggende modelprojekt rettes der et blivende fokus på et af sundhedsaftalernes områder: forebyggelse af indlæggelser og styrkelse af det sammenhængende patientforløb. Gennem igangsættelsen af projektet vil der ske en udvikling af samarbejdet mellem hospitaler, almen praksis og Københavns Kommune. Der sigtes mod at opnå en bedre koordinering og tydeligere snitflader mellem parterne, ligesom der vil blive udviklet nye initiativer som skal styrke det sammenhængende patientforløb.

Kommunalreformen indebærer også, at kommunerne skal medfinansiere hver gang en borger indlægges på sygehuset. Det afføder i sig selv et ønske om at begrænse antallet af indlæggelser. Imidlertid skal det her beskrevne projekt også ses som led i en løbende

proces, hvor hospitaler, almen praksis og Københavns Kommune gennem aftaler i bl.a. Samordningsudvalget iværksætter andre indsatser, som sigter på dels at forebygge indlæggelser og genindlæggelser og dels at styrke sammenhængende patientforløb, jf punkt 9 nedenfor.

Københavns Kommunens har et ønske om at oprette akutpladser, som en konkret kommunal opfølgning på sundhedsaftalernes erklæring om, at både kommune, sygehus og praktiserende læger og vagtlæger bør bidrage til at forebygge antallet af indlæggelser og styrke et sammenhængende patientforløb. Det er kommunens ønske at akutpladserne drives i forståelse med og under en hensigtsmæssig arbejdsdeling med praktiserende læger, vagtlæger og hospitaler. Københavns Kommune er samtidig meget opmærksom på, at modelprojektet ikke udvikler sig til et mini-hospital.

Der er derfor etableret et fælles arbejde mellem repræsentanter for hospitalerne, almen praksis og Københavns Kommune. Det er Københavns Kommunes hensigt, at modelprojektet opnår fuld tilslutning fra Samordningsudvalget for Københavns Kommune.

Projektet bygger på en fælles forståelse mellem Københavns Kommune og hospitalerne om, at det for nogle af de borgere, som er indlagt på hospitalernes Akut Modtageafdeling (AMA), gælder, at det efter endt udredning og iværksættelse af eventuel medicinsk behandling, er mere hensigtsmæssigt for borgeren at blive overført til pleje, omsorg og restituering på en kommunal akutpladsafdeling frem for at blive overført til en almindelig sengeafdeling. I nogle tilfælde vil en overførsel til en kommunal akutpladsafdeling måske kunne forebygge en uplanlagt genindlæggelse.

Endelig bygger modelprojektet på en fælles forståelse mellem Københavns Kommune og de praktiserende læger om, at der kan være borgere, som på grund af et sammenfald af sociale og helbredsmæssige forhold, og efter en individuel og konkret vurdering der som hovedregel foretages af en almen læge i borgerens hjem, har behov for et kortere ophold på en kommunal akutpladsafdeling, hvormed man i nogle tilfælde kan undgå en indlæggelse. Den praktiserende læges eller vagtlægens vurdering indebærer, at borgeren har behov for pleje, omsorg og restituering uden for eget hjem, men ikke har behov for fortsat lægefaglig behandling.

Sammenfattende kan man sige, at akutpladserne skal tage over når enten en almen læge (= praktiserende læge eller vagtlæge) eller en læge på AMA har henholdsvis vurderet eller udredt patienten/borgeren. I nogle tilfælde vil en sådan helhedsvurdering føre til, at det er mere hensigtsmæssigt for patienten/borgeren at komme på en akutplads frem for at blive indlagt af den praktiserende læge eller blive overført til en almindelig sengeafdeling efter opholdet på AMA.

De 12 akutpladser drives indtil udgangen af 2008 som et modelprojekt. Projektet vil blive internt evalueret og i sidste halvdel af 2008 vil Københavns Kommune i samråd med Samordningsudvalget for Københavns Kommune tage stilling til om og hvorledes de kommunale akutpladser videreføres efter 2008, herunder hvordan de skal finansieres.

2. Akutpladsernes formål

Ophold på en kommunal døgnåben akutpladsafdeling er et tilbud både til borgere på Akut Modtageafdeling og borgere som bor i eget hjem. Et ophold på en akutplads forudsætter, at borgeren har et akut behov for pleje, omsorg og restituering og at borgeren er i en situation, hvor det ikke er hensigtsmæssigt at gennemføre kommunale tilbud, medens borgeren bor hjemme. Sammenfattende for disse borgere gælder, at akutpladserne har som overordnet formål:

- at give et tilbud, som efter udredning på AMA eller en konkret vurdering af almen lægen er mere hensigtsmæssigt for borgeren
 - end overførsel fra AMA til almindelig sengeafdeling
 - end indlæggelse eller
 - end fortsat ophold i eget hjem.

Modelprojektet har desuden følgende formål:

- at tilbyde en løsning på et akut opstået problem, som omfatter sociale og helbreds-mæssige forhold,
- at give et tilbud, som er bedre end at borgeren opholder sig i eget hjem, incl. de tilbud som borgeren kunne modtage som hjemmeboende,
- at borgeren kan forbedre sin almene tilstand.

3. Målgruppe og ydelser

Den overordnede målgruppe er ældre (65+ årige) hjemmeboende borgere bosiddende i Københavns Kommune,

- som har behov for pleje, omsorg og restituering udenfor eget hjem bl.a. med det formål at forbedre borgerens almene tilstand.

Målgruppen vil blive sammensat af borgere, som henvises fra henholdsvis almen praksis og hospitalernes Akut Modtageafdelinger. "Bestemte diagnoser" har ikke forrang til akutpladserne. *AMA henviser*, når det efter udredning og evt. påbegyndt medicinsk behandling skønnes, at ophold på akutpladsafdelingen er mere hensigtsmæssigt end fortsat ophold på hospitalet. Det forventes, at AMA ofte vil inddrage en geriater i udredningen. *Almen praksis* henviser til ophold på akutpladsafdelingen, når det ud fra en mere helhedsorienteret vurdering, der som hovedregel foretages i borgerens hjem, vurderes, at der ikke er behov for lægefaglig behandling, og at et ophold er mere hensigtsmæssigt end både fortsat ophold i eget hjem eller en hospitalsindlæggelse.

Det gælder således, at behovet for en kommunal akutplads skyldes et pludseligt opstået behov eller et akkumuleret behov for pleje, omsorg og restituering, der ikke tilsiger træk på hospitalsydelser og som ej heller kan håndteres af hjemmeplejen i borgerens eget hjem.

I det næste underafsnit sker der en nærmere afgrænsning af målgruppen. Dels ved at fastlægge nogle mere specifikke kriterier for anvendelse af pladserne og dels ved at omtale de ydelser, som akutpladserne kan tilbyde. Generelt gælder, at ophold på Gl. Klosters akutpladser primært er for borgere hvis somatiske-sociale forhold taler herfor. Derimod har Gl. Kloster ikke ressourcer til at tage hånd om borgere, som har en urolig adfærd.

Kriterier og opgaver

Kriterier for anvendelse af akutpladserne for hjemmeboende.

- Borgerens somatiske almene tilstand eller sociale situation skal være således, at pleje, omsorg og restituering i eget hjem ikke længere er hensigtsmæssigt eller forsvareligt, ligesom der heller ikke må være noget, som taler for, at borgeren bør indlægges til udredning eller behandling.

Kriterier for anvendelse af akutpladserne for AMA-indlagte.

- Borgerens somatiske almene tilstand skal være således, at der er behov for pleje, omsorg og restituering for bl.a. at øge borgerens almene tilstand. Akutpladsløsningen skal være mere hensigtsmæssig for borgeren end fortsat ophold på sygehuset, ligesom indsatsen heller ikke kan foregå hensigtsmæssigt med udgangspunkt i, at borgeren er tilbage i eget hjem.

Uanset om borgeren kommer fra eget hjem eller AMA:

- Der skal foreligge en klar behandlings- og observationsplan fra almen læge og en klar pleje-, behandlings- og observationsplan fra AMA.
- Der skal være behov for døgnobservation, som ikke kræver lægefaglig observation.

Hvilke opgaver skal akutpladserne typisk tage sig af

- Videreføre lægeordineret behandling med medicin
- Observere, jvf ovenfor
- Pleje, omsorg og restituering
- Kommunikere med relevante kommunale instanser, herunder det lokale P/O-kontor
- Kontakt til og samarbejde med borgerens egen læge.

De tværsektorielle sundhedsfaglige arbejdsgange skal beskrives i et samarbejde mellem kommunen, hospitaler og almen praksis.

Borgerne skal under ophold på Gl. Kloster ikke have udgifter til medicin og skal ej heller betale for kost, vask mv. Borgerne kan få transport til og fra akutpladserne, herunder liggende transport.

4. Almen læger og Akut Modtageafdeling henviser

Forebyggelse af indlæggelser:

Praktiserende læger og vagtlæger kan i forbindelse med besøg i borgerens eget hjem henvise borgere til en kommunal akutplads. Almen lægerne kan gennem deres henvisning medvirke til:

- at forebygge en akut medicinsk (gen)indlæggelse.
- at tilvejebringe en aflastning af ægtefæller, som passer deres syge pårørende, hvis den syge borger har behov for kortvarig restituering. Dette nedsætter forbruget af plejehjemspladser og hjemmeplejetimer.
- at sikre, at borgere, som på grund af sociale og helbredsmæssige grunde ikke kan opholde sig i eget hjem (ej heller med udvidet hjemmepleje), kan få et midlertidigt ophold, som giver mulighed for pleje, omsorg og restituering. Der kan være tale om at borgeren har behov for akut social rengøring, eller at borgeren er i akut krise fx på grund af tab af nær pårørende, eller at borgerens lejlighed er udbrændt eller at faldstammen uvarslet skal udskiftes mv.

Fremskyndet udskrivning:

Den pleje- og behandlingsansvarlige på hospitalernes Akut Modtageafdeling (AMA) kan - frem for at overføre en patient fra AMA til en almindelig sengeafdeling – overføre patienten til en kommunal akutplads. I nogle tilfælde vil akutpladsløsningen mere hensigtsmæssig for borgeren end overførslen til en almindelig sengeafdeling. Det må forventes, at især den første del af modelprojektet vil gå med, at AMA og akutpladsafdelingen prøver sig frem med hensyn til at afgrænse, hvilke patientkategorier, det er mest relevant at overføre til akutpladsafdelingen.

Når der er etableret erfaringer med overførsel fra AMA til akutplads – og hvis der er kapacitet til at modtage yderligere patienter fra hospitalerne - kan der efter nærmere aftale i Samordningsudvalget overføres patienter fra skadestue til en kommunal akutplads frem for fra skadestue til en almindelig sengeafdeling.

Ved overflytningen til kommunens akutpladsafdeling forudsættes det, at patienten er udredt og eventuelt initial behandling er iværksat. Selv med omfattende hjælp i eget hjem skønnes det at borgeren i nogle få dage har behov for på en kommunal akutplads at få pleje og omsorg og restituering, bl.a. med det formål at genvinde tidligere almene tilstand. Eksempelvis kan tilbuddet omfatte svækkede borgere med infektion. Hvis det samlede sygehusophold forventes at ville være på maksimalt 2-3 dage, så taler hensyn til borgeren for, at borgeren ikke overføres til Gl. Kloster. Er behovet for pleje, omsorg og restituering på flere dage, vil det være hensigtsmæssigt at overføre borgeren til Gl. Kloster.

4.1 Geografisk begrænsning i de første måneder af modelprojektet

Da det er vanskeligt at vurdere, hvor mange som henholdsvis AMA og almen lægerne vil kunne henvise til akutpladserne aftales det, at i første omgang er det alene AMA på Bispebjerg Hospital og almen læger til borgere, som er bosiddende på Nørrebro, Bispebjerg og Østerbro, som kan henvise til akutpladsafdelingen på Gl. Kloster. På baggrund af en kapacitetsvurdering forventes tilbuddet efter ca. 3 måneder at blive udvidet, så alle

hospitaller inddrages og det bliver et tilbud for 65+årige københavnere. Det er således hensigten, såfremt pladserne rækker, at også AMA på Amager, Hvidovre og Gentofte hospitaller, samt almen læger for alle 65+ årige københavnere kan henvise til akutpladsafdelingen.

5. Samarbejdet om de daglige arbejdsgange, herunder visitationens opgaver i Københavns Kommune

Akutpladserne kan kun leve op til deres formål gennem et tæt samarbejde mellem AMA, udskrivningskoordinatorer, almen læger og akutpladserne og internt i kommunen (bl.a. mellem akutpladsafdelingen, visitationen, hjemmepleje og øvrige rehabiliteringsafdelinger).

Henvisning fra almen læge:

Praktiserende læge (egen læge) og vagtlæge tager direkte kontakt til akutpladserne. Når det er afklaret 1) om der er plads og 2) at borgeren tilhører målgruppen. Både praktiserende læge (egen læge) og vagtlæger henvender sig direkte til akutpladsafdelingen. Når det er afklaret om der er plads og om borgeren tilhører målgruppen, foranstalter akutpladsernes ansvarshavende, at visitationen i borgerens lokalområde får besked om borgerens ophold på Gl. Kloster.

Overførsel fra AMA til akutplads:

I almindelig dagtid på ugens hverdage kontakter AMA den lokale kommunale udskrivningskoordinator. Denne medvirker til at organisere overførslen til akutpladsafdelingen. Der udarbejdes nærmere aftale herfor, herunder hvem der kommunikerer hvad til akutpladsafdelingen. Endvidere aftales det nærmere, hvordan overførslen skal ske udenfor hverdagens dagtid.

Alle hverdage i almindelig dagtid: Efter AMAs kontakt af den lokale kommunale udskrivningskoordinator visiterer sidstnævnte via borgerens lokale P/O-kontor.

Aften, nat og weekend: Akutpladsernes ansvarshavende visiterer ind og Døgnbasen åbner adgang til KOS. Advis sendes ved indlæggelsen til visitationen i borgerens lokalområde.

Generelt gælder, at de lokale visitatorer snarest muligt efter borgerens ankomst til Gl. Kloster opretter borgeren i kommunens bestiller-udfører-model. Endelig gælder, at visitatorerne snarest muligt i et samarbejde med Gl. Kloster udarbejder en plan for det videre forløb, både på Gl. Kloster og efter borgeren har forladt Gl. Kloster. Planen skal meddeles borger og ofte også pårørende.

Ifølge landsoverenskomsten kan borgere vælge praktiserende læge, hvis praksis ligger indenfor en afstand af 5 km fra borgerens hjem. Når forholdene taler for et besøg af egen læge i borgerens hjem er den praktiserende læge forpligtet til at aflægge dette, når afstanden er maksimalt 5 km.

Almen lægerne har tilkendegivet, at de er af den opfattelse, at sygebesøg på Gl. Kloster ikke er at betragte som et almindeligt sygebesøg, hvorfor det kræver særlig aftale om honorering. Endvidere er almen lægerne af den opfattelse, at egen læge uden nærmere begrundelse bør kunne sig nej til at aflægge sygebesøg uanset afstanden til Gl. Kloster. Almen lægerne er af den opfattelse, at der bør indgås en §2 aftale, svarende til den der i dag er gældende for det tidligere Bispebjerg-hjemmet.

Der skal indgås en §2 aftale med de praktiserende læger.

6. Opholdstid

Det vil være hensigtsmæssigt, at borgeren og ofte også pårørende, kort efter ankomsten til Gl. Kloster, bliver oplyst om formål, plan og varighed af opholdet, samt hvad planen er for det videre forløb efter borgeren har forladt Gl. Kloster.

Det forventes, at den maksimale opholdstid på Gl. Kloster bliver maksimalt 10 dage.

I nogle tilfælde vil borgere blive overført fra Gl. Kloster til rehabilitering på rehabiliteringsafdelingen i borgerens eget lokalområde.

Akutpladserne kan ikke anvendes til at vente på plejebolig eller anden permanent plads.

7. Dokumentation og evaluering

Der gennemføres en intern evaluering af modelprojektet. Evalueringsrapporten skal foreligge i efteråret 2008.

Det er evalueringens *overordnede formål*

- at tilvejebringe information og beslutningsgrundlag, som gør det muligt i efteråret 2008 at træffe beslutning om og i givet fald med hvilke ændringer at modelprojektet bør gøres permanent, samt det økonomiske grundlag for videreførelsen.

Evalueringen har desuden følgende *delformål*:

- at belyse efterspørgslen efter akutpladser, omfang af afvisninger på grund af manglende plads og eventuelle fejlvisiteringer
- at belyse om akutpladserne har bidraget til
 - at få et mere hensigtsmæssigt forløb for borgere indlagt på AMA, hvor overførsel til almindelig sengeafdeling er uhensigtsmæssigt
 - at reducere antallet af indlæggelser
- at bidrage til en nærmere fastlæggelse af målgruppen

- at undersøge arbejdsgangene mellem de forskellige aktører og komme med forslag til forbedringer, herunder om hensigtsmæssigheden i at andre (eksempelvis hjemmeplejen, herunder Døgnbasen), bør kunne henvise til akutpladserne

Såfremt det undervejs i projektet besluttes, at også skadestuer kan henvise til akutpladsafdelingen, skal dette også omfattes af evalueringen.

Evalueringen kan desuden inddrage data fra en løbende dokumentation af aktivitet mv. Det overordnede formål vil være at evaluere forsøgets stærke og svage sider med henblik på at give et input til på hvilken måde akutpladsfunktionen mest hensigtsmæssigt kan blive et permanent tilbud til ældre københavnere.

Et element i evalueringen kan være at sammenligne to grupper: 50 borgere, som er overført fra AMA til akutplads og 50 borgere, som forblev overført fra AMA til almindelig sengeafdeling. Kan visitationskriterierne præciseres? Hvor mange kom tilbage til hospitalet direkte fra Gl. Kloster?

Københavns Kommune står for den interne evaluering. AMA på Bispebjerg supplerer med førnævnte sammenligning. Der skal udarbejdes en nærmere beskrivelse af evalueringen.

8. Projektorganisation

Projektejer er direktør Anne Mette Fugleholm, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune.

Projektorganisationen består af en styregruppe og en arbejdsgruppe.

Styregruppen:

Styregruppen er Samordningsudvalget for Københavns Kommune.

Arbejdsgruppe:

Arbejdsgruppen består af:

Sundhedschef Jens Egsgaard, SUF
Praktiserende læge Søren, Kjærem Nielsen, Københavns Kommune
Overlæge Carsten Hendriksen, Bispebjerg Hospital
Ledende oversygeplejerske Lene Wichman, AMA, Hvidovre Hospital
P/O-chef Hanne Lindstrøm, Østerbro, SUF
Ældrechef Dorthe Svendsen-Tune, Østerbro, SUF
Forstander Hannah Hjorth, Gl. Kloster, Østerbro, SUF
Ledende basesygeplejerske Steen Gastrup, Døgnplejens Basecenter, SUF

Specialkonsulent Lars Engberg, SUF
Specialkonsulent Svend Bayer, SUF

Arbejdsgruppen kan suppleres med yderligere medlemmer.

9. Yderligere tiltag til forebyggelse af indlæggelser gennem tilrettelæggelse af bedre forløb før indlæggelse og ved udskrivning.

På et møde d. 23. august 2007 i ovennævnte arbejdsgruppe blev der drøftet en række andre tiltag, som kan styrke den samlede indsats (sygehus, almen praksis og kommunen) med henblik på bl.a. at forebygge (gen)indlæggelser og styrke sammenhængende patientforløb.

Nedenfor oplystes en række andre tiltag, som kan realiseres som led i en løbende proces, hvor hospitaler, almen praksis og Københavns Kommune gennem aftaler i bl.a. Samordningsudvalget aftaler den nærmere udformning og iværksættelse. Det forekommer hensigtsmæssigt, at der prioriteres tre tiltag, som skal realiseres snarest og senest med udgangen af 2008. For så vidt at tiltagene medfører merudgifter for Københavns Kommune skal der sikres bevilling af midler.

Den foreløbige liste over tiltag omfatter:

- Etablering ved et eller flere hospitaler af en funktion (call-center) som er bemandet med AMA-kyndige, måske med geriatrisk specialviden. Hertil vil akutpladserne kunne ringe og få råd og vejledning. Hvis kommunen opretter et udgående akutteam vil dette også kunne kontakte call-centeret.
- Kompetenceudvikling af hjemmesygeplejen, fx gennem etablering af akutteam i hvert område.
- Etablering af et samarbejde mellem sygehus, almen praksis og kommunen omkring særlige målgrupper, eksempelvis borgere med kroniske lidelser, bl.a. med henblik på at reducere trækket på sygehusydelse (koordinering af komplekse borgeres forløb).
- Afprøvning af modeller vedr. udgående AMA-sygeplejerske.
- Afprøvning af opfølgende hjemmebesøg til borgere efter indlæggelse: Efter udskrivning besøger egen læge og hjemmeplejen sammen borgeren i borgerens hjem – der er dokumentation for at dette kan reducere antallet af genindlæggelser.
- Afprøvning af muligheder for, at hospitalerne opretter subakutte funktioner (bl.a. røntgen og væskeundersøgelser), da dette i nogle tilfælde vil kunne forebygge en indlæggelse, hvis borgeren i stedet kan komme på en akutplads.
- Afprøvning af etablering af ”ambulante AMA besøg”, hvor borgere kan komme på AMA ”i en stol” og ikke i en seng med henblik på screening/udredning uden indlæggelse – og næste opholdssted kan være akutpladsafdelingen.
- Det bør overvejes nærmere, hvorledes den geriatriske rådgivning (supervision) af både plejehjem og hjemmepleje kan udvikles.

Det blev aftalt i Samordningsudvalget på dets møde d. 17. september 2007, at arbejdsgruppen suppleret af andre sagkyndige skal komme tilbage til Samordningsudvalget på baggrund af ovenstående liste med en plan, der kan iværksættes successivt gennem 2008.

10. Tidsplan: Hvem gør hvad hvornår?

- | | |
|---------------------|---|
| 3. september: | Kommunen kan i en overgangsfase henvise egne borgere til akutpladserne, herunder som aflastningspladser. |
| 11. september: | Arbejdsgruppens endelige udkast til beskrivelse af modelprojekt med akutpladser på Gl. Kloster sendes til Samordningsudvalget. |
| 17. september: | Samordningsudvalget har på baggrund af udkast fastlagt den gældende beskrivelse af modelprojektet (denne udgave af 19. september 2007). |
| 17. sept.- 15. okt. | En række mindre tværsektorielle ad-hoc arbejdsgrupper forbereder og aftaler bl.a. kommunikation og arbejdsgangsbeskrivelser. |
| 4. oktober: | Sundheds- og Omsorgsudvalget i Københavns Kommune drøfter modelprojektet. |
| 15. oktober: | Modelprojektet starter med henvisninger fra AMA på Bispebjerg Hospital og fra almen læger, hvor borgeren er bosiddende på Nørrebro, Østerbro og Bispebjerg. Hvis opstart i efterårsferien giver problemer påbegyndes 22. oktober. |
| 15. januar | - eller senere: Projektet udvides til andre AMA på andre sygehuse, som behandler københavnere og til almen læger, som har borgere i de tilsvarende optageområder. |