



Social- og Sundhedsudvalget

Protokol

25-02-2015 kl. 15:30
Udvalgsværelse 1

Medlemmer

Bodil Kornbek	deltog
Mette Schmidt Olsen	deltog
Finn Riber Rasmussen	deltog
Dorthe la Cour	deltog
Søren P. Rasmussen	deltog
Curt Købsted	deltog
Henrik Brade Johansen	deltog

Pernille Holmgaard

Edda Heinschou

Andreas Schløer Madsen

Linda Johnsen (pkt. 1 og 2) Lene Wedele Henriksen (pkt. 1 og 2) Jeanette Nygård Madsen (pkt. 3,4 og 5)

Susanne Hansen (pkt. 3 og 4) Christine Kousholdt (pkt. 3 og 4) Jeppe Pedersen (pkt.. 8) Birgit Milling (pkt. 8)

Under pkt. 2 præsentation fra Kasper Jørgen, Nationalt Videnscenter for Demens, og Vibeke Drevsen Bach, Energy2work.

Indholdsfortegnelse

1. [Revideret procesplan for demensindsatsen](#)
2. [Oplæg om forskning og udvikling på demensområdet.](#)
3. [Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt](#)
4. [Hjemtagelse af færdigbehandlede sygehusindlagte borgere.](#)
5. [Ledsagerordning til borgere over 67 år](#)
6. [Anmodning om optagelse af sag om den svære samtale](#)
7. [Udmøntning af Ældremilliarden for 2015](#)
8. [Udbud af madservice 2014/2015](#)
9. [Motionslokale på Områdecenter Virumgård - forstærkning af etagedæk](#)
10. [App "Min Vej" - social-psykiatrisk redskab](#)
11. [Budget til Seniorråd](#)
12. [Forsøg med ekstra hjemmebesøg fra Sundhedsplejen for at fremme ammefrekvensen mv.](#)
13. [Meddelelser til udvalgets medlemmer - februar 2015](#)

1. Revideret procesplan for demensindsatsen

Sagsfremstilling

Social- og Sundhedsudvalget vedtog i efteråret 2014 en procesplan for udvalgets arbejde frem mod at formulere en handleplan på demensområdet som en del af Ældrestrategien. Som en del af procesplanen indgik bl.a. en studietur til andre kommuner. En række praktiske forhold omkring planlægning af studietur mv. har medført et behov for en revision af procesplanen.

Forvaltningen forelægger derfor forslag til en revideret procesplan, jf. nedenfor.

Forslag til revideret procesplan for demensindsatsen:

Aktivitet	Tidspunkt
SSU møde, besøg på Bredebo plejecenter · Dialog med medarbejdere · Sagsfremstilling bilagt notat: "Fremtidige boligformer til beboere med og uden demens".	3.december 2014
SSU møde · Dialog med pårørende til demente	7.januar 2015
SSU møde · Oplæg fra videnspersoner på demensområdet. · "Nationalt Videnscenter for demens", neuropsykolog Kasper Jørgensen. · "Energy2work", organisations- og udviklingskonsulent Vibeke Drevsen Bach	25. februar 2015
SSU møde · Oplæg fra Københavns Kommune om deres demensindsats.	25. marts eller 29. april 2015
SSU møde · Opsamling på og status for processen.	25. marts 2015
SSU studietur · Besøg i Egedal Kommune.	8. april 2015 kl. 13.30-16.00
SSU møde · Oversigt over mulige handlingsinitiativer som grundlag for et borgermøde.	29.april 2015
SSU holder borgermøde	17. juni 2015 kl. 14.30-17.30
SSU møde · Forslag til handleplan	19. august 2015

Økonomiske konsekvenser

Aktiviteterne i procesplanen holdes inden for rammen.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at den reviderede procesplan godkendes.

Social- og Sundhedsudvalget den 25. februar 2015

Godkendt.

2. Oplæg om forskning og udvikling på demensområdet.

Sagsfremstilling

Social- og Sundhedsudvalget har igangsat et arbejde med at udvikle en handleplan for demensindsatsen som en del af kommunens Ældrestrategi.

På de seneste udvalgsmøder har henholdsvis medarbejdere på ældreområdet samt pårørende til demente været inviteret til en dialog med udvalget. Hensigten er at indsamle viden og erfaringer, der kan inspirere i udviklingen af handleplanen.

På nærværende møde vil der være to præsentationer af den seneste forskning og udvikling på demensområdet:

1) Neuropsykolog Kasper Jørgensen fra "Nationalt Videnscenter for Demens" holder oplæg om den nyeste forskning på demensområdet.

2) Organisations- og udviklingskonsulent Vibeke Drevsen Bach fra Energy2work holder et oplæg om "Kan man blomstre med demens? – Tag med på en rejse fra Jorden til Månen" med afsæt i, hvordan demens kan håndteres i hverdagen.

Sidstnævnte oplæg blev anbefalet af de pårørende til demente, som deltog på udvalgets møde i januar 2015.

Økonomiske konsekvenser
Opgaven løses indenfor rammen.

Beslutningskompetence
Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling
Forvaltningen foreslår, at oplæggene tages til efterretning.

Social- og Sundhedsudvalget den 25. februar 2015
Taget til efterretning.

3. Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt

Sagsfremstilling

Seniorrådet og Social- og Sundhedsudvalget har siden 2012 drøftet muligheden for at ansætte plejehjemslæger. Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har sammen med 5 kommuner gennemført projektet "Fast tilknyttet læge på plejehjem", som blev iværksat i 2012. Forvaltningen orienterede på udvalgets møde i marts 2014 om den foreløbige evaluering af projektet. Forvaltningen foreslog, at den endelige afrapportering om projektet blev forelagt Social- og Sundhedsudvalget. Den endelige evaluering af "fast tilknyttet læger på plejecentre" udkom ultimo 2014, og resultaterne fremlægges hermed for udvalget.

Fakta om projektet "Fast tilknyttet læge på plejehjem"

Baggrunden for projektet er, at beboerne på plejecentre ofte er svage ældre med én eller flere kroniske og medicinske problemstillinger. Det stiller store krav til plejesektoren og fordrer et tæt samarbejde mellem læge, plejepersonale og beboere på plejecentre i forhold til at sikre forebyggelse og optimal sundhedsfaglig behandling.

Borgere på 7 udvalgte plejehjem i 5 kommuner indgik i projektet som interventionsplejehjem, og 9 plejehjem indgik som sammenlignelige plejehjem. Projektet omfattede ansættelse af en fast tilknyttet læge mellem 1½-3 timer om ugen på det enkelte plejehjem. Timerne er brugt til faglig rådgivning og vejledning af personalet om generelle sundhedsfaglige problemområder hos beboerne. Herudover har borgerne på de udvalgte plejecentre fået tilbud om at skifte til den fast tilknyttede læge. Formålet med ordningen har været at undersøge, om en fast tilknyttet læge på et plejecenter kan skabe bedre kvalitet for den ældre.

Implementeringserfaringer

Der har været udfordringer med at rekruttere læger til projektet, og det har krævet inddragelse af relevante fora. En årsag kan være lægernes bekymring for et øget arbejdspress, som funktionen kan medføre. Implementeringen har været tidskrævende, blandt andet fordi lægerne skal have tid til at opbygge nye tillidsrelationer og lære deres patienter at kende. En stor udfordring har også vist sig at være den uventede arbejdsbyrde hos lægerne i forbindelse med beboergennemgangen. Mange beboere på interventionsplejehjemmene støttede op om projektet og blev tilknyttet den fast tilknyttede læge. Under projektet har beboernes tilknytning til den faste læge været stigende, idet nye beboere valgte

den fast tilknyttede læge som egen læge. På interventionsplejehjemmene er der ved projektet afslutning mellem 67% og 96% af beboerne, som er tilknyttet den faste læge.

Herudover har det vist sig, at den lokale tovholder er afgørende for processen ligesom videndeling blandt personalet kræver stor opmærksomhed.

Effekt af ordningen

Ordningen har vist følgende effekter:

- | Reduktion i indlæggelser: Der er målt en reduktion i henholdsvis forebyggelige indlæggelser på 28%, genindlæggelser på 27% og korttidsindlæggelser på 14% for beboerne på interventionsplejehjemmene i forhold til beboere på øvrige plejehjem. I Lyngby-Taarbæk Kommune svarer reduktionerne samlet set til omkring 50 indlæggelser årligt. Effekten er vedvarende halvandet år efter, at lægen blev fast tilknyttet plejehjemmene, og det er vurderet, at effekten er langvarig.
- | Færre opkald til lægevagt og øget kontakt til egen læge: På interventionsplejehjemmene er der målt et fald i kontakten til lægevagten, men en forventelig stigning i kontakt til egen læge, når det har været den fast tilknyttede læge, der var beboerens egen læge. Det er vurderet, at denne stigning kan begrundes i implementeringsperioden.
- | Fokus på korrekt medicinering: Lægens større involvering i beboernes medicin har vist en reduktion i receptpligtig medicin, idet medicingennemgangen er foretaget oftere. Hertil kommer personalets øgede viden om medicin som følge af den fast tilknyttede læges undervisning og vejledning generelt til personalet.
- | Styrket samarbejde: Plejepersonalet og den fast tilknyttede læge har oplevet et styrket samarbejde omkring beboerne med en forbedret kommunikation og tilgængelighed. Desuden har fast tilknyttet læge givet personalet en tryghed, så ikke-akutte problemstillinger kunne løses, når den faste læge kom på plejehjemmet. De ugentlige møder og undervisningen har betydet en stor læring blandt plejepersonalet. De har følt sig bedre rustet til at varetage de pleje- og behandlingsmæssige opgaver. Det påpeges dog samtidig, at der er mange ressourcemæssige omkostninger specielt i implementeringsperioden. Blandt andet at skulle finde tid til ugentlige møder i en travl hverdag. Tillige har plejepersonalet oplevet, at beboernes pleje- og behandlingsforløb er blevet forbedret under projektet.

Seniorrådet i Lyngby-Taarbæk Kommune har anbefalet, at der etableres fast tilknyttede læger på kommunes plejehjem. Om en ordning med fast tilknyttede læger til plejehjemmene i Lyngby-Taarbæk Kommune er hensigtsmæssig kræver imidlertid en konkret stillingtagen med afsæt i vores lokale forhold. Forvaltningen

vurderer, at resultatet af evalueringen ikke uden videre kan overføres til Lyngby-Taarbæk Kommune, da der kan være lokale forhold, som betyder, at de samme resultater ikke kan opnås.

Forvaltningen har ikke drøftet evalueringen med de praktiserende læger i kommunen. Det vil ske på et kommende møde i det Kommunal Lægelige Udvalg.

Økonomiske konsekvenser

Evalueringen viser, at der skal tages højde for, at det kræver ressourcer, når et projekt som dette skal implementeres. Både af tovholder og ledelse. En business-case baseret på projektet vurderer, at der kan spares 230 mio. kr. årligt de første 18 måneder efter en national udrulning af fast tilknyttede læger på plejehjem. Forvaltningen har ikke vurderet de afledte økonomiske konsekvenser ved en eventuel etablering af fast tilknyttede læger på plejehjem i Lyngby-Taarbæk Kommune.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at udvalget tager orienteringen om evalueringen af projektet med fast tilknyttede læger på plejehjem til efterretning.

Social- og Sundhedsudvalget den 25. februar 2015

Evalueringen taget til efterretning. Udvalget besluttede at spørgsmålet om fast tilknyttet læge på plejehjem genoptages primo 2016 når effekten af allerede iværksatte indsatser, herunder akutindsatsen, er belyst.

Bilagsfortegnelse

1. Evalueringsrapport

4. Hjemtagelse af færdigbehandlede sygehusindlagte borgere.

Sagsfremstilling

Social- og Sundhedsudvalget behandlede sag om hjemtagelse af færdigbehandlede sygehusindlagte borgere, herunder iværksættelse af ekstraordinære indsatser, på udvalgets ekstraordinære møde den 6. februar 2015. Udvalget besluttede bl.a. "at udvalget får forelagt uddybende sag på udvalgets ordinære møde i februar 2015 herunder redegørelse". I nærværende sag gives derfor en uddybende orientering om udviklingen på området for færdigbehandlede sygehusindlagte borgere, en kort orientering om de ekstraordinære indsatser samt oplæg til yderligere fremtidige mulige indsatsområder. Derudover er udarbejdet en kort redegørelse for tidsforløbet for iværksættelse af ekstraordinære tiltag i forbindelse med hjemtagelse af færdigbehandlede patienter fra sygehus (bilag).

Udviklingen i antal liggedage på området for færdigbehandlede sygehusindlagte - somatiske patienter over 67 år

Forvaltningens opgørelser fra 2010 - 2014 over færdigbehandlede sygehusindlagte borgere viser, at antallet af liggedage de sidste 3 år har ligget på ca. 1.300–1.400 liggedage pr. år, jf. opgørelse over liggedage i bilag. Antallet af liggedage i 2010 var ekstraordinært højt svarende til 1.698 dage. I 2011 gennemførte forvaltningen derfor en ekstra målrettet indsats, og det samlede antal liggedage i 2011 kom ned på 644. De sidste 2 måneder af 2014 steg antallet af liggedage voldsomt svarende til mere end en fordobling af det gennemsnitlige antal liggedage i øvrige måneder i 2014. Medio januar 2015 var antallet af liggedage nået op på over 300 dage, og det samlede antal liggedage i hele januar 2015 nåede op på 583 dage. Der kan ikke påvises særlige sæsonudsving i tallene.

Antallet af liggedage og udsvingene heri er påvirket af dels hvor mange patienter, der er indlagt, dels hvor længe den enkelte patient opholder sig på hospitalet som færdigbehandlet. Ophold på hospitalet som færdigbehandlet skyldes, at kommunen af forskellige årsager ikke kan hjemtage patienterne, straks de er vurderet som færdigbehandlede. Blandt disse årsager kan være kapaciteten af midlertidige pladser og permanente plejeboliger, viften af øvrige kommunale tilbud som f.eks. hjemmetræning samt styringsforhold.

I perioden 2010 - 2014 har en måned med et lavt antal færdigbehandlede typisk ligget omkring 10 borgere, og en måned med et højt antal færdigbehandlede har typisk ligget omkring 40 borgere.

Udfordringerne i vinteren 2014/2015 har været, at mange af de færdigbehandlede patienter, der har ventet længst, har haft komplekse diagnoser og derfor ikke har kunnet hjemtages til eget hjem med de gældende hjemmepleje- og træningstilbud, men har ventet på en midlertidig plads. Flere måneders mangel på permanente plejeboliger har medført et langsommere flow på de midlertidige pladser, hvorfor der har været ringere mulighed for hjemtagelse end tidligere.

De seneste ugers iværksættelse af ekstraordinære indsatser mm., jf. nedenfor, synes nu at vise, at der er kommet et større flow, hvor flere færdigbehandlede sygehusindlagte borgere har kunnet hjemtages ultimo januar/primo februar 2015. Men antallet af borgere, som indlægges på sygehus er fortsat højt, og der er fortsat borgere indlagt som er færdigbehandlede. I uge 7 har der i gennemsnit været 11 færdigbehandlede sygehusindlagte borgere.

Ledelsesinformation fra Region Hovedstaden - Lyngby-Taarbæk Kommune sammenlignet med andre kommuner

Region Hovedstaden formidler ledelsesinformation i sundhedsaftalesamarbejdet. Af ledelsesinformationen fra januar-november 2014 fremgår det, at Lyngby-Taarbæk sammen med Gentofte og Rudersdal kommuner ligger på en første plads i at forebygge genindlæggelser, og Gladsaxe Kommune har også en god placering, jf. Ledelsesinformation fra Region Hovedstaden i bilag. Resultatet kan bl.a. ses som udtryk for, at den massive indsats i Hjemmeplejen og på plejehjemmene med tidlig opsporing og triagering (metode til at vurdere, hvor akut en patients tilstand er) haft en positiv effekt.

Regionens ledelsesinformation viser også, at Lyngby-Taarbæk Kommune har et antal liggedage for færdigbehandlede patienter over gennemsnittet for kommunerne i Region Hovedstaden. Rudersdal og Gentofte kommuner ligger i samme område, mens det er lykkedes for Gladsaxe Kommune at være meget tæt på 0 liggedage, jf. Ledelsesinformation fra Region Hovedstaden i bilag.

Forskellen i antal liggedage mellem Lyngby-Taarbæk Kommune og Gladsaxe Kommune kan ikke umiddelbart forklares af forskelle i antallet af midlertidige pladser og permanente plejeboliger. Gladsaxe Kommune har ca. 66.600 indbyggere, hvoraf de 65+ årige udgør ca. 11.000, og kommunen råder over ca. 450 permanente plejeboliger, 60 midlertidige pladser og 20 genoptræningspladser. Til sammenligning har Lyngby-Taarbæk Kommune ca. 54.000 indbyggere, hvoraf de 65+ årige udgør ca. 10.600, og kommunen råder over 477 permanente plejeboliger, 56 midlertidige pladser og 32 genoptræningspladser. Forklaringen på forskellen i antal liggedage mellem Lyngby-Taarbæk og Gladsaxe kommuner skal derfor nok nærmere findes i organisatoriske rammer, kulturelle forskelle samt forskellige serviceniveauer.

Iværksættelse af nye tiltag

De ovenfor nævnte opgørelser viser, at der er behov for en yderligere målrettet indsats for at nedbringe og fastholde et lavere antal færdigbehandlede patienter, som ikke kan komme tilbage i eget hjem med særlige hjemmeplejeydelser, i døgngenoptræning eller i en midlertidig plads. Situationen er først og fremmest utilfredsstillende for de færdigbehandlede patienter, ligesom det er utilfredsstillende for hospitalerne, der får vanskeligere ved at sikre hospitalsbehandling til andre patienter. Dertil kommer, at et højt antal liggedage er forbundet med store økonomiske konsekvenser for kommunen. En liggedag koster ca. 1.918 kr. pr. færdigbehandlet patient. Til sammenligning er nettomerudgiften til drift af én midlertidig plads på Møllebo i en kortere periode knap 630 kr. pr. døgn.

Politisk såvel som administrativt er der allerede taget initiativ til en række nye indsatser, ligesom forvaltningen lægger op til iværksættelse af yderligere indsatser, så flere borgere oplever en hurtigere hjemtagelse efter færdigbehandling. Udfordringerne er komplekse og nært sammenhængende med en mere dynamisk klargøring af ledige plejeboliger, anvendelsen af de midlertidige pladser og et endnu tættere samarbejde mellem visitationen og udførerenhederne om konkrete og individuelle løsninger.

Konkret er følgende iværksat:

- | På Social- og Sundhedsudvalgets ekstraordinære møde den 6. februar 2015 anbefalede udvalget de af forvaltningen iværksatte ekstraordinære indsatser for at imødegå den aktuelle situation med et ekstraordinært højt antal liggedage i januar 2015, herunder a) 3 borgere er tilbudt et ekstraordinært hjemmetræningsforløb og b) der er åbnet 3 yderligere midlertidige plejeboliger på Møllebo i en 3 måneders periode. Merudgifterne andrager samlet set ca. 300.000 kr, og finansiering af merudgifterne medtages i 1. anslået regnskab 2015.
- | Kommunalbestyrelsen godkendte i december 2014 nye kvalitetsstandarder for plejeboliger, som betyder, at borgere på midlertidige pladser hurtigere skal tage imod et tilbud om en permanent plejebolig eller vente på en sådan i egen bolig. Forventningen er, at de nye kvalitetsstandarder vil bidrage til et større flow på de midlertidige pladser.
- | Kommunalbestyrelsen godkendte i december 2014 at omdanne 6 midlertidige pladser på Solgården til permanente plejeboliger og etablere 7 nye midlertidige plejeboliger på Møllebo 6. sal, hvilket ligeledes forventes at medføre et større flow.
- | Social- og Sundhedsudvalget får kvartalsvis fast forelagt ledelsesinformation om antal liggedage for færdigbehandlede patienter.
- | Forvaltningen har sat fokus på en forstærket ledelsesinformation og monitorering af området samt et forstærket samarbejde mellem visitationen og udførerenhederne om hjemtagelse af de færdigbehandlede patienter.

Fremadrettede indsatser kan have to spor. Et spor er at øge kapaciteten ved at etablere flere permanente plejeboliger og midlertidige pladser. Et andet spor er at øge kapaciteten ved at skabe et endnu større flow på pladserne og forbedre mulighederne for hjemtagelse af de færdigbehandlede patienter ved en tættere styring og ledelsesmæssig monitorering af området samt eventuelt ved tilpasninger i serviceniveauet og/eller indsatser. Spor 1 er allerede i et vist omfang adresseret med kommunalbestyrelsens beslutning om at omdanne de 6 midlertidige pladser på Solgården til permanente pladser og etablere 7 midlertidige pladser på 6. sal på Møllebo. Forvaltningen anbefaler derfor, at der nu arbejdes videre efter spor 2, og foreslår konkret iværksættelse af følgende handlingsplan:

- ┆ Styrkelse af ledelsesinformation, således at forvaltningsledelsen i Center for Sundhed og Omsorg hver uge frem til sommerferien 2015 ajourføres med den aktuelle udvikling i antal færdigbehandlede og følger op ved at understøtte konkrete løsninger.
- ┆ Nedbringe antallet af forlængelser af træningsforløb for borgere indlagt på døgn-genoptræningspladserne gennem en mere fokuseret prioritering og stærkere fokus på kvalitetsstandarderne.
- ┆ Minimere opsigelsesvarsler for borgere i de permanente plejeboliger fra 3 måneder til 1 måned for at skabe et større flow på pladserne.
- ┆ Vurdere, om der kan skabes en afregningsmodel for fritvalgsområdet, der i højere grad understøtter muligheden for at hjemtage meget plejetunge borgere med komplekse problemstillinger.
- ┆ Inden udløb af de 3 måneder med udvidelsen af 3 yderligere midlertidige pladser på Møllebo, foretager forvaltningen en vurdering af hvorvidt, der er behov for en videreførelse af tiltaget.
- ┆ Vurdering af, om en fleksibel model med mulighed for justering af antal midlertidige plejeboliger med kort varsel, kan sikre mere optimal udnyttelse af de samlede ressourcer.
- ┆ Forvaltningen tager kontakt til andre kommuner, herunder bl.a. Gladsaxe og Rudersdal kommuner, med henblik på læring af deres resultater på området.
- ┆ Vurdering af hvorvidt den nuværende fordeling af midlertidige plejeboliger og døgn-genoptræningspladser fortsat er optimal.

Udvalget får forelagt status for handlingsplanen inden udgangen af 2. kvartal 2015.

Økonomiske konsekvenser Det samlede budget for færdigbehandlede sygehusindlagte borgere er på 2,95 mio. kr. i 2015, hvoraf hovedparten er til over 67 årige somatiske patienter.

Såfremt forvaltningen med afsæt i handlingsplanen foreslår nye indsatser med afledte økonomiske konsekvenser, vil der blive forelagt særskilt sag til udvalget herom.

Beslutningskompetence
Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling
Forvaltningen foreslår, at

1. Orienteringen tages til efterretning.
2. Forvaltningens handlingsplan godkendes.
3. Status for handlingsplanen forelægges udvalget inden udgangen af 2. kvartal 2015.

Social- og Sundhedsudvalget den 25. februar 2015

Ad. 1 Taget til efterretning.

Ad. 2 Godkendt.

Ad. 3 Godkendt.

Bilagsfortegnelse

1. Opgørelse over antallet af liggedage
2. Ledelsesinformation fra region Hovedstaden
3. Kort redegørelse - færdigbehandlede

5. Ledsagerordning til borgere over 67 år

Sagsfremstilling

Som opfølgning på budgetaftalen for 2014-17 besluttede Social- og Sundhedsudvalget på udvalgets møde i februar 2014, at "Puljen til bedre hjemmehjælp" blandt andet skulle udmøntes i et udvidet serviceniveau for ledsagelse. Formålet var at udvide målgruppen for ledsagerordningen til også at omfatte borgere over 67 år, der ansøger om ledsagelse for første gang. Der blev afsat 300.000 kr. til den udvidede ledsagerordning.

Med afsæt i den økonomiske ramme og det gældende lovgrundlag er der behov for, at Social- og Sundhedsudvalget tager stilling til den konkrete implementering af ordningen, herunder ansøgning om iværksættelse af en forsøgsordning samt kriterier for visitation og administration.

Beskrivelse af ledsagerordningen for borgere under 67 år

Ledsagelse efter Servicelovens § 97 kan ydes til borgere mellem 18 og 67 år. Ledsagelse tilbydes til borgere, som på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne ikke kan færdes på egen hånd uden for hjemmet. Borgeren kan få ledsagelse til selvvalgte aktiviteter. Ledsagerordningen omfatter selve ledsagelsen og de funktioner, der er direkte forbundet med ledsagelsen, f.eks. hjælp med at tage overtøj af og på, hjælp til toiletbesøg samt hjælp med kørestol og andre ganghjælpemidler. Ledsagerordningen supplerer Servicelovens øvrige ydelser, men erstatter dem ikke og omfatter således f.eks. ikke praktisk hjælp i hjemmet. Borgere, der er visiteret til ledsagelse før folkepensionsalderen, bevarer denne ret efter overgangen til folkepension.

Borgere, der opfylder betingelserne for at få ledsagelse, har ret til 15 timer pr. måned, uanset hvad de pågældende ønsker at blive ledsaget til. Ved vurdering af, om en borger er berettiget til ledsager efter Servicelovens § 97 skal der lægges vægt på:

- ┆ At borgeren ikke kan færdes alene uden for hjemmet på grund af en betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.
- ┆ At borgeren kan efterspørge individuel ledsagelse uden socialpædagogisk indhold.
- ┆ At borgeren kan give udtryk for – ikke nødvendigvis verbalt – et ønske om at deltage i forskellige aktiviteter.
- ┆ At borgeren er bevidst om indholdet i aktiviteten.

I vurderingen af om ledsagelse kan ydes efter § 97, skal der tages højde for, om individuel ledsagelse ydes som et led i det samlede tilbud, der ydes den pågældende, jf. §§ 83 og 85.

Lovgrundlag, som giver mulighed for at etablere ordning for over 67 årige, der søger for første gang

Forvaltningen har henvendt sig til Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold, Kontor for Handicap, og fået oplyst, at den korrekte fremgangsmåde i forbindelse med etablering af udvidet serviceniveau for ledsagelse af borgere over 67 år vil være at indgive ansøgning om en forsøgsordning i medfør af Servicelovens § 184. Det skyldes, at aldersgrænsen i Servicelovens § 97 om ledsagerordning til borgere i aldersgruppen 18-67 år er absolut. Forholdet er altså udtømmende reguleret i lovgivningen, og derfor kan kommunen ikke med hjemmel i kommunalfuldmagten iværksætte tiltag på det pågældende område.

Afgrænsningen af målgruppen i Servicelovens § 97 er historisk betinget, idet særlige ydelser til handicappede borgere almindeligvis ikke har været målrettet mod ældregruppen. Det beror således på en politisk - og herunder økonomisk - prioritering, hvorvidt ældre borgere skal være omfattet af f.eks. ledsagerordningen.

Forslag til den videre proces

Forvaltningen foreslår, at kommunen i medfør af Servicelovens § 184 ansøger Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold om at etablere en forsøgsordning med ledsagelse til borgere over 67 år. Forvaltningen foreslår endvidere, at de eksisterende kriterier for visitation til borgere under 67 år også skal omfatte borgere over 67 år. Derved undgås forfordeling af særlige målgrupper. Endelig foreslår forvaltningen, at antallet af ledsagertimer pr. måned fastsættes til maksimalt 5 timers ledsagelse om måneden, så flest mulige borgere kan tilbydes ledsagelse indenfor den afsatte ramme på 300.000 kr. Det er således antallet af ledsagertimer og den øvre aldersgrænse, der ønskes fraveget som led i forsøgsordningen, hvorimod de øvrige betingelser fastholdes for den nye målgruppe.

I forhold til administrationen af ordningen indgås aftale med Brugerhjælpeforeningen, der er i besiddelse af den fornødne administrative og praktiske kapacitet til at administrere en ledsagerordning med udvidet serviceniveau.

En fyldestgørende og detaljeret ansøgning til Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold må antages at bidrage til at fremme ansøgningens behandling. Ministeriet kan ikke garantere, hvor lang tid behandlingen af ansøgningen tager, men en hurtig sagsbehandling kan tage en måned.

Såfremt kommunens ansøgning om en forsøgsordning godkendes af ministeriet, anbefaler forvaltningen, at ordningen evalueres efter ½ års virke, herunder at vurdere de økonomiske konsekvenser af ordningen. Ansøgningen er bilag til sagen.

Økonomiske konsekvenser

Opgaven løses inden for de afsatte 300.000 kr.

I visitationen skal der afsættes 2 timer pr. visiteret borger, som omfatter besøg i borgerens hjem og vurdering af borgerens funktionsniveau og opfyldelse af kriterierne for ledsagelse. Når en borger visiteres til ledsagelse tager Brugerhjælpeforeningen sig af al øvrig administration, herunder ansættelse og aflønning af ledsager. For dette tager Brugerhjælpeforeningen henholdsvis 160 kr. i hverdage, 175 kr. på lørdage og 190 kr. om søndagen. Da det er vanskeligt at forudsæ hvilke dage, borgerne ønsker ledsagelse, regnes her med en gennemsnitpris på 175 kr.

Under dis se forudsætninger vil omkring 25 borgere på årsbasis kunne få glæde af ordningen, hvis det antages at de alle får 5 timers ledsagelse om måneden.

Beslutningskompetence

Social-og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår at,

1. kommunen i medfør af Servicelovens § 184 ansøger Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold om en forsøgsordning for ledsagelse på op til 5 timer om måneden til borgere over 67 år, der søger for første gang
2. forsøgsordningen, såfremt den godkendes af ministeriet, evalueres efter ½ års virke.

Social- og Sundhedsudvalget den 25. februar 2015

Ad. 1 Godkendt.

Ad. 2 Godkendt.

Bilagsfortegnelse

1. Ansøgning om Udvidelse af ledsagerordning til borgere over 67 år i Lyngby

6. Anmodning om optagelse af sag om den svære samtale

Sagsfremstilling

Søren P Rasmussen har via e-mail, modtaget den 5. februar 2015, anmodet om optagelse af sag med følgende ordlyd:

" Etisk råd har starten en meget vigtig debat i forhold til ældre og den svære samtale om døden. Flere ældre er meget afklaret om deres ønsker og den nye vågetjeneste gør en meget stor forskel i en svær tid.

For at sikre den ældres ønsker respekteres i forhold til døden foreslår Venstre at alle ældre der modtager hjælp fra kommunen tilbydes en samtale om de ønsker den ældre har i forhold til den sidste tid, genoplivning m.m. Der er relevant for at vi kan respektere den ældres ønsker og værdier."

Social- og Sundhedsudvalget den 25. februar 2015

Drøftet. Forvaltningen beskriver nuværende praksis i forhold til svære samtaler med ældre borgere om den sidste tid, herunder i hjemmeplejen, på plejecentrene og på Møllebo.

7. Udmøntning af Ældremilliarden for 2015

Sagsfremstilling

I forbindelse med Aftale om Finanslov for 2014 blev der afsat 1 mia. kr. årligt til et varigt løft af indsatsen på det kommunale ældreområde. De afsatte midler - Ældremilliarden - udmøntes til kommunerne for et år ad gangen. Udmøntningen i 2014 og i 2015 sker på baggrund af ansøgninger fra kommunerne. Formålet med midlerne er at løfte ældreplejen, hvor der er størst behov i den enkelte kommune.

Der kan via Ældremilliarden ansøges om midler til eksempelvis en styrket rehabiliterings- og genoptræningsindsats, en bedre praktisk hjælp og personlig pleje og bedre forhold for de svageste ældre.

Kommunalbestyrelsen godkendte på sit møde den 25. september 2014 forvaltningens forslag til ansøgning med forslag til udmøntning for 2015. Den 15. januar 2015 meddelte Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold, at kommunen har fået tilsagn om midler fra Ældremilliarden i overensstemmelse med kommunens ansøgning.

Tilsagnet betyder, at 8 tiltag iværksat i 2014 fortsætter i 2015. Herudover iværksættes 6 nye tiltag i 2015. De nye tiltag er:

- | Etablering af aktivitetstilbud på Møllebo for de borgere, der venter på en permanent plejebolig.
- | Bekæmpelse af ensomhed blandt ældre borgere gennem øget samarbejde mellem kommunen og det lokale foreningsliv for at øge deltagelse i aktivitetstilbud. Oprettelse af hjemmeside med overblik over relevante aktiviteter i nærområdet samt kompetenceudvikling af frontpersonale.
- | Lægedækning af indsatsen i Epitalet, på de subakutte pladser og Mobilt Akutteam.
- | Øget fokus på kvalitet og effekt af kommunens indsatser i ældreplejen, herunder ansættelse af kvalitetsmedarbejder.
- | Ombygning af træningsfaciliteterne på Områdecenter Virumgård, så der kan skabes plads til flere selvtrænere og derigennem bidrage til bedre sundhed for de ældre.
- | Øget fokus på demens, herunder ved oprettelse af netværksgrupper for pårørende til demente og aktivitetstilbud for demente borgere.

Vedlagt er uddybninger og beskrivelser af de enkelte tiltag i 2015 (bilag) samt en kort oversigt over tiltag for 2014 og 2015 (bilag).

Økonomiske konsekvenser

Der er afsat 12,065 mio. kr. i 2015. Hertil kommer en forventet overførsel på ca. 4 mio. kr. som følge af uforbrugte midler i 2014.

Forvaltningen forelægger selvstændig sag med ansøgning om en anlægsbevilling til ombygning af træningsfaciliteterne på Virumgård.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår at, orienteringen om udmøntning af midler til Løft af ældreområdet - Ældremilliarden - tages til efterretning.

Social- og Sundhedsudvalget den 25. februar 2015

Taget til efterretning.

Bilagsfortegnelse

1. Oversigt over tiltag i forbindelse med Ældremilliarden for 2014 og 2015
2. Beskrivelse af tiltag for 2015 ifm Ældremilliarden

8. Udbud af madservice 2014/2015

Sagsfremstilling

Kontrakten med hovedleverandøren af madservice til borgere i eget hjem udløber i sommeren 2015, hvorfor der skal gennemføres et nyt udbud.

Social- og Sundhedsudvalget vedtog på mødet i september 2014 de rammer, der skal gælde for det forestående udbud. Det blev besluttet, at udbuddet alene gælder mad til borgere i eget hjem, og at der gennemføres et udbud efter reglerne for Bilag II B-ydelser i udbudsdirektivet.

Forvaltningen har i december 2014 haft et indledende møde med 4 potentielle bydere og været i dialog med repræsentanter fra "madpanelet" med henblik på at få input til beskrivelsen af, hvad god madkvalitet er. Madpanelet prøvesmager maden hos alle kommunens nuværende madleverandører nogle gange om året som led i den løbende kvalitetsopfølgning. De 4 potentielle bydere er Det Danske Madhus (tidligere Kram Madservice), Din Private Kok, Madtilhverdag.dk og Madudvalget.dk.

Forvaltningen har udarbejdet en kravspecifikation, der forelægges til politisk godkendelse. Kravspecifikationen skal til høring i Seniorrådet primo marts, inden den godkendes endeligt i Social- og Sundhedsudvalget ultimo marts. Kravspecifikationen fremgår som (bilag).

Forvaltningen forelægger også nogle principielle spørgsmål til beslutning i udvalget. Beslutningerne har betydning for den endelige udformning af udbudsbetingelserne og for, hvordan overgangen til nye leverandører skal håndteres i forhold til de visiterede borgere.

Endelig beskriver forvaltningen til orientering nogle forhold, som har betydning for udbudsprocessen og valget af leverandører. Det drejer som om økologi, tildelingskriterier og frit valg.

Til orientering kan forvaltningen oplyse, at sociale klausuler vil indgå som en del af kontrakten.

Kravspecifikationen

Kravspecifikationen er udarbejdet på baggrund af møderne med de 4 potentielle bydere og madpanelet og med afsæt i Lvnaby-Taarbæk Kommunes

kvalitetsstandard og udbudsmaterialet fra det seneste udbud for madservice.

- Økologi; Kommunens kvalitetsstandard for madservice indeholder ikke krav om økologi. Flere leverandører har dog allerede i dag udgiftsneutralt indarbejdet op til 30% økologi i deres konventionelle mad ved for eksempel at erstatte en del af kødet i en frikadelle med bulgur. Kravspecifikationen stiller derfor ikke krav om økologi, men økologi bliver indarbejdet som en kvalitetsparameter ved vurderingen af de indkomne tilbud.

- Leveringshyppighed; Ifølge kommunens kvalitetsstandard leveres varm mad dagligt, mens kølemad leveres 1-2 gange om ugen. De nuværende leverandører leverer kølemad 2 gange ugentligt. Afhængig af leverandørernes produktionsmetoder betyder 2 ugentlige leveringer imidlertid ikke nødvendigvis, at maden er friskere, idet der produceres faste retter på faste dage. Salater kan imidlertid højst holde sig 4-5 dage - nogle råkostsalater lidt længere. Forvaltningen foreslår to ugentlige leveringsdage for kølemad for at sikre muligheden for salat/råkost hver dag og af hensyn til den oplevede kvalitet.

- Kvalitetsopfølgning; Kommunen følger op på kvaliteten via prøvesmagninger i madpanelet og brugertilfredshedsundersøgelser. Desuden gennemføres stikprøver, og leverandørerne skal dokumentere egenkontrol af hygiejne og kvalitet og opnå højeste karakterer ved Fødevarerinspektoratets tilsyn.

Tildelingskriterier

Alle leverandører skal opfylde kravene i kravspecifikationen. Ved udvælgelse af det økonomisk mest fordelagtige tilbud, vurderes tilbuddene ud fra en række tildelingskriterier vedrørende pris og kvalitet. Pris og kvalitet vægtes ligeligt i den samlede vurdering. Kvaliteten vurderes på følgende områder:

- | Menuplaner, herunder variation med brug af årstidens frugt og grønt
- | Graden af økologi
- | Præsentation af retter og priser på tilkøbsydelser
- | Bestillingsproces, herunder fleksibilitet vedr. bestilling og afbestilling samt tilrettelæggelse af en callcenter-funktion for borgere og visitation
- | Leveringstider og tidsmarginer for levering
- | Deltagelse i rehabiliterende og sundhedsfremmende tiltag.

Udbudsbetingelser

- Frit valg; For at sikre størst mulig konkurrence, udbydes madservice som to delaftaler; en for varm mad og en for kølemad. Kommunen skal kunne tilbyde visiterede borgere frit valg. Hvis der kun bliver valgt en leverandør på en af delaftalerne - enten fordi der kun kommer et bud, eller fordi buddene ikke er økonomisk mest fordelagtige - skal kommunen fortsat sikre borgerne frit valg. Det vil i givet fald ske ved at tilbyde et fritvalgsbevis som alternativ til den ene

leverandør, der har vundet udbuddet. Fritvalgsbeviset giver borgeren mulighed for selv at indgå aftale med en registreret privat leverandør. Værdien af fritvalgsbeviset modsvarer den pris, som den vindende leverandør har prissat det visiterede måltid til.

- Antal udbydere; Forvaltningen foreslår, at kommunen samlet set indgår kontrakt med 2-3 leverandører på de to delaftaler, idet nogle leverandører både kan levere varm mad og kølemad. Herved sikres både konkurrence og et varieret tilbud til borgerne.

- Forlængelse af den nuværende kontrakt ; Den nuværende kontrakt om madservice udløber til sommer. For at undgå at overgangen til nye leverandører skal ske i sommerferieperioden, foreslår forvaltningen, at den nuværende kontrakt forlænges til udgangen af september 2015, og at de nye kontrakter træder i kraft den 1. oktober 2015.

Overgang til nye leverandører - orientering til borgerne

I forbindelse med indgåelse af nye kontrakter skal alle borgere, der er visiteret til madservice, have brev om, at Lyngby-Taarbæk Kommune får nye leverandører, hvad de kan tilbyde, og at de skal vælge, hvilken leverandør de fremover ønsker at benytte. Ifølge erfaringen er der en del borgere, der ikke reagerer. Det kan håndteres efter to modeller. Af hensyn til borgerne foreslår forvaltningen model 1.

	Model 1	Model 2
Beskrivelse	Borgerne orienteres om de nye leverandører og muligheden for at vælge, hvilken leverandør de fremover ønsker at benytte. Hvis de ikke svarer, fortsætter de med samme leverandør som hidtil, forudsat at leverandøren fortsat har kontrakt med kommunen. Hvis kommunen ikke længere har kontrakt med kommunen flyttes borgerne til den billigste leverandør.	Borgerne orienteres om de nye leverandører og muligheden for at vælge, hvilken leverandør de fremover ønsker at benytte. Hvis de ikke svarer, flyttes de til den billigste leverandør.
Fordele	Borgerhensynet vægtes - kun borgere, der ønsker at skifte leverandør, skal gøre noget.	Konkurrencen fremmes, idet alle leverandører har mulighed for at komme ind på markedet. Den billigste leverandør vælges, hvis borgerne ikke selv tager stilling.
Ulemper	Konkurrencen hæmmes, idet det kan blive vanskeligere for nye leverandører at komme ind på markedet.	Borgerhensynet nedtones, idet alle borgere er nødt til at tage stilling til leverandørerne og foretage et aktivt valg. Hvis de ikke træffer et valg, flyttes de måske til en anden leverandør end den, de hidtil har haft.

Den videre proces

2. marts 2015 Kravspecifikation til høring i Seniorråd.

25. marts 2015 Endelig godkendelse af kravspecifikation i Social- og Sundhedsudvalget.

April-juni 2015 Udbud, forhandling og indgåelse af kontrakt.

August 2015 Orientering af Social- og Sundhedsudvalget om udbudsresultatet.

1. oktober 2015 Nye kontrakter om madservice til hjemmeboende ældre træder i kraft.

Økonomiske konsekvenser

Udbuddet gennemføres inden for det afsatte budget på 1.425 t.kr. på 40071 Sundhed og Omsorg. Budgettet finansierer forskellen på den faktiske pris pr. måltid inkl. levering fratrukket egenbetalingen, idet Lov om Social Service fastsætter en makspris for egenbetalingen.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at

- 1) kølemad leveres 2 gange ugentligt
- 2) kravspecifikationen godkendes
- 3) kravspecifikationen sendes til høring i Seniorrådet
- 4) der indgås kontrakt med 2-3 leverandører
- 5) nuværende kontrakter om madservice til hjemmeboende ældre forlænges til udgangen af september 2015, og nye kontrakter indgås pr. 1. oktober 2015
- 6) borgerne om muligt fortsætter med samme leverandør som hidtil, hvis de intet foretager sig, når de orienteres om nye leverandører.

Social- og Sundhedsudvalget den 25. februar 2015

Ad. 1 Godkendt.

Ad. 2 Godkendt, idet at der under afsnit 2.4.1 i kravspecifikationen om specialkost tilføjes vegetarmad og religiøst betinget mad. Udvalget ønsker, at tildelingskriterie om økologi gøres mere konkret.

Ad. 3 Godkendt, idet der også sker høring i Handicaprådet.

Ad. 4 Godkendt.

Ad. 5 Godkendt.

Ad. 6 Godkendt.

Bilagsfortegnelse

1. Bilag 1 - Udbud af madservice - kravspecifikation - SSU 250215.pdf

9. Motionslokale på Områdecenter Virumgård - forstærkning af etagedæk

Sagsfremstilling

I forbindelse med Aftale om Finanslov for 2014 blev der afsat 1 mia. kr. årligt til et varigt løft af indsatsen på det kommunale ældreområde (ældremilliarden). De afsatte midler udmøntes til kommunerne for et år ad gangen på baggrund af kommunernes ansøgninger.

Social- og Sundhedsudvalget og Kommunalbestyrelsen godkendte den 25. september 2014 forvaltningens forslag til udmøntning for 2015 jf. "Udmøntning af Ældremilliarden for 2015" (bilag).

Social- og Sundhedsudvalget har som et af tiltagene for 2015 valgt at fokusere på træningsfaciliteterne på Områdecenter Virumgård, idet der er fokus på at øge sundheden og træningen hos de ældre borgere. Hver uge træner 350 ældre borgere på Virumgård gennem tilbuddet "Selvtræning din styrke", der er et samarbejde mellem kommunen og Ældresagen.

Motionslokalet på Virumgård er beliggende på 1. sal. En undersøgelse af bygningens dækkonstruktion har vist, at etagedækket mellem stueplan og 1. sal ikke er dimensioneret til belastningen fra de tunge træningsmaskiner, hvorfor det er nødvendigt at forstærke dækket.

Ombygningen medfører bl.a. placering af søjler i stueplan for understøtning af drager under etagedæk til motionslokalet. Dette medfører behov for en fornyet indretningsplan i caféområdet i stueplan.

Projekterings- og ombygningsarbejdet i forbindelse med forstærkning af dæk er anslået til pkt. 1-4 jf. nedenstående opgørelse.

1. Projektering af konstruktioner, installationer m.m. 140.000 kr.
2. Byggeomkostninger 750.000 kr.
3. Tilsyn m.v. 40.000 kr.
4. Uforudsete udgifter, byggeandragende m.v. 15% af pkt. 1-3 169.500 kr.

Samlede omkostninger for byggeri pkt. 1-4 ekskl. moms 1.069.500 kr.

Økonomiske konsekvenser

De samlede omkostninger for byggeri er nu vurderet højere end på tidspunkt for ansøgning om anvendelse af ældremilliarden.

Der er således af Ældremilliarden budgetlagt 750.000 kr. til at forstærke gulvkonstruktionen på Virumgård, hvoraf 150.000 kr. er reserveret til bl.a. træningsmaskiner, indkøb af nøgler og rengøring. Dvs. der er 600.000 kr. til selve anlægsarbejdet. Det er forvaltningens vurdering, at der ikke er et påtrængende behov for ekstra træningsmaskiner, ligesom udgifter til nøgler og rengøring vil kunne findes andetsteds i budgettet. Dermed kan også de 150.000 kr. anvendes til anlægsinvesteringen.

Idet tilsagn om ansøgning om anvendelse af Ældremilliarden først blev afgivet af ministeriet medio januar 2015, har forvaltningen afventet igangsættelse af de budgetlagte aktiviteter. Det betyder bl.a., at der ikke i et af de øvrige tiltag under Ældremilliarden bliver ansat en kvalitetsmedarbejder allerede fra 1. januar 2015. Med de sædvanlige og gældende ansættelsesprocedurer bliver det tidligst fra [1. maj](#) 2015. Det forventede mindreforbrug på denne post vil være ca. 200.000 kr., hvilket beløb også kan medgå til finansieringen af merudgifterne.

Både en anden anvendelse af de 750.000 kr. til gulvkonstruktionen på Virumgård samt anden anvendelse af dele af midlerne til ansættelse af en kvalitetsmedarbejder i 2015 forudsætter en ansøgning til Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold om godkendelse af en anden anvendelse. Forvaltningen vil - såfremt kommunalbestyrelsen tilslutter sig denne anden anvendelse - ansøge ministeriet herom.

Ved anvendelsen af de 750.000 kr. samt de 200.000 kr. fra ældremilliarden resterer et restfinansieringsbeløb på 119.500 kr. Restfinansierings behovet foreslås finansieret af puljen til genopretning på 10 mio. kr.

Beslutningskompetence
Kommunalbestyrelsen.

Indstilling

Forvaltningen foreslår;

1. at der meddeles en anlægsbevilling på 1.069.500 kr. i 2015, som frigives,
2. at projektet finansieres delvist af 950.000 kr. fra Ældremilliarden under forudsætning af godkendelse fra ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold, ved ansøgning om anden anvendelse for i alt 350.000 kr. i 2015,
3. at restfinansieringsbehovet på 119.500 kr. finansieres af Puljen til genopretning på 10 mio kr. i 2015.

Ad. 1 Anbefalet.

Ad. 2 Anbefalet.

Ad. 3 Anbefalet.

Bilagsfortegnelse

1. Bilag 1 - Udmøntning af Ældremilliarden 2015 - SSU.pdf

10. App "Min Vej" - social-psykiatrisk redskab

Sagsfremstilling

Slotvænget igangsætter pilotprojekt for brugen af app'en "Min Vej", som kan benyttes af social-psykiatriske brugere. Københavns Kommune har haft stor succes med brugen af redskabet i den ganske brede målgruppe.

Redskabet hjælper dels brugerne selv til at mestre deres hverdag bedre, dels hjælper den med kommunikationen brugere imellem samt mellem brugere og ansatte på området. De faglige og økonomiske overvejelser omkring redskabet inklusiv resultaterne i Københavns Kommune er beskrevet i vedlagte notat (bilag).

Målgruppen er karakteriseret ved omfattende hverdagslivsproblemer og mange kontakter til og indlæggelser i behandlingspsykiatrien. Mange oplever, at deres hverdage er ens, og at deres egen dagsform eller mentale tilstand ikke varierer. Mange borgere lever et hverdagsliv uden mange sociale kontakter og har en tendens til at isolere sig i deres bolig. Her er håbet, at Min Vej kan blive et redskab til at håndtere problemerne og tage kontrol i hverdagen.

Brugen af app'en vil understøtte det recovery- og rehabiliteringsparadigmet, der arbejdes efter.

Økonomiske konsekvenser

Pilotprojektet fordrer over tre år i alt 190.000 kr., startende med 100.000 kr. i 2015, 60.000 kr. i 2016 og 30.000 kr. i 2017. Pilotprojektet finansieres af puljen til "Velfærdsteknologi", hvor der er afsat 1 mio. kr. hvert år.

Puljen er også tænkt til samarbejder i 4-K regi. De allerede igangsatte initiativer i den sammenhæng har dog ikke et omfang, så de trækker på den fulde pulje.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen indstiller, at

1. udvalget tager orienteringen til efterretning
2. udvalget får en status på pilotprojektet (inkl. effektiviserings-overvejelser) i foråret 2016.

Social- og Sundhedsudvalget den 25. februar 2015

Ad. 1 Taget til efterretning.

Ad. 2 Godkendt.

Bilagsfortegnelse

1. Oplæg om pilotprojekt for Min vej

11. Budget til Seniorråd

Sagsfremstilling

Seniorrådet har ansøgt kommunen om en forhøjelse af budget til Seniorrådets aktiviteter med 20-25.000 kr. om året, jf. også brev fra formanden for Seniorrådet (bilag). Seniorrådet vurderer et behov for en budgetudvidelse bl.a. med baggrund i merudgifter til kontingent til Danske Ældreråd samt til møde- og konferenceaktiviteter.

Seniorrådets budget i perioden 2012-2015 fremgår af tabel 1.

Tabel 1. Budget til Seniorrådet, 2012-2015.

(2015-priser)	2012	2013	2014	2015
Drift	72.386	72.386	76.500	76.500
Borgermøder		10.322	20.400	20.400
Valg*			183.600	
I alt, ekskl. valg	72.386	82.708	96.900	96.900

* Den faktiske udgift til valg udgjorde 326.000 kr

Der er ikke afsat særskilt budget til sekretariatsbetjening af Seniorrådet. Forvaltningen anslår på baggrund af estimater af forvaltningens tidsforbrug, at udgifterne til sekretariatsbetjening svarer til ca. 120.000 kr. årligt.

Lyngby-Taarbæk Kommune er kompenseret med 290.439 kr. om året (DUT-midler). Det er ikke en forudsætning, at kommunen skal udmønte alle midler.

Forvaltningen har forespurgt til budget til Seniorråd i et par af nabokommuner. I Gladsaxe kommune er budgettet på 58.000 kr. i 2015, og i Gentofte kommune er budgettet på 75.000 kr. i 2015 – sidstnævnte på niveau med budget til Seniorrådet i Lyngby-Taarbæk når bortses fra særlig bevilling til borgermøder. Forvaltningen skal bemærke, at forskellene i budgetter kan dække over forskellig praksis, herunder for budgetlægning.

Økonomiske konsekvenser

Såfremt Social- og Sundhedsudvalget beslutter at forhøje budget til Seniorrådet,

skal der ske finansiering inden for udvalgets budgetramme.

Beslutningskompetence
Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at udvalget tager beslutning om ansøgning om forhøjet budget til Seniorrådet.

Social- og Sundhedsudvalget den 25. februar 2015

Udvalget besluttede, at budgettet til Seniorrådet fastholdes på nuværende niveau i 2015.

Bilagsfortegnelse

1. Seniorråd budgetark 2014
2. Brev fra Lone Schou-Hansen af 05-01-2015

12. Forsøg med ekstra hjemmebesøg fra Sundhedsplejen for at fremme ammefrekvensen mv.

Sagsfremstilling

Forvaltningen foreslår, at der på forsøgsbasis tilbydes et ekstra hjemmebesøg til alle med spædbørn i 3-4 ugers-alderen med henblik på at fremme ammefrekvensen og forebygge indlæggelser af spædbørn grundet dårlig trivsel.

Sundhedstjenesten har i 2014 forsøgt at forebygge behovsbesøg grundet amme- eller andre trivselsproblemer ved dels Åbent Hus-tilbud og dels forældrekurser. Åbent Hus har imidlertid vist sig ikke at være tilstrækkeligt. Sundhedstjenesten ser blandt andet derfor en stigning i antallet af behovsbesøg i forhold til det forventede, således at 70 % af alle nyfødte børn i 2014 fik et behovsbesøg inden for den første måned efter fødslen. Samtidig viser tal fra Den Nationale Børnedatabase, at den gennemsnitlige ammelængde er kortere i Lyngby-Taarbæk Kommune end i de omkringliggende kommuner, ligesom en opgørelse over indlæggelser af spædbørn fra Lyngby-Taarbæk Kommune viser, at de fleste indlæggelser sker, når barnet er mellem 14 dage og 1 måned gammel.

For at forebygge en del af disse problemer med amning og indlæggelser foreslår forvaltningen, at der indføres et ekstra hjemmebesøg ved 3-4 ugers-alderen. Dette bringer endvidere Lyngby-Taarbæk Kommune i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at tilbyde mindst 5 besøg til alle familier.

Idet hovedparten af familierne som nævnt ovenfor alligevel får besøg i form af behovsbesøg, og idet der er et svagt faldende fødselstal i kommunen, kan det ekstra hjemmebesøg finansieres inden for den eksisterende økonomiske ramme. Forsøgsordningen evalueres i slutningen af 2015, hvorefter der politisk skal tages stilling til spørgsmålet om forlængelse, permanentgørelse eller nedlægning af det ekstra hjemmebesøg.

Økonomiske konsekvenser

Holdes inden for rammen.

Beslutningskompetence

Social- og Sundhedsudvalget.

Indstilling

Forvaltningen foreslår, at Social- og Sundhedsudvalget godkender forsøget med

ekstra hjemmebesøg i 2015.

Social- og Sundhedsudvalget den 25. februar 2015
Godkendt.

13. Meddelelser til udvalgets medlemmer - februar 2015

Sagsfremstilling

1. Gensidig orientering om afholdte møder og konferencer

2. Ventelister til plejebolig

Udvalget forelægges fast ledelsesinformation på ventelisterne (bilag).

3. Forløb for handicapstrategi

Udvalget har besluttet udarbejdelse af ny handicappolitik. Udvalget godkendte i november en tids- og procesplan for udarbejdelsen.

Som udvalget blev orienteret om på udvalgs møde i januar, er kommunen blevet partnerskabskommune i udviklingen af Task Force på handicapområdet.

For at kunne bruge erfaringerne heraf optimalt i udarbejdelsen handicappolitikken, vil processen for en ny handicappolitik først starte op efter sommerferien 2015. Udvalget vil på udvalgs møde i juni få forelagt ny tids- og procesplan.

4. Status på effektiviseringsprocessen

Økonomiudvalget har i mødet den 15. januar 2015 godkendt den samlede proces- og tidsplan for budgetlægningen 2016-19. Heri er indarbejdet den allerede fastlagte plan for effektiviseringsarbejdet frem til sommeren 2015, hvor kommunalbestyrelsen efter planen skal godkende effektiviseringstiltag svarende til 28 mio. kr.

Ifølge tidsplanen skal der i indeværende møde gives en status for processen.

Forvaltningen vil i mødet give en mundtlig orientering om det igangværende arbejde.

Social- og Sundhedsudvalget den 25. februar 2015

Taget til efterretning.

Bilagsfortegnelse

1. Tabel med venteliste plejebolig

2. Oversigt venteliste 2015-02-03

Underskriftsblad til

Social- og sundhedsudvalgets protokol

Onsdag den 25. februar 2015

Bodil Kornbek



Dorthe la Cour



Henrik Brade Johansen



Søren P Rasmussen



Mette Schmidt Olsen



Finn Riber Rasmussen



Curt Købsted



EVALUERING AF "FAST TILKNYTTEDE LÆGER PÅ PLEJECENTRE"

ET PILOTPROJEKT



14:16

CECILIE DOHLMANN WEATHERALL
HEIDI HESSELBERG LAURITZEN
ANNE TOFT HANSEN
TINA TERMANSEN

14:16

EVALUERING AF "FAST TILKNYTTEDE LÆGER PÅ PLEJECENTRE"

ET PILOTPROJEKT

CECILIE DOHLMANN WEATHERALL

HEIDI HESSELBERG LAURITZEN

ANNE TOFT HANSEN

TINA TERMANSEN

KØBENHAVN 2014

SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -4 af 154

EVALUERING AF "FAST TILKNYTTEDE LÆGER PÅ PLEJECENTRE". ET
PILOTPROJEKT

Afdelingsleder: Mette Deding

Afdelingen for kontrollerede forsøg

Undersøgelsens følgegruppe:

Rikke Søndergaard, Socialstyrelsen

Søren Leth-Petersen, Københavns Universitet

Rikke Verner Agergaard, Danske Regioner

Karen Marie Myrindorff, Kommunernes Landsorganisation

Jette Stagsted Galatius, Praktiserende Lægers Organisation

ISSN: 1396-1810

ISBN: 978-87-7119-250-6

e-ISBN: 978-87-7119- 251-3

Layout: Hedda Bank

Forsidefoto: Colourbox

Oplag: 300

Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk A/S

© 2014 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Hertuf Trolles Gade 11

1052 København K

Tlf. 33 48 08 00

sfi@sfi.dk

www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

INDHOLD

	FORORD	7
	RESUMÉ	9
1	PILOTPROJEKTET "FAST TILKNYTTEDE LÆGER PÅ PLEJECENTRE"	15
	Pilotprojektets intervention	15
	Aktører i pilotprojektet	18
	Implementeringen og udfordringer	21
	Opsamling	27

**Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt
Bilag 1 - Side -6 af 154**

2	DATA OG EVALUERINGSDESIGN	29
	Population	29
	Data	32
	Metode	36
	Opsamling	40
3	FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER	41
	Forebyggelige indlæggelser	42
	Forebyggelige indlæggelser over tid	47
	Effekten af at have en fast tilknyttet læge	49
	Opsamling	55
4	GENINDLÆGGELSER	57
	Genindlæggelser	58
	Genindlæggelser over tid	61
	Effekten af at have en fast tilknyttet læge	62
	Opsamling	65
5	KORTTIDSINDLÆGGELSER	67
	Korttidsindlæggelser	68
	Korttidsindlæggelser over tid	71
	Effekten af at have en fast tilknyttet læge	72
	Opsamling	75
6	KONTAKT TIL LÆGE	77
	Kontakt til lægevagten som udfaldsmål	78
	Kontakt til lægevagten	79
	Kontakt til beboernes egne læger	81
	Opsamling	83

**Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt
Bilag 1 - Side -7 af 154**

7	MEDICINHÅNDBTERING	85
	Medicinhåndteringen som udfaldsmål	85
	Gennemgang af beboernes medicin	87
	Øget kvalitet i medicineringen	88
	Opsamling	92
8	SAMARBEJDE MELLEMLÆGE OG PLEJEPERSONALE	93
	Samarbejdet som udfaldsmål	93
	Samarbejdet før tilknytningen af den faste læge	94
	Samarbejdet efter tilknytningen af den faste læge	96
	Tillid til den faglige indsigt	100
	Lægens tilgængelighed	103
	Opsamling	108
9	BRUGERTILFREDSHED BLANDT DE INVOLVEREDE AKTØRER	109
	Brugertilfredshed som udfaldsmål	109
	Plejepersonalet	110
	De fast tilknyttede læger	112
	Pårørende og beboerne	113
	Opsamling	114
10	PERSPEKTIVER I EN BUSINESS CASE	117
	Indlæggelser	120
	Samarbejde mellem læger og plejepersonale	121
	Lægekontakt	123
	Medicinering	124
	Brugertilfredshed	125
	Opsamling	129
	BILAG	131

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -8 af 154

Bilag 1	Danmarks Statistiks (2012) beregning af borgere i plejeboligere	131
Bilag 2	Registerrapportering	133
Bilag 3	Statistiske test	134
Bilag 4	Placebotest for robusthed af effektanalyser	138

LITTERATUR	141
-------------------	------------

SFI-RAPPORTER SIDEN 2013	145
---------------------------------	------------

FORORD

Den højere middelalder og det støt stigende antal ældre i befolkningen i Danmark stiller nye krav til plejesektoren. Strukturreformen (Strukturkommissionen, 2004) og sundhedsloven fra 2007 er nogle af de reformer og aftaler mellem ministerierne, regionerne og kommunerne, der er iværksat, bl.a. for at tage højde for ældres øgede pres på plejesektoren.

På den ene side er de ældre sundere end tidligere generationer, på den anden side er der flere af de ældre, som lever længere med langvarige kroniske lidelser. Denne sygdomsudvikling blandt ældre i befolkningen stiller store krav til plejesektoren. Derfor tog Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold¹ og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse² i 2011 initiativ til pilotprojektet ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”. Målet med pilotprojektet er at forbedre kvaliteten i pleje- og behandlingsmæssige forløb for beboere på plejecentre via et tættere samarbejde mellem læge og plejepersonale. Kvalitetsforbedringen belyses bl.a. ud fra udviklingen i forebyggelige indlæggelser, som er en indlæggelse, der kunne have været forebygget, hvis problemstillingen havde været afdækket tidligere, og der havde været handlet virkningsfuldt (Finansministeriet m.fl., 2010).³

1. Tidligere Socialministeriet.

2. Tidligere Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

3. Sygdomsgrupperne, som vi måler forebyggelige indlæggelser på, er defineret ud fra WHO's ICD10-koder.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -10 af 154

Socialstyrelsen (SOS)⁴ faciliterer pilotprojektet og SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (SFI) evaluerer pilotprojektet ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” fra 2012 til 2014. SFI har tidligere udgivet et SFI-notat med erfaringerne fra implementeringen af interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” (Weatherall m.fl., 2013). Denne rapport afslutter evalueringen af pilotprojektet.

Cecilie Dohlmann Weatherall⁵ har ledet evalueringen, og videnskabelige assistenter Heidi Hesselberg Lauritzen, Anne Toft Hansen, Tina Termansen og studentermedhjælper Hilmar Kalmar Jensen alle fra SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd har alle bidraget til rapporten..

Vi retter en speciel tak til den eksterne referee professor (ph.d.) Jakob Nielsen Arendt fra KORA, som har givet konstruktive kommentarer. Derudover rettes en tak for konstruktive diskussioner til følgegruppen.

København, august 2014

AGI CSONKA

4. Tidligere Servicestyrelsen.

5. Nu ansat på Kraks Fond Byforskning.

RESUMÉ

I denne rapport præsenteres evalueringen af pilotprojektet ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” fra 2012 til 2014. Da projektet strækker sig over flere år, har SFI bl.a. udgivet et SFI-notat med erfaringerne fra implementeringen af interventionen (Weatherall m.fl., 2013). Nærværende rapport er den afsluttende rapport for evalueringen af pilotprojektet.

FORMÅLET MED PILOTPROJEKTET

Der har igennem de senere år været øget fokus på omfanget af forebyggelige indlæggelser og indlæggelser generelt, specielt blandt ældre. Her er en forebyggelig indlæggelse en indlæggelse, der kunne have været forebygget, hvis problemstillingen havde været afdækket tidligere, og der havde været handlet virkningsfuldt (Finansministeriet m.fl., 2010). Et øget fokus på indlæggelser ses igennem strukturreformen (Strukturkommissionen, 2004) og sundhedsloven fra 2007, hvor man indførte krav til regioner og kommuner om at indgå sundhedsaftaler for at bidrage til sammenhæng og koordinering af interventioner i patientforløb, som går på tværs af hospitaler, almen praksis og kommune. Her blev der i forbindelse med indlæggelses- og udskrivningsforløb stillet krav til parterne om, at sundhedsaftalerne beskriver, hvordan parterne kan forebygge og reducere antallet af forebyggelige indlæggelser (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2006).

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -12 af 154

Nærværende pilotprojekt, der skal forbedre kvaliteten i pleje- og behandlingsmæssige forløb for beboere på plejecentre via et tættere samarbejde mellem læge og plejepersonale, lægger sig dermed op af politikernes planer for plejesektoren.

Det overordnede formål med interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” er at tilknytte en fast læge på syv plejecentre og dermed reducere antallet af læger, som er tilknyttet beboerne på plejecentrene, for at skabe en bedre kvalitet for den enkelte beboer. Indholdet i interventionen er todelt. Dels skal de fast tilknyttede læger på plejecentrene varetage opgaver, der knytter sig til de beboere, der vælger den pågældende læge til egen læge, og dels deltage i rådgivning og faglig sparring med plejepersonalet på plejecentrene.

En fast tilknyttet læge skal styrke kommunikationen og samarbejdet mellem plejecentre og praktiserende læger og hermed skabe større faglig indsigt, bedre medicin håndtering, større kontinuitet i pleje- og behandlingsforløb samt reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser.

Pilotprojektet vurderes ud fra, om interventionen kan indfri følgende formål:

- Reducere antallet af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser
- Reducere kontakten til lægevagten
- Forbedre medicin håndteringen
- Forbedre samarbejdet mellem læge og plejepersonale
- Forbedre brugertilfredsheden (plejepersonale, læger, beboere og pårørende).

EVALUERINGENS RESULTATER

Evalueringen er omfattende og indeholder mange kvantitative og kvalitative resultater. Her fremhæver vi de primære resultater.

IMPLEMENTERET EFTER 6 MÅNEDER

Interventionen på de syv plejecentre, der deltager i pilotprojektet, har fundet sted i forhold til nogle fælles rammer, som vi efter en opstartsfasen på 6 måneder kan konstatere fuldført. Grundet den massive tilslutning til pilotprojektet fra beboernes side har de væsentligste udfordringer været forbundet med den uventede arbejdsbyrde lægerne oplevede fra projektets opstart i forbindelse med beboergennemgangen.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -13 af 154

REDUKTION AF FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER, GENINDLÆGGELSER OG KORTTIDSINDLÆGGELSER

Effektanalyserne viser en reduktion i forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser for beboerne på de syv interventionsplejecentre i forhold til beboere på øvrige plejecentre. Mere konkret viser vi at ved at tilknytte en fast læge til de syv plejecentre, reduceres andelen af beboere, der indlægges med forebyggelige diagnoser med knap 28 pct. Samtidig viser tilknytningen af den faste læge også at reducere andelen af beboere, der genindlægges med 27 pct. sammenlignet med før interventionen startede. Yderligere reduceres andelen af beboere, der korttidsindlægges med 14 pct. For de syv plejecentre kan effekten af en fast tilknyttet læge omregnes til omkring 71 færre forebyggelige indlæggelser, 100 færre genindlæggelser og 89 færre korttidsindlæggelser om året. Det er vigtigt at understrege, at en indlæggelse både kan være en forebyggelig indlæggelse, en genindlæggelse og en korttidsindlæggelse på samme tid.

Effekterne af at have en fast tilknyttet læge er længerevarende både for forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser og til dels for korttidsindlæggelser, da vi finder effekter halvandet år efter, lægerne blev fast tilknyttet på de syv plejecentre.

MINDRE KONTAKT TIL LÆGEVAGT OG MERE KONTAKT TIL EGEN LÆGE

I udgangspunktet er det en lille andel af beboere på plejecentrene, der er i kontakt med lægevagten, men disse er dog ofte i kontakt med lægevagten. Den beskrivende analyse viser, at kontakten til lægevagten er faldet på interventionsplejecentrene, efter de har fået fast tilknyttede læger. Samtidig er, som forventet, kontakten til egen læge (dvs. den fast tilknyttede læge) steget på de syv interventionsplejecentre. Kontakten til beboernes praktiserende læger er ligesom kontakten til lægevagten koncentreret omkring et mindre antal beboere, der derimod ofte er hos lægen.

REDUCERING I RECEPTPLIGTIG MEDICINFORBRUG

Ud fra de kvalitative undersøgelser viser vi, at de fast tilknyttede læger på de syv interventionsplejecentre efter grundig gennemgang af beboernes medicinprofiler i mange tilfælde har reduceret det receptpligtige medicinforbrug.

Lægerne, plejepersonalet og de pårørende ser det som en forbedring af livskvaliteten hos beboerne på plejecentrene, at de har fået reduceret et unødvendigt medicinforbrug.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -14 af 154

FORBEDRET SAMARBEJDE

Plejepersonalet og de fast tilknyttede læger er begejstrede for samarbejdet, efter interventionen er startet på de syv plejecentre, fordi beboerne får gennemgået deres journaler og medicinforbrug. De føler, at kommunikationen er forbedret og mere direkte. Plejepersonalet og de fast tilknyttede læger føler dog, at interventionen er forbundet med ekstra mange ressourcemæssige omkostninger, specielt i implementeringsperioden.

TILFREDSHED BLANDT PLEJEPERSONALE, FAST TILKNYTTET LÆGER, BEBOERE OG PÅRØRENDE

Alle, der er involverede i pilotprojektet ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”, det være sig læger, plejecentre og pårørende, giver udtryk for at være yderst tilfredse med interventionen, og de føler, at de har fået en masse ud af pilotprojektet. Samtidig vurderer de alle, at beboernes pleje og behandlingsforløb er forbedret via pilotprojektet.

PERSPEKTIVET I EN POTENTIEL SAMFUNDSMÆSSIGE BESPARELSE

Først og fremmest viser evalueringen, at man ved en eventuel fremtidig udrulning af ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” skal være opmærksom på, at interventionen er relativ nem at forstå, og det ikke kræver nogen oplæring at starte. Samtidig er der praktiske og økonomiske udfordringer for læger, der tilknyttes plejecentre. Yderligere kan det være ressourcekrævende for plejecentre og plejepersonale at starte nye interventioner, og ressourcer til en lokal tovholder kan være en nødvendighed for succes.

For at perspektivere resultaterne i forbindelse med pilotprojektet ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” yderligere har vi udarbejdet en business case ud fra resultaterne i alle kapitlerne. Business casen er et nyttigt værktøj, da den kan skitsere fordele og ulemper gennem eksempler fra pilotprojektet. I denne forbindelse er det vigtigt at gøre opmærksom på, at vi forventer, at de syv interventionsplejecentre, som indvilgede i at deltage i pilotprojektet, må have set nogle fordele ved at indgå i projektet, ellers ville de have fravalgt det. Det betyder, at den positive effekt vi har fundet blandt pilotprojektets syv plejecentre ikke nødvendigvis kan overføres direkte til resten af plejecenterpopulationen i Danmark. Samtidig kan den positive selektion ind i pilotprojektet betyde, at de estimerede effekter er et maksimum for, hvad man kan forvente af interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -15 af 154

Med udgangspunkt i pilotprojektets resultater, og at ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” udrulles for alle beboere på mere end 65 år, og som bor på plejecentre med mere end 20 beboere, laver vi en business case. Vi ser bort fra den potentielt positive selektion af plejecentre ind i pilotprojektet og laver et konservativt skøn i forhold til udgifter og besparelser. Dermed viser den kvantitative business case, at der sandsynligvis kan opnås en besparelse på mere end 230 mio. kr. allerede inden for de første 18 måneder af interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” er udrullet i Danmark.

Til perspektivering af resultaterne har vi i business casen også lavet kvalitative bud på ikke-økonomiske fordele ved interventionen (fx livsglæde). Den kvalitative del af business casen, som i høj grad ser på de sekundære mål for interventionen, illustrerer, at der både er potentielle udgifter og besparelser i forhold til udrulningen af interventionen, som det vil være godt at udregne i fremtiden. Samtidig viser den kvalitative business case, at de involverede beboere, læger, plejecentre og pårørende i høj grad får en øget livskvalitet eller arbejdsglæde ved interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”.

DATA OG METODEGRUNDLAG

I nærværende rapport anvender vi registerdata, data fra spørgeskemaer samt såvel interview og fokusgruppeinterview. De primære udfaldsmål, som forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser, evalueres via en effektanalyse, hvor vi sammenligner beboere på interventionsplejecentrene med beboere på øvrige plejecentre i et før- og efter-design, hvor vi tager højde for både observerbare plejecenterkarakteristika og ikke-observerbare plejecenterkarakteristika, som er uændrede over tid.

Vi laver en beskrivende og kvalitativ evaluering af, hvilken virkning personale og læger oplever, at tilknytningen af den faste læge har på sekundære udfaldsmål som medicin håndtering, samarbejde og brugertilfredshed.

Afsluttende laver vi en business case, hvor vi udruller pilotprojektets positive resultater på hele plejecenterpopulationen.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt
Bilag 1 - Side -16 af 154

PILOTPROJEKTET "FAST TILKNYTTETE LÆGER PÅ PLEJECENTRE"

Vi beskriver i dette kapitel pilotprojektet "Fast tilknyttede læger på plejecentre", herunder baggrunden og rammerne for projektets intervention samt formålet med interventionen. Idet der ved sociale interventioner ofte kan være forskel på den teori, der ligger bag, og den praktiske indførelse, redegør vi ligeledes kort for de implementeringsresultater, som er publiceret i implementeringsnotatet (Weatherall m.fl., 2013).

PILOTPROJEKTETS INTERVENTION

Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold⁶ og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse⁷ står bag initiativet til pilotprojektet "Fast tilknyttede læger på plejecentre", dets formål og indhold. Socialstyrelsen (SOS) står for faciliteringen, herunder proces- og implementeringsstøtte, af interventionen.

Det overordnede formål med at tilknytte en fast læge på plejecentrene og dermed reducere antallet af læger, som er tilknyttet beboerne på plejecentrene, er at skabe en bedre kvalitet for den enkelte beboer. En fast tilknyttet læge skal styrke kommunikationen og samarbejdet mellem

6. Det tidligere Socialministeriet.

7. Det tidligere Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -18 af 154

plejecentre og de praktiserende læger og dermed skabe større faglig indsigt, bedre medicin håndtering, større kontinuitet i pleje- og behandlingsforløb samt reducere antallet af forebyggelige indlæggelser (Socialministeriet & Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011).

Mere specifikt var hovedformålene med projektet (jf. Socialministeriet & Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2011; SFI, 2012), at:

- Reducere antallet af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser
- Reducere kontakten til lægevagten
- Forbedre medicin håndteringen
- Forbedre samarbejdet mellem læge og plejepersonale
- Forbedre brugertilfredsheden (plejepersonale, læge, beboer og pårørende).

Indholdet i interventionen er todelt. Dels skal de fast tilknyttede læger på plejecentrene varetage opgaver, der knytter sig til de beboere, der vælger den pågældende læge til egen læge, og dels skal de deltage i rådgivning og faglig sparring med plejepersonalet på plejecentrene. Tilknytningen af den faste læge forventes således ikke kun at have en indvirkning på plejen af de beboere, der vælger den fast tilknyttede læge, men også at have indvirkning på den generelle pleje på hele plejecentret, hvilket kommer alle beboere på plejecentret til gode. I forhold til de beboere, der tager imod tilbuddet om at skifte til den fast tilknyttede læge, skal lægen varetage følgende opgaver:

- Den almenmedicinske behandling af den enkelte beboer i henhold til landsoverenskomsten. Det vil sige lægekonsultationer, behandling, tilsyn osv. ligesom med alle andre patienter

Derudover indebærer tilknytningen af den faste læge, at lægen skal være til stede på plejecentret hver uge i et fast aftalt tidsrum, for at:

- Yde lægelig rådgivning til plejepersonalet i forhold til generelle sundhedsfaglige problemstillinger, der vedrører flere eller alle beboere på plejecentret.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -19 af 154

- Vejlede plejepersonalet i generelle såvel som mere specifikke spørgsmål vedrørende enkelte eller flere af beboernes behandling, medicinering, pleje og rehabilitering mv.

Rent praktisk er pilotprojektet implementeret i fem kommuner: København, Furesø, Viborg, Horsens og Lolland. De fast tilknyttede læger blev ansat med reel opstart september 2012, og af tabel 1.1. fremgår det, hvilke plejecentre der er omfattet af projektet, samt hvor meget tid der er afsat til de ugentlige møder og sparring med den fast tilknyttede læge. Den afsatte tid er tildelt efter plejecentrenes størrelse, hvor de store plejecentre har fået tildelt 3 ugentlige timer, de mellemstore plejecentre 2 timer og de små plejecentre 1,5 time. Samarbejds møderne er til generelle problemstillinger og temaer i forbindelse med plejen af ældre.

TABEL 1.1

Tildelte samarbejdstimer mellem fast tilknyttet læge og plejepersonalet i pilotprojektet "Fast tilknyttede læger på plejecentre". Særskilt for plejecentre. Timer.

Kommune	Plejecenter	Timer til møde pr. uge
Viborg	Kildehaven	2
	Klostertoften	1,5
Horsens	Gefionshave	2
København	Slottet	3
	Solterrasserne	3
Furesø	Ryetbo	3
Lolland	Hørslunde/Bøgelunden	2

Kilde: SOS's opgørelse.

Pilotprojektet har til formål at afprøve et andet scenarie end det ofte forekommende i dag. På mange danske plejecentre er der ofte kontakt med mange forskellige praktiserende læger, helt op til 150 praktiserende læger på de største plejecentre i storbyerne (Ældrekommissionen, 2012), hvilket netop kan føre til betydningsfulde kommunikationsbrist mellem plejepersonale og praktiserende læge. Ved at skabe bedre forudsætninger for et tættere samarbejde mellem læge og plejepersonalet forventes interventionen at forbedre kvaliteten i de pleje- og behandlingsmæssige forløb for beboerne på plejecentrene, ligesom møderne også vil have et læringsaspekt, hvor plejepersonalet bliver opkvalificeret til bedre at kunne håndtere beboernes helbredsrelaterede problemstillinger igennem refleksiv læring.

AKTØRER I PILOTPROJEKTET

I dette afsnit beskriver vi forholdene for de forskellige aktører, der har betydning for effekten af interventionen. Der er meget klare mål for pilotprojektet, og hvorvidt og i hvilket omfang pilotprojektet har den ønskede effekt afhænger af, om de mange involverede aktører - henholdsvis plejepersonale, fast tilknyttede læger, beboerne, pårørende, hospitalerne, staten, regionerne og kommunerne har de samme mål som projektet. Alle aktører kan påvirke, om beboere på plejecentre bliver indlagt samt påvirke de andre udfaldsmål, som medicinering, kontakt til lægevagten mv. Internationale studier viser, at en forbedring af de ældres helbred kræver en flerdimensionel intervention som ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”, hvor de mest centrale aktører er plejepersonalet, de praktiserende læger og beboerne (Lisk m.fl., 2012; Ouslander & Osterweil, 1994; Ouslander m.fl., 2011; Vossius m.fl., 2013). Disse aktører påvirker alle direkte af interventionen, og de har alle mulighed for at påvirke målene for interventionen i pilotprojektet. Det er derfor vigtigt at forstå de interesser, aktørerne har i forhold til at have eller være en fast tilknyttet læge på et plejecenter og i forhold til en mulig reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser, korttidsindlæggelser mv. De institutionelle rammer, såsom de økonomiske styringsprincipper, kan også udgøre en vigtig baggrund for aktørernes samarbejdsrelation. De kan for eksempel skabe modsatrettede incitamenter, som kan udgøre en stor udfordring for at finde fælles praksis på grund af de forskellige interesser (Vrangbæk, 2011).

Staten har via forskellige reformer skabt økonomiske incitamenter gennem et krav om medfinansiering af hospitalerne for kommunerne. Yderligere er der klare krav om tilgængelige oplysninger for antallet af forebyggelige indlæggelser på de enkelte hospitaler. Dermed er der incitament for regionerne og kommunerne til, gennem hospitalerne, at nedbringe antallet af de forebyggelige indlæggelser.

PLEJECENTER OG PLEJEPERSONALE

Da det ofte er plejepersonalet, der observerer de første ændringer i en beboers helbredstilstand, er personalets engagement i et projekt som dette af stor betydning for effekten af interventionen (Ouslander m.fl., 2011; Tena-Nelson m.fl., 2012). Et studie af Lamb m.fl. (2011) viser, at plejepersonalet oftest begrundet en forebyggelig indlæggelse med, at persona-

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -21 af 154

let selv har overset mulighederne for at forebygge indlæggelsen. Studiet viser ydermere, at det har stor betydning, om beboeren eller pårørende insisterer på en indlæggelse, eller hvis der er dårlig kommunikation mellem personale, praktiserende læge og hospitalet. I Danmark viser embedslægens tilsynsrapport (2008), at for under halvdelen af de danske plejecentre fremgår det, hvornår der skal indgås aftaler med de praktiserende læger om kontrol og behandling af beboernes kroniske sygdomme, eller hvornår der skal tages kontakt til den praktiserende læge om revision af medicinlister. Det problematiske samarbejde mellem plejecentrene og de praktiserende læger kan tyde på, at der blandt plejepersonalet er et stort behov for et bedre samarbejde, som netop forventes opnået gennem en fast tilknyttet en læge.

Plejecentres geografiske placering kan have betydning for antallet af forebyggelige indlæggelser. Muligvis indlægges beboerne på landet oftere, hvis de ikke har samme mulighed for at blive tilset af deres praktiserende læge. Omvendt kan det være, at de indlægges mindre, hvis der er langt til nærmeste hospital.

Der kan også være heterogene effekter for andre plejecenterkarakteristika. For eksempel kan størrelsen af plejecentret have betydning for effekten af at have en fast tilknyttet læge på sandsynligheden for en forebyggelig indlæggelse. Plejecentre med mange beboere kan i højere grad have stordriftsfordele af at have en fast tilknyttet læge ved blandt andet kun at hente medicinlister og dokumentation fra én praktiserende læge.

Flere studier pointerer vigtigheden af, at en praktiserende læge er tilgængelig for plejepersonalet, når der skal tages en beslutning om, hvorvidt en beboer skal indlægges eller ej (Lisk m.fl., 2012; Ong m.fl., 2011). Young m.fl. (2011) finder, at faktorer, som blandt andet effektiv kommunikation mellem den praktiserende læge og plejecenteret og lægens mulighed for at behandle beboerne på plejecenteret, associeres med en reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser, da indlæggelserne forebygges igennem en god kommunikation.

PRAKTISERENDE LÆGER

I sundhedsøkonomien er der lavet mange undersøgelser af praktiserende lægers ønsker og valg i forhold til den asymmetriske information mellem læge og patient. Evans (1974) og Fuchs (1978) var blandt de første, der introducerede begrebet *supplier induced demand*. Det vil sige, at lægen både

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -22 af 154

er udbyder og efterspørger af helbredsnydelser. Det er således lægen, der tager beslutninger på vegne af sin patient. Samtidig er lægen ligeledes udbyder af de efterspurgte helbredsnydelser. Dermed kan lægen komme til at stå i et dilemma mellem patientens helbred og det optimale tilbud af helbredsnydelser. Krasnik m.fl. (1990) finder, at hvis man går fra et betalingssystem, hvor lægerne kun bliver honoreret med et årligt beløb pr. patient til et system, hvor lægerne både får et fast honorar og aktivitetsbestemte ydeshonorarer, så medfører det en stigning i antallet af telefonkonsultationer og et fald i antallet af henvisninger til specialister eller hospitaler. Godager m.fl. (2008) finder dog, at det ikke er alle praktiserende læger, der reagerer lige kraftigt på økonomiske incitamenter, da lægerne står over for forskellige afvejninger mellem økonomiske og faglige motiver, og derfor reagerer forskelligt på økonomiske incitamenter.

Pilotprojektet laver ikke om på honorarstrukturen i almen praksis, som man har set i tidligere studier. De fast tilknyttede læger skal dog alligevel tage stilling til de økonomiske og faglige fordele og ulemper, der er ved at deltage i projektet. På den ene side er der ikke umiddelbart store økonomiske gevinster ved at blive en fast tilknyttet læge på et plejecenter. Det skyldes, at plejecenterbeboerne ofte er medicinsk komplekse patienter, og at stillingen desuden kræver, at den fast tilknyttede læge opholder sig flere timer ugentligt på det pågældende plejecenter. I pilotprojektet betales lægerne for de ugentlige arbejdstimer på plejecentrene, men kompenseres ikke yderligere for at blive fast tilknyttet på plejecentrene (Weatherall m.fl., 2013). På den anden side kan der være stor faglig tilfredsstillelse ved at blive en fast tilknyttet læge på et plejecenter, idet lægen gør en stor forskel i forhold til de ældres helbred og plejepersonalets daglige frustration over ikke at kunne hjælpe beboerne tilstrækkeligt.

Hvis de fast tilknyttede læger har særlige kompetencer inden for ældreområdet eller på andre måder skiller sig ud fra gruppen af praktiserende læger i Danmark, så kan effekten af pilotprojektet være overestimeret sammenlignet med en forventelig effekt, hvis alle plejecentre i Danmark skulle have en fast tilknyttet læge.

PLEJECENTERBEBOERE

Beboere på plejecentre er en heterogen gruppe (Intrator m.fl., 2004; Ouslander & Berenson, 2011). Dermed kan de have forskellige fordele af at få fast tilknyttet en læge. Blandt andet kan den geografiske beliggenhed af plejecentrene have betydning for effekten af at have en fast tilknyttet

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -23 af 154

læge på sandsynligheden for en forebyggelig indlæggelse. Den geografiske heterogenitet kan have betydning for, om de ældre beboere vælger at skifte til den fast tilknyttede læge. For en beboer, der har langt til deres nuværende læge, vil der være en større fordel ved at skifte læge end for en beboer, der har praktiserende læge tæt på plejecenteret.

Plejecenterbeboere er som sagt forskellige, hvilket særligt kommer til udtryk i deres helbredstilstande. Flere beboere har mere end en diagnose, og Sundhedsstyrelsen (2011) estimerer, at 50-80 pct. af alle beboere på plejecentre lider af demens. Beboerne er typisk komplicerede medicinske patienter, og deres behov for behandling varierer meget fra beboer til beboer. Det er vigtigt at tage højde for de helbredsmæssige forskelle mellem beboerne på plejecentrene, idet heterogenitet sandsynligvis hænger sammen med, hvor tit beboerne er indlagt. Det vil sige, at beboernes karakteristika, specielt i forhold til deres helbred, kan påvirke sandsynligheden for en forebyggelig indlæggelse (Ouslander & Osterweil, 1994).

For at modtage det fulde udbytte af intervention i pilotprojektet skal beboeren vælge at skifte til den fast tilknyttede læge på plejecentret. Men det er sjældent, at man skifter praktiserende læge, og mange ældre patienter har haft den samme læge over en lang periode (Weiss m.fl., 1996; Mold m.fl., 2004).

Det kan have betydning for den gennemsnitlige effekt, hvis pilotprojektet skal implementeres på alle plejecentre i Danmark, hvis det er en bestemt type beboere, der vælger at skifte til den fast tilknyttede læge. Hvis det for eksempel specielt er beboere, som lider af demenssygdomme, der skifter læge, og disse er overrepræsenteret på interventionsplejecentrene, så vil der være en mindre andel af beboerne i den resterende plejecenterpopulation, der vil skifte til den fast tilknyttede læge, end der vil være på interventionsplejecentrene, og det vil ændre på den samlede effekt af interventionen.

IMPLEMENTERINGEN OG UDFORDRINGER

Implementeringen af pilotprojektet er som sagt beskrevet i implementeringsnotatet (Weatherall m.fl., 2013), hvorfor vi kun kort ridser de væsentligste punkter fra notatet op og ser på, hvordan projektet efterfølgende har udviklet sig. Implementeringen af de fast tilknyttede læger har

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -24 af 154

fundet sted på forskellige plejecentre i forskellige kommuner, både hvad angår størrelse, beboersammensætning, organisatorisk opbygning og strukturelle forhold. Alle disse forhold har haft betydning for implementeringen af interventionen. For eksempel har plejecentrenes størrelse betydning for, hvordan der videndeles, ligesom ledelsesform og struktur har betydning for mødernes form og personalets deltagelsesmønstre jf. implementeringsnotatet. Der har dog helt overordnet været velvillighed blandt alle involverede parter til at deltage i pilotprojektet og få samarbejdet etableret (Weatherall m.fl., 2013). Endvidere er der på de fleste plejecentre et overlap af forskellige projekter og initiativer, der alle har til formål at forbedre plejen af plejecenterbeboerne, som fx etableringen af akutteam i to kommuner. Ud fra et evalueringsteknisk synspunkt ville det have været optimalt alene at skulle tage højde for nærværende pilotprojekt, men da dette ikke er muligt, vil vi løbende, i det omfang det er relevant, vurdere, hvorvidt resultaterne fra dette projekt også afspejler tilstedeværelsen af andre simultane projekter.

Interventionen, som startede på alle de syv interventionsplejecentre i september 2012, var efter 6 måneder implementeret på samtlige af interventionsplejecentre, idet de ugentlige møder mellem de fast tilknyttede læger og plejepersonalet var etableret, samtidig med at en stor andel af beboerne på plejecentrene havde valgt den fast tilknyttede læge (Weatherall m.fl., 2013).

Dog har der både i selve implementeringsfasen og efterfølgende været en række udfordringer. Disse udfordringer drejer sig særligt om adskillelsen af beboergennemgang og konsultationer med de ugentlige møder samt vidensdeling blandt personalet. Derudover har lægerne oplevet det udfordrende at overtage et så stort antal nye patienter, ligesom der fra plejecentrenes side er givet udtryk for, at det er ressourcekrævende at deltage i et pilotprojekt, der skal evalueres. De største og mest generelle udfordringer i forhold til implementeringen af ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” vil vi skitsere i de efterfølgende afsnit.

BEBOERNES VALG AF LÆGE

Pilotprojektet har naturligvis været afhængigt af, at der på plejecentrene var et reelt ønske blandt beboerne om at skifte til den fast tilknyttede læge, og samtlige beboere fik i forbindelse med pilotprojektets opstart et

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -25 af 154

tilbud om at skifte til denne læge.⁸ Som beskrevet i implementeringsnotatet, og som det ligeledes fremgår af tabel 1.2, var der allerede ved pilotprojektets opstart en del beboere, som skiftede til den fast tilknyttede læge. Der er dog stor variation i andelen af beboere, som skiftede til den faste læge, da interventionen startede. Lolland skiller sig særligt ud med 94 pct. i beboertilgang. Dette tal skyldes dog, at den fast tilknyttede læge på plejecentret Horslunde/Bøgelunden allerede inden pilotprojektets opstart havde næsten alle plejecentrets beboere som patienter. For de øvrige plejecentre varierer andelen fra 23 pct. og helt op til 90 pct.

TABEL 1.2

Andelen af beboere, der var tilknyttet den faste læge ved pilotprojektets opstart i september 2012 og ved projektets afslutning i marts 2014. Særskilt for plejecentre. Procent

Kommune	Plejecenter	Andel, opstart 2012	Andel, afslutning 2014
Horsens	Gefionshave	90	92
Viborg	Kildehaven	23	75
	Klostertoften	41	68
Lolland	Horslunde/Bøgelunden	94	96
København ¹	Slottet	33	67
	Solterrasserne	39	71
Furesø	Ryetbo	64	83

Anm. Alle tallene angiver andelen af beboerne, der er skiftet til den fast tilknyttede læge i september måned 2012, da de fleste centre først ansatte lægen medio august. Tallene fra Københavns Kommune er dog fra august, da de kun indberetter hver 3. måned stedet for hver måned.

Kilde: Månedlige oplysninger fra plejecentre sendt til SFI.

Løbende er interessen for pilotprojektet blevet større, idet flere beboere har skiftet til den fast tilknyttede læge, ligesom nye beboere på plejecentrene er mere tilbøjelige til at skifte til lægen samtidig med indflytning. Som det fremgår af tabellen, har andelen af beboere tilknyttet den faste læge været støt stigende på plejecentrene over projektperioden, således at der ved projektet afslutning er mellem 67 pct. og 96 pct. af beboerne, som er tilknyttet de faste læger.

Der har været en stor interesse for at skifte til en læge, der tilknyttes det enkelte plejecenter. Den primære grund til lægeskiftet har været et ønske om mere kontinuerlig pleje og opfølgning fra lægens side samt tættere kontakt til lægen (Weatherall m.fl. 2013).

8. Beboere i midlertidige pladser har ikke været omfattet af projektet og er dermed ikke blevet tilbudt at skifte læge.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -26 af 154

DE UGENTLIGE MØDER MED DEN FAST TILKNYTTET LÆGE

I forhold til de ugentlige møder kunne vi i implementeringsnotatet konstatere, at hovedparten af plejecentrene brugte en stor del af opstartsperioden på beboergennemgang, således at den fast tilknyttede læge kunne få et indgående kendskab til de beboere, der havde valgt at skifte læge. Både plejepersonale og de fast tilknyttede læger har givet udtryk for, at det var nødvendigt, idet en stor del af beboerne er komplicerede medicinske patienter, hvorfor det har været behov for at drøfte og diskutere beboernes sygdomme, medicinering mv.⁹ Kun enkelte plejecentre har foretaget beboergennemgangen uden for mødetiden. Dette tidskrævende aspekt af implementeringen har derfor betydet, at den reelle læring og vejledning først blev påbegyndt 6 måneder inde i projektet for de fleste plejecentres vedkommende. Det er således også først der, at interventionen kan sige at være implementeret.

Derudover har der været stor variation i, hvordan møderne er blevet struktureret og afholdt, herunder variation i hvilke personalegrupper der har deltaget. Således har nogle plejecentre haft deltagelse af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, mens det på andre plejecentre primært har været sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne, som har deltaget. Fælles for plejecentrene har været, at der fra såvel de fast tilknyttede lægers som plejepersonalets side har været et ønske om, at mødeindholdet skulle være vedkommende og relatere sig til personalets dagligdag.

Plejecentrene har i opstartsfasen og ligeledes gennem resten af projektperioden været bevidste om, at hensigten med møderne har været at diskutere generelle problematikker, men har påpeget, at det har været en balancegang at skulle varetage generaliserbare emner, samtidig med at de skulle gøre dem aktuelle og vedkommende for plejepersonalet. Således har en overvejende del af plejecentrene på møderne taget udgangspunkt i en eller flere beboeres problemstillinger og brugt disse beboere som cases til at drøfte specifikke såvel som mere generelle emner. På enkelte plejecentre er møderne undervejs blevet mere praktisk orienterede, hvor lægerne har undervist i fx korrekt blodtryk- og pulsmåling i forbindelse med hjertekarsygdomme. Fælles for alle plejecentrene var, at den ugentlige mødetid med den fast tilknyttede læge udelukkende var bereg-

9. SOS gav plejecentrene og lægerne lov til at foretage beboergennemgang i pilotprojektets første halvår frem til udgangen af 2012 grundet et stort behov herfor.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -27 af 154

net til vidensdeling, og at interventionen dermed skulle få indvirkning på hele plejecentret og ikke kun for de beboere, der var tilknyttet lægen.

Hovedparten af plejecentrene har fastholdt og gennemført de ugentlige møder gennem hele projektet. For to plejecentre har der imidlertid været nogle afgrænsede perioder, hvor møderne ikke har været afholdt. På det ene plejecenter har ændringer i plejecentrets ledelse, herunder udskiftning af tovholder, betydet, at de ugentlige møder har været suspenderet. Den fast tilknyttede læge fortsatte dog med at komme fast på plejecentret i perioden, hvor beboerne blev tilset efter behov, ligesom lægen drøftede medicin med sygeplejersken. På det andet plejecenter har en større kommunal omstrukturering på ældreområdet medført, at plejecentret fremadrettet skal fungere som et sundheds- og rehabiliteringscenter. Siden 1. januar 2014 har der således også været et næsten nyt personale på centret, hvorfor der blot er blevet afholdt to møder i projektets sidste tre måneder. Dog er lægen også her fortsat med at komme uden nogen reel undervisning af plejepersonalet.

Ved pilotprojektets afslutning giver både plejepersonalet og de fast tilknyttede læger udtryk for, at de fremadrettet vil ønske et fortsat tæt samarbejde. Enkelte læger giver udtryk for, at der blot er behov for, at lægen er fast til stede på plejecentret hver anden uge, mens hovedparten vurderer, at en fast ugentlig dag netop giver mulighed for en tæt opfølgning af beboerne og tage nogle af de helbredsrelaterede problemstillinger i opløbet. Der er dog fra både plejepersonalets og lægernes side enighed om, at der ikke i samme omfang vil være behov for egentlige vejlednings- og læringsforløb, som har været fast element på møderne gennem projektperioden, hvorfor undervisningen kan gennemføres med større mellemrum, således at det fremadrettet sikres, at også nye medarbejdere introduceres i undervisningen, ligesom personalet løbende får deres faglige viden opdateret.

SIKRING AF VIDENSDDELINGEN

Vejlednings- og læringsforløb af plejepersonalet på de ugentlige møder har på nogle plejecentre været mere regelmæssige end på andre, hvilket kan have betydning for omfanget af personalets mødeudbytte. Endvidere har det varieret fra plejecenter til plejecenter, hvilke personalegrupper der har deltaget i de ugentlige møder. Hovedparten af plejecentrene afholder møderne med mere eller mindre faste repræsentanter fra plejepersonalet,

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -28 af 154

mens andre har et større flow af medarbejdere, der deltager ud over de faste repræsentanter.

Mens der på nogle af plejecentrene har været fast deltagelse af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, hvor social- og sundhedshjælpere kun lejlighedsvis har deltaget, afhængigt af mødets indhold og emne, har social- og sundhedshjælperne på andre plejecentre været repræsenteret fast på møderne. Endvidere har det været særligt udfordrende at inddrage aften- og nattevagter i møderne, da møderne på de fleste centre er lagt i dagstimerne. Enkelte læger og plejecentre har gjort mødetiden fleksibel, således at lægen nogle dage kunne komme senere på dagen. Det er dog langt fra alle plejecentre, som systematisk inddrager alle fag- og vagtgrupper på møderne, hvilket bl.a. hænger sammen med, at det for nogle plejecentres vedkommende har været udfordrende at frigive tid til, at alle medarbejdere har kunnet deltage i møderne.

Da det dermed hverken har været muligt at inddrage hele plejepersonalet eller altid at inkludere øvrige vagtgrupper ud over dagvagterne, har vidensdelingen blandt plejepersonalet været et vigtigt element i interventionen med henblik på at sikre alle den fornødne viden fra møderne, som netop skulle komme den generelle pleje for hele plejecentrenes beboere til gavn. Det har stået plejecentrene frit for, hvordan vidensdelingen har skullet foregå, hvorfor det ligeledes har varieret, hvordan og i hvor høj grad dette har fundet sted. Selve vidensdelingen har således foregået på forskellige måder ude på plejecentrene. Nogle plejecentre har videregivet referater, som medarbejdere selv har kunnet finde frem og læse, andre har videregivet mødereferater på afdelingsmøder, mens enkelte centre har gjort brug af en mundtlig overlevering til personale, der ikke har deltaget i møderne..

UVENTET ARBEJDSBYRDE

Pilotprojektet var udfordret af manglende ansøgninger fra lægerne til at starte med. Flere af de fast tilknyttede læger har påpeget, at manglen på interesse fra de praktiserende læger kunne skyldes det store og tidskrævende arbejdspress, som stillingen indebar. Selvom interventionen imødekommer et behov blandt en stor andel af plejecentrenes beboere, var det for lægernes vedkommende uventet og overvældende, at de pludselig fik så mange nye patienter på én gang. Dette betød en større arbejdsbyrde end først forventet hos alle lægerne, hvilket ikke alene skyldes antallet af patienter, men i høj grad, at beboerne er meget plejkrævende og medi-

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -29 af 154

cinsk komplekse patienter, mange med flere sygdomme og vedvarende medicinindtag. Enkelte af lægerne fortæller, at de ikke ville have søgt stillingen, hvis de havde vidst, hvor tidskrævende det ville være, og nogle foreslår, at det ville være godt at dele opgaven med en anden læge. Den uventede arbejdsbyrde har primært været forbundet med projektets opstart og gennemgangen af beboerne, mens projektet for hovedparten af lægerne efterfølgende har passet fint ind i forhold til deres praksis og øvrige lægefaglige opgaver.

For plejecentrenes vedkommende har enkelte centre givet udtryk for, at det til tider har været vanskeligt at frigøre personalet til deltagelse i de egentlige møder. Dog giver flere af plejecentrenes ledere udtryk for, at den tid, der er sparet på ventetid i forbindelse med kontakt til læger, lægevagt mv. før interventionen, kan bruges på møder med den fast tilknyttede læge i stedet. Den primære arbejdsbyrde i pilotprojektet har imidlertid været knyttet til de evalueringsmæssige opgaver i forbindelse med projektet (fx den løbende indrapportering af forskellige data og oplysninger til SFI i form af CPR-numre på plejecenterbeboerne, logbøger og udfyldelse af spørgeskemaer undervejs i forløbet), som plejepersonalet har skullet håndtere sideløbende med deres øvrige opgaver og andre sideløbende projekter.

OPSAMLING

- Pilotprojektet ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” skal skabe bedre kvalitet for den enkelte beboer ved at styrke kommunikationen og samarbejdet mellem plejecentre og praktiserende læger.
- Inden pilotprojektets opstart var det vanskeligt at rekruttere læger til stillingen som fast tilknyttet læge.
- Pilotprojektets intervention har på alle plejecentrene fundet sted inden for nogle fælles rammer, og alle startede i september 2012. Efter en implementeringsperiode på 6 måneder var interventionen implementeret på de syv plejecentre.
- Grundet den massive tilslutning til pilotprojektet fra beboernes side har de væsentligste udfordringer været forbundet med den uventede arbejdsbyrde, lægerne oplevede fra projektets opstart i forbindelse med beboergennemgangen.

**Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt
Bilag 1 - Side -30 af 154**

- Der vil fortsat være behov for et tæt samarbejde mellem plejepersonalet og lægen, hvor lægen er til stede på plejecentret på ugentlig basis eller hver anden uge, således at kontinuiteten i beboernes pleje- og behandlingsmæssige forløb fortsætter. Fremadrettet vil der også være behov for vejlednings- og læringsforløb om end med lidt mere jævne mellemrum.

DATA OG EVALUERINGSDESIGN

Et pilotprojekt som ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” involverer mange aktører, selvom interventionen i sig selv er rimelig enkel og i første omgang kun implementeres på syv plejecentre. Det betyder, at vi tager mange datakilder i brug, når vi evaluerer effekten af interventionen. Vi anvender registerdata, data fra spørgeskemaer samt såvel individuelle interview og fokusgruppeinterview. Inden vi belyser datagrundlaget og målingstidspunkterne, redegør vi først for vores population, herunder valg af sammenligningsplejecentre og kontrolpopulationer i forhold til de forskellige evalueringspunkter.

POPULATION

Ifølge Danmarks Statistik boede der i Danmark i 2011 over 77.000 personer i pleje- og ældreboliger (DS, 2012:7)¹⁰. Omkring 70.000 er 65 år eller mere, hvoraf 67 pct. er kvinder og 33 pct. er mænd.

Til analysen af ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” medtager vi ikke almene ældreboliger, da de ikke vil være omfattet af interventionen på plejecentrene. Da kommunerne ikke registrerer centralt, hvad der

10. Tallene, som opgøres på bopæl, har et vist usikkerhedsmoment, da nogle beboere i plejeboliger stadig kan have folkeregisteradresse på en tidligere adresse, hvor ægtefællen er bosiddende.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -32 af 154

er plejecentre, er det ikke helt nemt at identificere plejecentre i Danmark. Vi anvender en metode fra Ældredokumentationen hos Danmarks Statistik (2012), hvor en adresse med mange ældre antages at være et plejecenter, dog med nogle undtagelser, som vi beskriver i bilag 1. Danmarks Statistik har sammenholdt beregningsmetoden i kommuner, hvor man kender adresserne på plejecentrene. Her er der en fejlmargen på +/- 3 pct. i antallet af beboere på plejecentre.

Ud af hele populationen af beboere på plejecentre over 65 år har SOS og udvalgte kommuner udpeget plejecentre i hver kommune, der kunne deltage i pilotprojektet. Samtidig udvalgte plejecentre, som man forventede kunne udgøre en sammenligningsgruppe i forhold til analytiske mål, som ikke er til rådighed i registrene. Tabel 2.1 viser pilotprojektets interventionsplejecentre og den mindre gruppe af sammenligningsplejecentre, som blev udvalgt i samme kommuner.

TABEL 2.1

Oversigt over plejecentre i fem udvalgte kommuner i pilotprojektet "Fast tilknyttede læger på plejecentre".

	København	Furesø	Lolland	Viborg	Horsens
Interventionsplejecentre	Slottet	Ryetbo	Horslunde	Kildehaven:	Gefionshave
Sammenligningsplejecentre	Solterrasserne Bomiparken	Søndersø	Skovcentret	Klostertoften Klosterhaven	Skovly
	Kastanjehusene	Solbjerg- haven		Skovvænget	Ceres

Inden interventionen officielt gik i gang i 2012 blev både sammenlignings- og interventionsplejecentre bedt om at indsamle CPR-numre på alle beboere på centrene fra januar 2011 og frem til august 2012. Informationer om nye tilflyttere samt beboere, der skifter til den fast tilknyttede læge bliver indsamlet månedsvis af hvert plejecenter.¹¹ Derved har vi præcise informationer om, hvornår beboere flytter ind og eventuelt overgår til den fast tilknyttede læge.

Til analyserne i denne rapport opdeler vi populationen af plejecentre i tre undergrupper, som er de foromtalt interventionsplejecentre og sammenligningsplejecentre samt en gruppe bestående af de øvrige plejecentre i Danmark. I tabel 2.2 ses populationerne fordelt på de tre

11. Nogle plejecentre har haft problemer med at rapportere månedligt, men oplysningerne findes minimum kvartalsvis.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -33 af 154

undergrupper, samt opdelt efter om de indgår i vores undersøgelsespopulation.

TABEL 2.2

Oversigt over antal plejecentre i Danmark og antal beboere fra januar 2011 til februar 2014. Særskilt for interventionsplejecentre, sammenligningsplejecentre og øvrige plejecentre i Danmark. Antal.

	Population af plejecenterbeboere 65 år+			Evalueringens population af plejecenterbeboere 65 år+ på plejecentre med 20+ beboere		
	Plejecentre	Antal beboere	Kommuner	Plejecentre	Antal beboere	Døde
Interventionsplejecentre ^{1,2}	7	873	5	7	873	416
Sammenligningsplejecentre	9	865	5	9	865	354
Øvrige plejecentre (inkl. sammenligningscentre) i DK ³	1.442	50.384	98	920	41.079	19.841
Total	1.449	51.257	98	927	41.952	20.257

1. Starter først på interventionen september 2012, men data er fra januar 2011 til februar 2014.

2. Bopælsoplysninger ud af befolkningen i 2011, 2012.

3. Fratrukket de adresser, hvor der bor mindre end 3 personer, da det kan være ægtefælden, der tæller med.

Kilde: SFI-beregninger og registerdata.

Antallet af interventions- og sammenligningsplejecentre er defineret på forhånd, og antallet af beboere eksklusive beboere, der enten bor i midlertidige eller beskyttede boliger, ses i kolonne 2 i tabel 2.2. Det vil sige det antal beboere, der på et eller andet tidspunkt i perioden fra januar 2011 til februar 2014 har boet på plejecentrene. Ud af beboerne på plejecentrene er der 4 pct., 3 pct. og 7 pct. på henholdsvis interventions-, sammenlignings- og øvrige plejecentre, der er under 65 år: Vi ekskluderer de beboere, der er under 65 år, da disse kan være beboere med specielle lidelser, som ikke nødvendigvis er aldersrelaterede, og som derfor ikke på samme måde er relevant for pilotprojektet. Yderligere ser vi kun på plejecentre med mere end 20 beboere, da alle interventionscentre består af 20 beboere eller mere. Det betyder, at den endelige analyse beror på populationen af 41.952 ældre, som har boet på plejecentrene minimum en måned i analyseperioden (jf. kolonne 5 i tabel 2.2).

DATA

Analysen bygger som nævnt på en række forskellige datakilder. De fem formål med pilotprojektet (jf. kapitel 1) kan som udgangspunkt opdeles i henholdsvis kvantitative og kvalitative mål, hvilket derefter i høj grad afspejler valget af datagrundlag. De to første hovedformål (reducere antallet af forebyggelige indlæggelser og kortids- og genindlæggelser samt reducere kontakten til lægevagten) er i høj grad kvantificerbare mål, som vi primært evaluerer med udgangspunkt i registerdata. De tre øvrige formål (forbedre medicin håndteringen, forbedre samarbejdet mellem læge og plejepersonale og forbedre brugertilfredsheden blandt plejepersonale, læge, beboer og pårørende) er derimod i højere grad af kvalitativ karakter og evalueres på baggrund af spørgeskemaer og individuelle interview såvel som fokusgruppeinterview.

REGISTERDATA

Data omkring indlæggelser kommer fra Landspatientregistret (LPR), kontakten til læger kommer fra Sygesikringsregistret (SSR), mens øvrige oplysninger indsamles fra Danmarks Statistiks registre. Fordelene ved at anvende LPR, SSR og Danmarks Statistiks registre er, at de indeholder mange oplysninger omkring beboernes brug af sundhedsfaglige ydelser, såsom indlæggelser, indlæggelsesmåde, antal sengedage, kontakten til lægevagten, konsultationstyper, tidspunkter for konsultationer mv. Yderligere trækker vi nogle individspecifikke baggrundsoplysninger, såsom køn, alder, højest fuldførte uddannelse, kommunestørrelse, indbyggertal mv. fra Danmark Statistik. Vi får ligeledes oplysninger omkring dødstidspunkt for eventuelle døde beboere i projektperioden, hvilket i særdeleshed er vigtig viden i evalueringen af denne type projekt. Vigtigheden skyldes, at den gennemsnitlige middellevetid på plejecentre er meget lav. Næsten hver tredje beboer på plejecentre dør inden for det første år, han eller hun er flyttet på plejecenter (Eldrekommissionen, 2012), hvorfor en del af plejecenterbeboerne dør i løbet af projektperioden. Detaljerne omkring de enkelte registres målingstidspunkter beskrives i bilag 2.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -35 af 154

ELEKTRONISK SPØRGESKEMA

Da det ikke er muligt at indhente anvendelige registeroplysninger til analysen om kvaliteten af medicin håndteringen¹², samarbejdet mellem læger og plejepersonale og brugertilfredsheden, er oplysninger herom indsamlet via en kombination af elektroniske spørgeskemaer og interview.

Spørgeskemaoplysninger fra interventions- og sammenligningsplejecentre er blevet indsamlet på to tidspunkter, henholdsvis som en før-måling i marts og april 2012¹³ og en efter-måling i marts 2014. Til hvert målingstidspunkt er hvert plejecenter blevet bedt om at udfylde et elektronisk spørgeskema, der skulle besvares af 1-4 relevante medarbejdere med kendskab til de pleje- og behandlingsmæssige forløb samt samarbejdet med de praktiserende læger. Af ressourcemæssige hensyn til plejepersonalets øvrige opgaver tillod vi, at udfyldelsen kunne foretages af ned til én medarbejder. Da der kun bliver udfyldt ét skema for hvert plejecenter (på enkelte plejecentre ét pr. afdeling), opstår der en risiko for bias i svarmønstrene på holdningsspørgsmålene og risiko for, at spørgsmålene ikke besvares tilstrækkeligt grundet manglende kendskab til de adspurgte forhold blandt de medarbejdere, som udfylder skemaet. I implementeringsnotatet (Weatherall m.fl., 2013) finder vi en generel meget fælles holdning til de forhold, vi spørger om i skemaet. Derudover har vi tilstræbt, at både før- og efter-spørgeskemaet bliver udfyldt af de samme personer, hvorved en given bias således kan betragtes som værende systematisk, så vi stadig har mulighed for at se på udviklingen i holdningsspørgsmålene. Vi har yderligere tilstræbt, at det alene er medarbejdere, som dels varetager den sundhedsfaglige kontakt med lægen og dels har et indgående kendskab til beboernes generelle sundhedstilstand og indsigt i pleje- og behandlingsbehov, der udfylder spørgeskemaet.

Spørgeskemaet består af ca. 40 spørgsmål, der primært afdækker samarbejdsrelationerne mellem plejepersonalet og beboernes læger, herunder tilfredsheden og tilliden imellem parterne samt medicin håndteringen. I forbindelse med efter-målingen i 2014 blev de fast tilknyttede læger bedt om at besvare et kort spørgeskema indeholdende 14 spørgsmål,

12. Det er muligt at indhente medicinoplysninger via registrene, men ud fra registrene er det ikke muligt at vurdere, om medicinændringen er til bedring eller forværring af beboernes helbred.

13. Grundet forsinkelser i opstarten af pilotprojektet ender før-målingen dog med at være knap et halvt år før den egentlige opstart i september 2012. SFI vurderede i implementeringsnotatet (Weatherall m.fl., 2013) efter samtale med plejecentrene, at før-målingen i marts og april 2012 stemmer overens med plejecentrenes situation i juli 2012.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -36 af 154

der udelukkende handler om samarbejdet mellem lægen og plejepersonalet.

Endvidere har tre plejecentre i forbindelse med efter-målingen indvilliget i, at vi rekrutterede pårørende via opslag samt uddeling af sedler. Vi sendte 33 skemaer ud (elektronisk) og heraf har 27 svaret., hvilket giver en svarprocent på 82. Spørgeskemaet består af otte spørgsmål, hvor de pårørende giver deres bud på årsagen til, at beboeren foretog et lægeskift til den fast tilknyttede læge på plejecentret. Samtidig svarer de pårørende på, hvor tilfredse de selv er med, at beboeren har fået den fast tilknyttede læge.¹⁴ Som tabel 2.3 viser, har vi en generel høj svarprocent i alle spørgeskemarunderne, som omhandler få informanter.

TABEL 2.3

Svarprocent for spørgeskemaer anvendt ved før- og efter-måling.

Spørgeskema til:	Periode	Antal skemaer	Svarprocent
Plejepersonale	Før-måling	7	100
Plejepersonale	Efter-måling	7	100
Fast tilknyttede læger	Efter-måling	7	100
Pårørende	Efter-måling	33	82

Kilde: SFI's elektroniske spørgeskema.

INTERVIEW OG ØVRIGE DATAKILDER

Plejecentrenes projektparathed og implementeringen af interventionen, herunder problematikker i forbindelse med implementeringen har vi af-dækket via interview (Weatherall m.fl., 2013). Derudover anvendes interviewene også som en kvalificering af spørgeskema-besvarelsene. Derved kan plejepersonalet, lægen mv. få mulighed for at uddybe deres besvarelser fra spørgeskemaerne, samt svært målbare temaer, såsom brugertilfredshed, kan uddybes her. Ud over disse interview har vi også indsamlet viden omkring pilotprojektet i forbindelse med diverse møder. En oversigt over samtlige interview- og mødeaktiviteter i forbindelse med interventionscentrene ses i tabel 2.4.

14. Det ville naturligvis være optimalt, at det er beboerne selv, vi spørger om deres egen vurdering af og tilfredshed med pilotprojektet. Dog har forskellige fagpersoner, herunder personalet på de enkelte plejecentre, vurderet, at det ikke er hensigtsmæssigt at stille spørgsmålene til beboerne, da en betydelig del af beboerne er syge med demens. Samlet lider over 50 pct. af demenssygdomme. Det er dermed ikke muligt at få et repræsentativt udsnit af beboerne til at besvare spørgeskemaet, hvorfor vi risikerer en bias i besvarelsene ved at spørge dem.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -37 af 154

TABEL 2.4

Interview og øvrige datakilder opdelt efter periode og type.

	Periode	Type
<i>Interview</i>		
Plejepersonale, lokal tovholder og kommunal projektleder	Før-måling (projektparathed)	Telefonisk fokusgruppeinterview
Plejepersonale	Før-måling	Personlig og telefonisk fokusgruppeinterview
Plejecenterleder	Før-måling	Telefonisk interview
Lokal tovholder	Implementering	Telefonisk interview
Fast tilknyttede læger	Implementering	Telefonisk interview
Lokal tovholder	Efter-måling	Telefonisk interview
Plejepersonale	Efter-måling	Fokusgruppeinterview
Fast tilknyttede læger	Efter-måling	Telefonisk interview
<i>Øvrige datakilder</i>		
Logbøger	Ugentligt	Lokal tovholder udfylder logbogen efter hvert møde med den fast tilknyttede læge
Projektledermøder	Løbende (indtil videre fem møder)	Møder med SOS, kommunale projektledere og lokale tovholdere
Opstartworkshops	Opstart	Møder med SOS, kommunale projektledere, ledere og plejepersonale og de fast tilknyttede læger
Netværksmøder	Opstart/implementering	Møder med SOS, kommunale projektledere, lokale tovholdere og de fast tilknyttede læger

Kilde: SFI opgørelse.

Via diverse opstartworkshops på plejecentrene har vi indhentet information om, hvordan den lægefaglige sparring på de ugentlige møder blev tilrettelagt og tankerne om, hvordan pilotprojektet bedst muligt forankres på det enkelte plejecenter.

Vi har monitoreret implementeringsfasen og projektforsøget via telefoninterview med de lokale tovholdere, de fast tilknyttede læger, og gennemlæsning af logbøgerne, som udfyldes på de ugentlige samarbejds-møder. Samtidig har vi ved at deltage på diverse møder, herunder netværksmøderne og de løbende projektledermøder, indsamlet en overordnet viden omkring implementeringen og de første erfaringer fra projektet.

Som supplement til spørgeskemaerne har vi lavet fokusgruppeinterview med plejepersonalet på plejecentre både til før- og efter-målingen. Samtidig foretog vi også ved før-målingen telefoninterview med plejecenterlederne for at afdække et mere overordnet synspunkt på samarbejdsrelationerne mellem plejepersonalet og lægen.

METODE

Et pilotprojekt som ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”, der bliver implementeret på syv forskellige plejecentre i fem forskellige kommuner, har både udfordringer under opstarten og undervejs, og det er vigtigt at tage højde for i evalueringsdesignet.

EFFEKTANALYSE AF PRIMÆRE MÅL

Det centrale for effektmålingen er, at vi ønsker at se på effekten af interventionen over for en kontrafaktisk situation. Det vil sige, vi ønsker at se, om interventionen har betydning i forhold til, hvis interventionen ikke havde fundet sted. Det er derfor centralt at have en interventionsgruppe og en kontrolgruppe, som er sammenlignelige bortset fra, at den ene gruppe modtager en intervention.

Interventionsgruppen er her pilotprojektets syv plejecentre og deres beboere i fem forskellige kommuner. Disse plejecentre har fået tildelt en fast tilknyttet læge, som både skal indgå i et samarbejde med plejepersonalet, og som også får en tilgang af nye patienter i det omfang, beboerne på plejecentrene vælger at skifte læge. Interventionen gælder altså for alle beboere på de syv plejecentre i pilotprojektet.

I forbindelse med denne senere fortolkning af resultaterne af effektanalysen er det vigtigt at huske på, at beboerne, der deltager i pilotprojektet, kan have forskellige motiver og grunde til at bo på en bestemt plejecenter og deltage i pilotprojektet. Nogle beboere har måske valgt at bo på et bestemt plejecenter ud fra et bevidst ønske, andre har været nødsaget til at vælge det første og bedste plejecenter på grund et meget dårligt helbred, og for andre er det til dels de pårørende, der har valgt plejecenteret.

I forhold til pilotprojektet har nogle beboere måske valgt et interventionsplejecenter fordi de ønsker at deltage i projektet. På den anden side kan nogle af beboerne på interventionsplejecentrene ufrivilligt være en del af den fast tilknyttede lægeordning ved allerede at være bosat på et interventionsplejecenter. Disse beboere kan vælge ikke at skifte læge. Men da lægen og plejepersonalet stadig har et samarbejde, bliver beboeren udsat for interventionen.

Interventionen starter september 2012 og forløber frem til det tidspunkt, hvor evalueringsperioden slutter i februar 2014. Men for beboerne på plejecentrene er interventionen ikke nødvendigvis klart af-

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -39 af 154

grænset, da beboerne kan til- og fraflytte plejecenteret, og flere af beboerne dør undervejs (jf. tabel 2.2).

Kontrolgruppen består af beboere på alle andre danske plejecentre med mere end 20 beboere på mere end 65 år som vist i tabel 2.2. Vi vil argumentere for, at gruppen er sammenlignelige i forhold til nogle observerbare karakteristika som beboersammensætning, plejecenterstørrelse mv. Tabel 2.5. viser de gennemsnitlige karakteristika for beboerne på henholdsvis interventionsplejecentrene og øvrige plejecentre i Danmark, som er analysens kontrolgruppe.

TABEL 2.5

Gennemsnitskarakteristika for beboere mere end 65 år og som bor på plejecentre med mere end 20 beboere. Særskilt for interventionsplejecentre og øvrige plejecentre i Danmark.

	Interventions- plejecentre	Øvrige plejecentre
<i>Beboerkarakteristik</i>		
Beboere, der har været indlagt fire gange eller mere i 2011	25,5	24
Beboere, der har kontakt til lægevagten i 2011	5,2	5
Beboere, der anvender mere end 20 medicinske præparater i 2011	25,1	26,4 *
Gennemsnitsalder	84,4	84,2 *
Andel mænd	31,8	29,4
<i>Plejecenterstørrelse</i>		
20-39 beboere (pct.)	12,3	47,8 *
40-79 beboere (pct.)	18,9	45,2 *
Mere end 80 beboere (pct.)	68,8	7,0
Gennemsnitlig månedlig andel af beboere indlagt med mindst en forebyggelig indlæggelse i før-perioden	3,65	2,91 *
Gennemsnitlig månedlig andel af beboere indlagt med mindst en genindlæggelse i før-perioden	5,22	3,91 *
Gennemsnitlig månedlig andel af beboere indlagt med mindst en korttidsindlæggelse i før-perioden	9,15	9,04

Anm.: * = at gennemsnittet for plejecentrene er signifikant forskellige.

Kilde: SFI-datasæt og registerdata.

Tabel 2.5 viser, at beboere på interventions- og øvrige plejecentre fordele sig ens i forhold til andel mænd, antal indlæggelser og lægekontakt i 2011. Til gengæld er beboerne på interventionsplejecentrene signifikant forskellige i forhold de indlæggelser, vi analyserer i nærværende rapport samt i forhold til den gennemsnitlige størrelse på plejecentrene. Det vil sige, at interventionscentre generelt har flere beboere end den øvrige plejecenterpopulation. Det er netop på de store plejecentre, at vi forventer interventionen kan få størst betydning, da det er på de store plejecentre, at reduktionen i antal læger er størst.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -40 af 154

Kontrolgruppen inddrages for at kontrollere for, om eventuelle tendenser skyldes den generelle udvikling i samfundet, eller om det er særlig tendens blandt interventionsplejecentrene. Kontrolgruppen kan ikke leve op til de stringente krav en effektanalyse stiller, fordi interventionsplejecentrene ikke er et tilfældigt udsnit af plejecentre. Det betyder, at eventuel variation mellem beboere i interventionsgruppen og andre plejecentre kan skyldes, at der er systematiske forskelle – ud over dem, vi kan kontrollere for – der påvirker udfaldsmålet. Vi kan eksempelvis forestille os, at personer med særlige karakteristika vælger et bestemt plejecenter. Dette kaldes ”selvselektion”, og det kan vi ikke kontrollere for. Det betyder, at vi ikke kan drage konklusioner omhandlende effekten i ordets mest stringente betydning, dog kan vi alligevel fortolke tendenser ud fra hypotesen.

Vigtigheden af en kontrolgruppe skyldes også, at sundhedsprofilen oftest forværres med alderen, dvs. at vi ikke kan lave en før- og efteranalyse af beboerne og derudfra konkludere, om interventionen har effekt, da tidsaspektet kan påvirke resultaterne. Derfor vælger vi at sammenligne interventionsplejecentrene med en kontrolgruppe.

Den gruppe af beboere, som er genstandsfelt for evalueringen, har ofte haft mange sygdomme og indlæggelser, før vi observerer dem på plejecentrene i januar 2011 og til den endelige måling februar 2014 (jf. tabel 2.5). Det betyder, at nogle af de indlæggelser, som vi observerer som forebyggelige indlæggelser, mens de bor på plejecentret, faktisk hænger sammen med en lang sygdomshistorie, som vi ikke kan observere i vores data. Det er derfor ekstra vigtigt, at vi ser på indlæggelsernes udvikling og ikke på et bestemt måletidspunkt eller niveau..

Der er flere forhold, vi skal være opmærksomme på, når vi sammenligner før og efter, at interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” påbegynder. Det er vigtigt, at vi kan tidsfastsætte interventionen for at sikre, at ændringer før og efter ikke skyldes ændringer i populationens sammensætning. Det er derfor vigtigt, at vi har fået til- og fraflytningsdatoerne for beboerne på plejecentrene.

Den grundlæggende forudsætning for en simpel før- og efteranalyse er, at den tager udgangspunkt i det faktum, at en beboer i før-perioden ikke får en intervention og i efter-perioden får interventionen. Analysen sammenligner på den måde en beboer på plejecentrene med sig selv ved at beregne forskelle i gennemsnit i udfaldsmål. Denne simple metode fjerner faste beboerkomponenter, og giver det gennemsnitlige

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -41 af 154

afkast blandt interventionsgruppen. En ulempe ved en før- og efteranalyse er, at analysen ikke er robust over for ændringer over tid, såsom at helbredet forværres med alderen, og derfor er kontrolgruppen nødvendig.

Vi laver effektanalysen, hvor vi sammenligner interventionspopulationen med kontrolpopulationen i et før- og efter-design, da dette design kan tage højde for både observerbare plejecenterkarakteristika og ikke-observerbare plejecenterkarakteristika, som er uændrede over tid. Den isolerede effekt af interventionen findes ved at trække den gennemsnitlige effekt fra før-perioderne til efter-perioderne for kontrolgruppen fra forskellen i den gennemsnitlige effekt for interventionsgruppen. Denne beregningsmetode kaldes en difference-in-differences-model (DiD). Metoden og vores modelantagelser er beskrevet i detaljer i specialet af Hansen (2014) og i bilag 3.

Vi anvender forskellige regressionsmetoder og statistiske test for at vurdere, om forskelle mellem de grupper, vi sammenligner, er signifikante eller blot kan tilskrives statistiske tilfældigheder. De statistiske test og regressionsmetoder har vi beskrevet i bilag 3.

EVALUERING AF SEKUNDÆRE MÅL

Datakilderne for implementeringen, medicin håndteringen, samarbejdet mellem lægen og plejepersonale og brugertilfredsheden sætter rammen for, hvad der evalueringsmæssigt er muligt. Disse oplysninger er indsamlet via en kombination af elektroniske spørgeskemaer og interview blandt interventionscentre og den lille udvalgte gruppe af sammenligningsplejecentre såvel som med de fast tilknyttede læger og de pårørende.

Vi laver en beskrivende og kvalitativ evaluering af, hvilken virkning personale og læger oplever, at tilknytningen af den faste læge har på medicin håndteringen, samarbejde og brugertilfredshed i pilotprojektet. Vi kan ud fra de elektroniske spørgeskemaer, som beskrevet i ovenstående, lave en før- og efteranalyse af de sekundære mål. Ved spørgeskemaerne skal vi være opmærksomme på, at der kan være bias i svarmønstrene på holdningsspørgsmålene i den ene eller anden retning. Resultaterne bliver dog sammenlignet og uddybet igennem telefoniske interview med lægerne og plejepersonalet og en mindre elektronisk rundspørge blandt pårørende omkring beboernes brugertilfredshed.

Til sidst opstiller vi en business case, der kan skitsere økonomiske og kvalitative fordele og ulemper gennem eksempler fra pilotprojektet. Vi anvender business casen som et redskab til at sandsynliggøre øko-

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -42 af 154

nomiske resultater og forretningsmæssige konsekvenser af at udrulle pilotprojektet ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” til de øvrige plejecentre i Danmark. Business casen laves ud fra eksisterende data vedrørende de involverede aktører og de fremkomne resultater i nærværende rapport.

OPSAMLING

- Vi anvender registerdata, data fra spørgeskemaer samt såvel individuelle interview og fokusgruppeinterview, når vi skal evaluere pilotprojektet ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”.
- Pilotprojektets primære udfaldsmål, som forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser, evalueres via en effektanalyse. Vi sammenligner altså beboere fra interventionsplejecentrene med beboere fra øvrige plejecentre i et før- og efter-design, hvor vi tager højde for både observerbare plejecenterkarakteristika og ikke-observerbare plejecenterkarakteristika, som er uændrede over tid.
- Vi laver en beskrivende og kvalitativ evaluering af, hvilken virkning personale og læger oplever, at tilknytningen af den faste læge har på sekundære udfaldsmål som medicinbehandlingen, samarbejde og brugertilfredshed.
- Vi laver en business case ud fra effektanalyserne. Business casen er et skøn over interventionens potentielle muligheder i hele landet, hvis man antager, at resultaterne fra pilotprojektet ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” kan generaliseres. Det vil sige, vi tager ikke højde for den positive selektion, resultaterne må forventes at være offer for.

FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER

Vi ser i det følgende kapitel nærmere på omfanget og karakteren af forebyggelige indlæggelser blandt beboere på plejecentre. Det centrale spørgsmål er, om beboerne på plejecentre med en fast tilknyttet læge har færre forebyggelige indlæggelser end beboere på de øvrige plejecentre. Vi opridser kort, hvad en forebyggelig indlæggelse er, og hvordan disse fordeles sig over tid og på tværs af interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre. Til sidst i kapitlet viser vi resultaterne af effektmålingen, hvor vi med mere avancerede statistiske metoder estimerer effekten af at bo på et plejecenter med en fast tilknyttet læge på antallet af forebyggelige indlæggelser.

Som beskrevet i kapitel 2, og som det fremgår af boks 3.1, består datagrundlaget i dette kapitel af de syv interventionsplejecentre og en kontrolgruppe af alle øvrige plejecenterbeboere i Danmark, der er 65 år eller ældre og bor på et plejecenter med mere end 20 beboere.

BOKS 3.1

Datagrundlag for effektanalyse af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre" på antallet af forebyggelige indlæggelser.

Datagrundlaget består af alle danske plejecenterbeboere, der er 65 år eller ældre og bor på et plejecenter med mere end 20 beboere:

- 7 interventionsplejecentre. I alt 873 beboere
- 920 øvrige plejecentre. I alt 41.079 beboere

I alt 927 plejecentre med 41.952 beboere over perioden januar 2011 til februar 2014.

FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER

Vi kvantificerer i boks 3.2 målet for de forebyggelige indlæggelser ud fra 10 sygdomsgrupper på baggrund af Finansministeriets, Indenrigs- og Sundhedsministeriets og KL's publikation *Reduktion af forebyggelige indlæggelser* fra 2010.

Indlæggelsesvariablen er opgjort ud fra den aktionsdiagnose, som en patient får i forbindelse med den første afdelingskontakt på hospitalet. Det sikres derved, at data kun afspejler den diagnose, som beboeren blev indlagt med. Er beboeren fx blevet behandlet for en blærebetændelse ved første afdelingskontakt, er det med stor sandsynlighed en blærebetændelse, som beboeren har pådraget sig inden ankomsten til hospitalet. Er blærebetændelsen derimod først diagnosticeret i forbindelse med en senere eller sidste afdelingskontakt, er blærebetændelsen sandsynligvis opstået på hospitalet. Ved at tage udgangspunkt i aktionsdiagnosen får vi således et mere validt billede af, i hvilket omfang der er tale om en beboer, som er blevet indlagt med en forebyggelig indlæggelse.

Til trods for navnet er det ikke alle forebyggelige indlæggelser, der i praksis kan forebygges. Omvendt er det heller ikke endegyldigt, at en indlæggelse, blot fordi den ikke er defineret som forebyggelig, ikke forebygges. Potentialer er bare mindre i forhold til at forebygge en sådan indlæggelse, end en indlæggelse inden for de 10 forebyggelige sygdomsgrupper (KL m.fl., 2013).

BOKS 3.2

Definition af forebyggelige indlæggelser.

Forebyggelige indlæggelser er indlæggelser, der kunne have været forebygget, hvis problemstillingen havde været afdækket tidligere, og der havde været handlet virkningsfuldt.

Målet er baseret på 10 sygdomsgrupper (ICD10-diagnosekoder i parentes):

- Ernæringsbetinget blodmangel (DD50-53)
- Knoglebrud (DD02, DS12, DS22, DS32, DS42, DS52, DS62, DS72, DS82, DS92)
- Tarminfektion (DA09)
- Blærebetændelse (DN30, dog ikke DN303 og DN304)
- Nedre luftvejssygdomme (DJ12-15, DJ18, DJ20-22, DJ40-47)
- Forstoppelse (DK590)
- Væskemangel (DE869)
- Sukkersyge (DE10-14)
- Tryksår (DL89)
- Sociale og plejemæssige forhold (DZ59, DZ74-DZ75)

Kilde: KL m.fl., 2013.

I tabel 3.1 vises det samlede antal akutte somatiske indlæggelser og andelen af disse, der er karakteriseret som forebyggelige for den danske plejecenterpopulation i perioden januar 2011 til og med februar 2014. Både på interventionsplejecentrene og de øvrige danske plejecentre ligger andelen af indlæggelser, der er forebyggelige, lige over 19 pct. Det vil sige, at det for alle plejecenterbeboere, der er over 65 år, i perioden januar 2011 til februar 2014 er det cirka hver femte indlæggelse, der potentielt kan forebygges.

TABEL 3.1

Antal indlæggelser, antal forebyggelige indlæggelser og andelen af alle indlæggelser, der er karakteriseret som at være forebyggelige. Særskilt for interventionsplejecentre og øvrige plejecentre i Danmark fra 2011-2014. Antal og procent

	Interventionsplejecentre	Øvrige plejecentre	Total
Indlæggelser, antal	3.319	153.307	156.626
Forebyggelige indlæggelser, antal	648	29.864	37.265
Andel forebyggelige indlæggelser, pct.	19,52	19,48	19,48

Anm. Baseret på 41.952 beboere på de 927 plejecentre.

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

Fordelingen af de forebyggelige indlæggelser i de 10 forebyggelige sygdomsgrupper vises i tabel 3.2.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt
Bilag 1 - Side -46 af 154

TABEL 3.2

Forebyggelige indlæggelser, fordelt på sygdomsgrupper. Særskilt for interventionsplejecentrene og øvrige plejecentre i Danmark henholdsvis 18 måneder før og 18 måneder efter opstart af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre". Antal og procent.

	Interventionsplejecentre				Øvrige plejecentre			
	Før		Efter		Før		Efter	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Ernæringsbetinget blodmangel	4	1,1	2	0,9	215	1,5	199	1,4
Knoglebrud	133	36,1	92	40,9	5.239	37,1	5.226	36,6
Tarminfektion	7	1,9	1	0,4	152	1,1	158	1,1
Blærebetændelse	39	10,6	18	8	1029	7,3	1.025	7,2
Nedre luftvejssygdomme	102	27,7	79	35,1	5.073	35,9	5.224	36,6
Forstoppelse	10	2,7	2	0,9	342	2,4	322	2,4
Væskemangel	41	11,2	12	5,3	1.230	8,7	1.195	8,4
Sukkersyge	24	6,5	13	5,8	515	3,6	519	3,6
Tryksår	7	1,9	6	2,7	305	2,2	323	2,3
Sociale og plejemæssige forhold	1	0,3	0	0	25	0,2	85	0,4
I alt	368	100	225	100	14.125	100	14.276	100

Anm.: Baseret på 41.952 beboere på de 927 plejecentre.

Kilde: SFI-data, registerdata og egne beregninger.

For at kunne sammenligne udviklingen på tværs af interventionsplejecentrene og den øvrige plejecenterpopulation før og efter interventionen er tabel 3.2 opgjort 18 måneder før og 18 måneder efter interventionsstart i september 2012. Vi viser både det faktiske antal forebyggelige indlæggelser i hver sygdomsgruppe, og hvor stor en andel sygdomsgruppen udgør af det samlede antal forebyggelige indlæggelser.

I de 18 måneder op til det tidspunkt, hvor de praktiserende læger blev tilknyttet interventionsplejecentrene, er der i alt 368 forebyggelige indlæggelser på de syv plejecentre. I de første 18 måneder efter, at lægerne blev fast tilknyttet interventionsplejecentrene, er antallet af indlæggelser faldet til 225. Dette svarer til en reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser på cirka 39 pct.. For de øvrige plejecentre er antallet af forebyggelige indlæggelser nogenlunde konstant fra før til efter interventionen, dog ser vi en lille stigning på 151 indlæggelser (knap 1 pct.).

For de øvrige plejecentre ændrer fordelingen af de forebyggelige indlæggelser på de 10 sygdomsgrupper sig ikke betydeligt fra før til efter interventionen. Vi finder, at andelen af knoglebrud og sygdomme i de nedre luftveje procentuelt er større fra før til efter på interventionsplejecentrene. Samtidig falder særligt andelen af de forebyggelige indlæggelser,

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -47 af 154

der skyldes blærebetændelse, forstoppelse og væskemangel. Tabel 3.2 giver altså en indikation på, at der er nogle sygdomsgrupper, der er lettere at forebygge end andre.

Overordnede temaer, der ofte rapporteres om i logbøger fra de ugentlige møder, er fx ernæring, motion, blodprøver, kosttilskud, medicinering, og hvornår man skal kontakte læge. Der fremgår også mere diagnosespecifikke temaer som diabetes, infektioner, balance (styrke og svimmelhed), KOL, demens, sår og obstipation. Der er altså ingen indikation på, at der fokuseres på enkelte sygdomsgrupper under de ugentlige møder. Lægerne og plejepersonalet diskuterer mange både brede og mere specifikke temaer under møderne.

Det ses yderligere i tabel 3.2, at langt størstedelen af de forebyggelige indlæggelser er fordelt på få sygdomsgrupper. Knoglebrud, sygdomme i nedre luftveje og væskemangel står både før og efter interventionen for cirka tre fjerdedele af alle de forebyggelige indlæggelser blandt plejecenterbeboerne. Knoglebrud omfatter frakturer af kranie, hals, ribben, rygsøjle, bækken, skulder, arm, hånd, ben og fod. Disse diagnoser stilles ofte i forbindelse med fald. Årsagerne til fald kan fx være svimmelhed forårsaget af væskemangel, og brud ses ofte for ældre mennesker ved fald fra stående eller siddende stilling. Dog er det ikke alle indlæggelser med knoglebrud, der kan forebygges (KL m.fl., 2010).

Nedre luftvejssygdomme omfatter en række beslægtede sygdomme i nedre luftveje, herunder akutte infektioner som for eksempel lungebetændelse, kroniske tilstande som kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og akut forværring af kroniske tilstande. Indlæggelser i denne sygdomsgruppe kan i nogen grad forebygges, da sygdommene i almindelighed vil kunne behandles af beboernes praktiserende læge.

Det samme gælder væskemangel, der alene omfatter dehydrering, som kan forebygges med væskeindtag. Ved tilstrækkelig forebyggende indsats burde beboere ikke blive indlagt med væskemangel (KL m.fl., 2010).

KARAKTERISTIKA ASSOCIERET MED EN FOREBYGGELIG INDLÆGGELSE

Der kan være flere forskellige faktorer, der har betydning for, hvor stor sandsynlighed den enkelte plejecenterbeboer har for at blive indlagt. For eksempel kan man forestille sig, at jo ældre beboeren er, og jo svagere

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -48 af 154

helbred beboeren har, jo større vil sandsynligheden være for, at der opstår en helbredssituation, som ender med en hospitalsindlæggelse.

TABEL 3.3

Beregnet sandsynlighed for en forebyggelig indlæggelse for alle plejecenterbeboere i Danmark (probit estimation). Præsenteret som marginale sandsynligheder.

<i>Beboer karakteristika</i>	Koefficient
Beboere, der har anvendt mere end 20 medicinske præparater i 2011	0,009 *** (0,001)
Beboere, der har været indlagt fire gange eller mere i 2011	0,007 *** (0,001)
Beboere i kontakt med lægevagten i juli 2012	0,009 *** (0,001)
Alder	0,0000753 ** (0,0000359)
Køn (mand = 1)	0,004 *** (0,001)
<i>Plejecenterstørrelse (reference er plejecentre med mere end 80 beboere)¹</i>	
20-39 beboere	0,001 (0,001)
40-79 beboere	0,000 (0,001)
Log-likelihood	-46.540,4
Forklaringsgrad	0,016

Anm.: Den afhængige variabel er defineret som lig med 1, hvis beboeren har haft mindst en forebyggelig indlæggelse om måneden. Hvis beboeren ikke har haft en forebyggelig indlæggelse er den afhængige variabel lig 0. Data er restrikeret til efter-perioden og er et poolt tværsnit. Analysen er baseret på 431.337 observationer. Standardfejl er clustret på plejecenterniveau og er vist i parentes. Signifikansniveau: * = $p > 0,1$, ** = $p > 0,05$, *** = $p > 0,001$. Modellen kontrollerer for kommune-fixed effects.

1. Plejecenterstørrelse er beregnet ud fra antal beboere, der boede på plejecenteret i juli 2012.

Kilde: SFI-data, registerdata og egne beregninger.

Det kan også være plejecenterkarakteristika, der har betydning for, om plejecenteret vælger at få indlagt en beboer eller ej. For eksempel kan det være, at plejecenterets personale er mindre erfarne eller har mindre viden om plejen af ældre, og de ældre derfor oftere bliver indlagt med forebyggelige sygdomme.

Vi undersøger sammenhænge mellem specifikke karakteristika og sandsynligheden for en forebyggelig indlæggelse. Det gør vi ved brug af en simpel ikke-lineær regressionsmodel, der kan estimere signifikante sammenhænge. I modellen medtager vi variable for plejecentrenes størrelse, beboernes køn, alder, medicinforbrug i 2011, antal indlæggelser i 2011 og kontakt med lægevagten i 2012 (dvs. før pilotprojektet). Da ef-

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -49 af 154

ter-perioden er den periode, vi forventer, at interventionen har effekt, har vi begrænset vores datagrundlag til kun at indeholde data for efterperioden. Dermed undersøger vi, hvilke karakteristika fra før-perioden der har en sammenhæng med sandsynligheden for en forebyggelig indlæggelse i efter-perioden.

I tabel 3.3 fremgår resultaterne fra regressionsmodellen. Vi ser, at det især er indikatorerne for beboernes helbred, der har en sammenhæng med, om beboerne indlægges med en forebyggelig indlæggelse. Alt andet lige, så stiger sandsynligheden for en forebyggelig indlæggelse, hvis beboeren i 2011 anvendte mere end 20 medicinske præparater. Dette er gældende, ligegyldigt om den enkelte person boede på plejecenter eller ej i 2011. Den samme stigning i sandsynligheden for en forebyggelig indlæggelse ser vi også for, om beboeren var i kontakt med lægevagten måneden før, lægerne blev fast tilknyttet interventionsplejecentrene. Hvis beboeren har haft kontakt med lægevagten, så stiger sandsynligheden alt andet lige for at blive indlagt med en forebyggelig indlæggelse. Også hvis beboeren har været indlagt fire gange eller mere i 2011, har beboeren en større sandsynlighed for en forebyggelig indlæggelse. Vi finder desuden også, at mænd har en større sandsynlighed for en forebyggelig indlæggelse end kvinder. Dog er forskellen meget lille, men stadig signifikant.

Den beskrivende statistik viste, at interventionsplejecentre i gennemsnit er meget større end den øvrige plejecenterpopulation, men plejecentrenes størrelse har tilsyneladende ingen betydning for sandsynligheden for en forebyggelig indlæggelse.

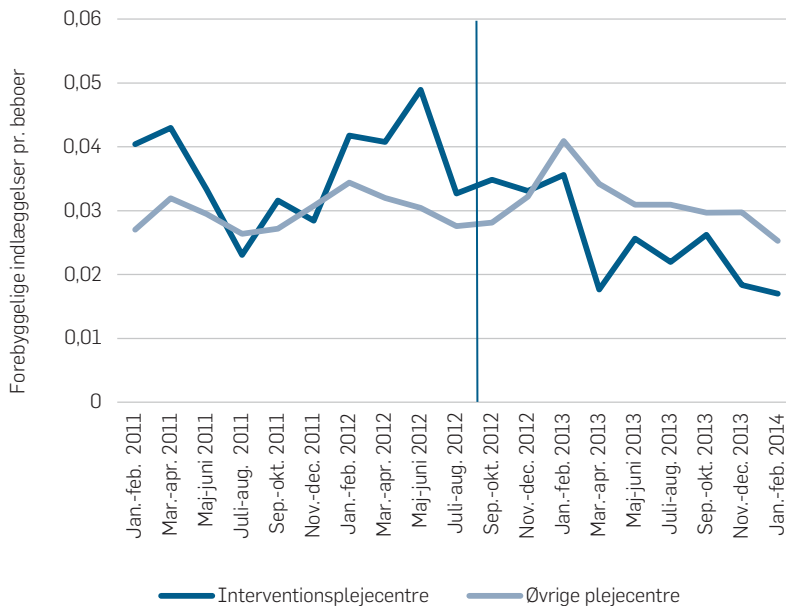
Man kan forestille sig, at plejecenterstørrelsen kan have betydning for, hvordan det at have en fast tilknyttet læge påvirker antallet af forebyggelige indlæggelser, da der vil være stor forskel i arbejdsbyrden for den fast tilknyttede læge, om der er 20 eller 150 beboere på det plejecenter, lægen tilknyttes.

FOREBYGGELIGE INDLÆGGELSER OVER TID

Nu vil vi fokusere på pilotprojektet og undersøge, om antallet af forebyggelige indlæggelser reduceres ved at tilknytte faste læger på plejecentrene.

FIGUR 3.1

To-måneders gennemsnit af antal forebyggelige indlæggelser pr. plejecenterbeboer. Særskilt for interventionsplejecentrene og øvrige plejecentre.



Anm.: Baseret på 41.952 beboere, der bor på de 927 plejecentre.

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

Vi kan observere antallet af forebyggelige indlæggelser fra januar 2011 og til og med august 2012 inden interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” starter. Denne periode kalder vi for før-perioden. Efter interventionsstart i september 2012 observerer vi plejecenterbeboerne til og med februar 2014, hvilket kaldes efter-perioden.

I figur 3.1 ses udviklingen i antallet af forebyggelige indlæggelser pr. plejecenterbeboer på interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre, opgjort som to-måneders gennemsnit. To-månedersgennemsnittet udjævner potentielle ekstreme månedsudsving i antallet af forebyggelige indlæggelser. Dette er særligt nødvendigt for interventionsplejecentrene, da der er væsentligt færre beboere på de syv interventionsplejecentre end på alle øvrige plejecentre i Danmark. Det mindre antal beboere gør, at gennemsnittet er mere følsomt overfor fx et influenza-udbrud eller madforgiftning på et enkelt plejecenter, hvorimod gennemsnittet for de øvrige plejecentre, der består af 920 plejecentre, ikke er

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -51 af 154

så følsomt over for, at enkelte plejecentre har måneder, hvor antallet af forebyggelige indlæggelser afviger fra det månedlige gennemsnit.

Som det ses i figuren, har de øvrige plejecentre en nogenlunde konstant udvikling i antallet af forebyggelige indlæggelser pr. beboer over både før- og efter-perioden. Derimod er der for interventionsplejecentrene et gennemsnitlig lavere niveau for forebyggelige indlæggelser i efter-perioden sammenlignet med før-perioden. Over det meste af før-perioden har interventionsplejecentrene flere forebyggelige indlæggelser pr. beboer end de øvrige plejecentre, hvorimod det modsatte gør sig gældende for efter-perioden. Niveauforskellene i før-perioden betyder ikke noget for effektanalysen, hvis bare de to grupper plejecentre følger den samme udvikling i de forebyggelige indlæggelser i før-perioden. Hvis interventionsplejecentrene derimod har en forskellig udvikling i de forebyggelige indlæggelser pr. beboer i før-perioden, fordi de deltagende kommuner har valgt at få fast tilknyttede læger til de plejecentre, der i forvejen var mest udfordrede i forhold til at forebygge indlæggelser, så er der tale om selvselektion, der potentielt kan skævvride vores resultater¹⁵.

Om den nedadgående trend for interventionsplejecentrene i antallet af forebyggelige indlæggelser pr. beboer, som vi ser i figur 3.1, skyldes, at interventionsplejecentrene har fået en fast tilknyttet læge, undersøger vi i den følgende effektanalyse.

EFFEKTEN AF AT HAVE EN FAST TILKNYTTET LÆGE

For at konkludere, at reduktionen i de forebyggelige indlæggelser på interventionsplejecentrene faktisk skyldes, at disse har fået en fast tilknyttet læge og ikke andre systematiske forskelle mellem interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre, skal der anvendes mere avancerede statistiske metoder. Derfor anvender vi en statistisk model, der kaldes difference-in-differences (jf. kap. 2). Modellen kan estimere forskellen mellem to grupper – her interventionsplejecentrenes og de øvrige plejecentres – udvikling af de forebyggelige indlæggelser over tid. Dermed er det forskellen i udviklingen, vi estimerer og ikke forskellen mellem det faktiske

15. Vi har lavet flere robusthedstjek for at teste effektanalysens følsomhed overfor den forskellige udvikling i andelen af forebyggelige indlæggelser mellem interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre, særligt i forhold til det store udsving på interventionsplejecentrene i perioden januar-juni 2012. Vi finder, at resultaterne af effektanalysen er robuste overfor forskelle i udviklingen i før-perioden.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -52 af 154

antal forebyggelige indlæggelser i hver af de to grupper af plejecentre. Det, vi undersøger, er, om udviklingen i de forebyggelige indlæggelser på interventionsplejecentrene udvikler sig anderledes, end den gør på de øvrige plejecentre som følge af interventionsplejecentrenes fast tilknyttede læger.

Udfaldsvariabelen for de forebyggelige indlæggelser til effektanalysen er defineret som en indikatorvariabel, der antager værdien 1, hvis en beboer har været indlagt mindst en gang med en forebyggelig indlæggelse i en given måned i perioden januar 2011- februar 2014.

TABEL 3.4

Effekten af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre". Baseret på difference-in-differences-modellen for perioden januar 2011 til februar 2014 på person- og månedsobservationer.

	Koefficient
Intervention (bor på interventionsplejecenter)	-0,017 *** (0,002)
Efter (måneder efter interventionsstart)	-0,005 *** (0,001)
Intervention x efter (bor på interventionsplejecenter efter interventionsstart)	-0,010 *** (0,003)
R^2 (forklaringsgrad)	0,01
Antal observationer	931.168
Plejecentre	927
Antal beboere	41.952

Anm.: Den afhængige variabel er defineret som lig med 1, hvis beboeren har haft mindst en forebyggelig indlæggelse om måneden. Hvis beboeren ikke har haft en forebyggelig indlæggelse, er den afhængige variabel lig 0. Signifikansniveau: * = $p > 0,1$, ** = $p > 0,05$, *** = $p > 0,001$. Der er i modellen kontrolleret for beboerens køn, alder, indlæggelser i 2011, medicinforbrug i 2011 og kontakt med lægevagten. Modellen er inklusive plejecenter- og måneds-fixed effects. Standardfejl er clustret på plejecenterniveau og er vist i parentes.

Kilde: SFI data, registerdata og egne beregninger.

Tabel 3.4 viser resultaterne for effektanalysen. Variabelen *intervention* er en indikatorvariabel for, om beboeren bor på et plejecenter med en fast tilknyttet læge, *efter* er en indikator for, om måneden er september 2012 eller derefter, hvor lægerne blev fast tilknyttet plejecentrene. Interaktionsledet mellem de to, *intervention*efter*, er derfor en indikator for, om beboeren bor på et plejecenter med fast tilknyttet læge, efter at lægen er startet på plejecentret. Det er koefficienten af dette interaktionsled, der

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -53 af 154

er effekten af at have en fast tilknyttet læge for beboerne på interventionsplejecentrene.

Vi finder, at antallet af forebyggelige indlæggelser er reduceret på interventionsplejecentrene efter, at interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” er iværksat. Antallet af forebyggelige indlæggelser reduceres med 1 procentpoint efter lægerne bliver fast tilknyttet interventionsplejecentrene sammenlignet med før-perioden.

BOKS 3.3

Omregning fra koefficient (procentpoint) til procentreduktion af de forebyggelige indlæggelser.

Koefficienterne præsenteret i tabel 3.4 er udtrykt som procentpoint. Det vil sige, at koefficienterne illustrerer reduktionen i andelen af beboere indlagt med en forebyggelig indlæggelse. I før-perioden var der i gennemsnit 3,6 procent af beboerne på interventionsplejecentrene, der var indlagt mindst en gang om måneden med en forebyggelig indlæggelse. Den 1-procentpoint-reduktion, vi har estimeret i tabel 3.4 er en reduktion i de 3,6 procent. Den procentvise reduktion kan derfor udregnes således:

$$\frac{1}{3,6} * 100 = 27,78$$

Dermed er den gennemsnitlige månedlige reduktion i andelen af beboere, der indlægges mindst en gang om måneden med en forebyggelig indlæggelse på cirka 28 procent sammenlignet med før-perioden.

For at omregne denne procentvise reduktion til et faktisk estimat over antal indlæggelser, de fast tilknyttede læger reducerer, skal vi kigge på antallet af forebyggelige indlæggelser i før-perioden. Over de 20 måneder før-perioden strækker sig over, var der 423 forebyggelige indlæggelser på interventionsplejecentrene. Dette svarer i gennemsnit til 21,15 forebyggelige indlæggelser om måneden:

$$\frac{423}{20} = 21,15$$

Vi har udregnet den månedlige gennemsnitlige effekt til at være en reduktion i de forebyggelige indlæggelser på 27,78 procent. Derfor kan det faktiske antal af forebyggelige indlæggelser, der reduceres, udregnes således:

$$21,15 * 0,2778 = 5,9$$

For at få antallet op på årlig basis ganger vi med 12 og får en årlig reduktion på:

$$5,9 * 12 = 70,8$$

Dermed reducerer interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” cirka 71 forebyggelige indlæggelser årligt på de syv interventionsplejecentre sammenlignet med før-perioden.

Koefficienten for indikatoren *intervention* fortæller os, at niveauet af forebyggelige indlæggelser samlet set over hele perioden fra januar 2011 til februar 2014 er lavere for interventionsplejecentrene end for den resterende plejecenterpopulation. Indikatoren *efter* har en negativ signifikant koefficient, hvilket betyder, at der er en generel faldende trend i de fore-

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -54 af 154

byggelige indlæggelser over tid for alle plejecentre i Danmark i den tidsperiode vi analyserer. Dette stemmer også overens med figur 3.1, hvor der også ses en nedadgående udvikling i de forebyggelige indlæggelser.

Effekten af at have en fast tilknyttet læge er negativ og signifikant. Det vil sige, at det at være beboer på et interventionsplejecenter reducerer sandsynligheden for en forebyggelig indlæggelse med 1 procentpoint. Som forklaret i boks 3.3 udregner vi den procentvise reduktion og antallet af forebyggelige indlæggelser, som de fast tilknyttede læger reducerer på de syv interventionsplejecentre. En 1-procentpoint-reduktion svarer til en reduktion på 28 pct. i andelen af beboere, der indlægges med en forebyggelig indlæggelse. En reduktion på 28 procent svarer til en reduktion på 71 forebyggelige indlæggelser om året for de syv interventionsplejecentre. Hvis effekten kan generaliseres til at gælde alle plejecentre i Danmark, vil det svare til en reduktion på knap 3.300 forebyggelige indlæggelser om året.

FIGUR 3.2

Effekten af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre" på antallet af forebyggelige indlæggelser.



Anm.: Illustration fra: http://www.flaticon.com/free-icon/person-sleeping-on-a-bed_8652.

Figur 3.2 illustrerer effekten af at have en fast tilknyttet læge på antallet af forebyggelige indlæggelser. En reduktion på 28 pct. svarer til, at der for hver tiende forebyggelige indlæggelse forebygges omkring tre indlæggelser på interventionsplejecentrene.

EFFEKTEN AF AT HAVE EN FAST TILKNYTTET LÆGE OVER TID

Interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre" har som beskrevet i kapitel 3 haft nogle implementeringsudfordringer, der kan have betydning for størrelsen af effekten. Interventionen var blandt andet først fuldt implementeret 6 måneder efter lægerne startede på plejecentrene (Weatherall m.fl., 2013). Samtidig er det vigtigt at undersøge, om effekten af at have en fast tilknyttet læge er vedvarende over tid. Derfor undersø-

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -55 af 154

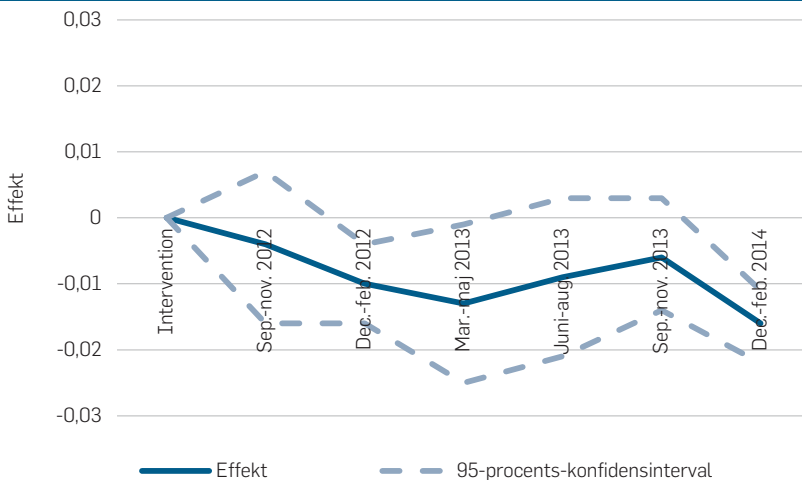
ger vi, hvordan effekten af interventionen udvikler sig i forhold til forebyggelige indlæggelser i kvartalerne efter interventionsstart. Dette kan undersøges ved at dele indikatoren *efter* op i mindre intervaller og lave samme effektanalyse som vist i tabel 3.4.

Vi estimerer en model, der er identisk med modellen præsenteret i tabel 3.4 på nær, at *efter*-indikatoren opdeles i seks kvartaler, der fordeles over antal kvartaler efter interventionsstart. Vi har data for halvandet år efter interventions opstart i september 2012. Det vil sige, at vi kan se, hvordan effekten af at bo på et plejecenter med en fast tilknyttet læge udvikler sig over det første halvandet år.

I figur 3.3 har vi illustreret udviklingen i effekten over hvert kvartal efter interventionsstart.

FIGUR 3.3

Effekten af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentrene" på forebyggelige indlæggelser fra september 2011 til februar 2014. Effektstørrelse og 95-procents-konfidensinterval.



Anm.: Den afhængige variabel er defineret som lig med 1, hvis beboeren har haft mindst en forebyggelig indlæggelse om måneden. Hvis beboeren ikke har haft en forebyggelig indlæggelse er den afhængige variabel lig 0. Baseret på 41.952 beboere på de 927 plejecentre i Danmark. Der er i modellen kontrolleret for beboerens køn, alder og medicinforbrug i 2011. Modellen er inklusive plejecenter-fixed effects. Standardfejl er clustret på plejecenterniveau.

Kilde: SFI data, registerdata og egne beregninger.

Effekten ses i figur 3.3 som den mørkeblå linje. Konfidensintervallet er de to stiplede linjer, og de viser, om effekten er signifikant i de enkelte

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -56 af 154

kvartaler.¹⁶ Effekten for et pågældende kvartal er signifikant, når begge stiplede linjer enten ligger over eller under nul. Da effekten estimeres til at være negativ over alle seks kvartaler, gælder det, at effekten er signifikant i de kvartaler, hvor begge stiplede linjer er mindre end nul. Det er tilfældet i andet, tredje og sjette kvartal, efter lægerne blev fast tilknyttet plejecentrene i september 2012.

Som beskrevet i kapitel 1 har det taget omkring 6 måneder at få interventionen fuldt implementeret på plejecentrene. Det kommer også til udtryk i figur 3.3, da der ikke er nogen effekt af at have en fast tilknyttet læge i det første kvartal efter interventionsstart. Det kan være en indikation på, at det tager tid for lægerne at lære den store gruppe nye patienter at kende. Desuden tager det også tid at opbygge en god relation mellem lægen og plejepersonalet og at få de ugentlige møder til at give størst muligt afkast. Både lægerne og plejepersonalet rapporterer om, at de brugte meget tid på beboergennemgange i den første tid, hvorfor de egentlige vejlednings- og læringsforløb af plejepersonalet for enkelte plejecentre først startede cirka 6 måneder efter interventionsstart. Til trods for at interventionen ikke er fuldt implementeret før 6 måneder efter, ser vi allerede en signifikant effekt af at have en fast tilknyttet læge i andet kvartal efter interventionsstart. Effekten er derfor også som forventeligt større i tredje kvartal, hvor interventionen er fuldt implementeret.

Vi finder dog, at effekten ikke er vedvarende over alle kvartaler, da den ikke er signifikant i fjerde og femte kvartal. Effekten er ikke bare en kortvarig effekt over andet og tredje kvartal, da vi igen i sjette kvartal finder en signifikant effekt. Det tyder derfor på, at effekten er langvarig, da vi halvandet år efter, lægerne blev tilknyttet plejecentrene stadig ser, at de signifikant nedbringer antallet af forebyggelige indlæggelser. Plejepersonalet på flere plejecentre bekræfter også i interviewene, at de føler, der er sket et markant fald i de forebyggelige indlæggelser på grund af det forbedrede samarbejde med lægen og efteruddannelsen, der er foregået på samarbejds møderne. Hvordan effekten udvikler sig på længere sigt, er det desværre ikke muligt for os at undersøge.

Hovedantagelsen for, at vi kan sammenligne interventionsplejecentrene med øvrige plejecentre i effektanalysen, er, at interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre skal have samme udvikling i de forebyggelige indlæggelser i før-perioden, når vi kontrollerer for forskelle i de observerbare karakteristika. Vi har testet denne antagelse ved en placebo-

16. På et 5 procents-signifikansniveau.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -57 af 154

test i bilag 4. Testen viser, at plejecentrene er sammenlignelige i førperioden, og effektanalysen er derfor mulig.

OPSAMLING

- Der er en sammenhæng mellem beboernes initiale helbred og sandsynligheden for en forebyggelig indlæggelse.
- Ved at have en fast tilknyttet læge reducerer de syv interventionsplejecentre andelen af beboere, der indlægges med forebyggelige indlæggelser med knap 28 pct.
- Effekten af en fast tilknyttet læge kan omregnes til, at der forekommer 71 færre forebyggelige indlæggelser om året for interventionsplejecentrene og knap 3.300 færre forebyggelige indlæggelser, hvis vi overfører effekten til den øvrige plejecenter-population.
- Vi finder en signifikant effekt i sjette kvartal, efter lægerne blev fast tilknyttet, hvilket er en indikation på, at effekten er langvarig. Det er dog ikke muligt at undersøge dette nærmere.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt
Bilag 1 - Side -58 af 154

GENINDLÆGGELSER

Genindlæggelser er ligesom de forebyggelige indlæggelser et godt mål for at undersøge, om fast tilknyttede læger har en gavnlig effekt på beboernes helbred. Vi undersøger derfor, om de fast tilknyttede læger nedbringer antallet af genindlæggelser. Først vil vi kort opsummere, hvad en genindlæggelse er og vise, hvilke personlige karakteristika og plejecenterkarakteristika der ses at påvirke sandsynligheden for en genindlæggelse. Dernæst viser vi udviklingen i genindlæggelserne over tid og afslutningsvist præsenterer vi resultaterne for effektanalysen af.

BOKS 4.1

Datagrundlag for effektanalyse af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre" på antallet af genindlæggelser.

Datagrundlaget består af alle danske plejecenterbeboere, der er 65 år eller ældre og bor på et plejecenter med mere end 20 beboere:

- 7 interventionsplejecentre. I alt 873 beboere
- 920 øvrige plejecentre. I alt 41.079 beboere

I alt 927 plejecentre med 41.952 beboere over perioden januar 2011-februar 2014.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -60 af 154

Datagrundlaget, der anvendes i dette kapitel, er det samme som i det forgående og indeholder alle danske plejecentre med mere end 20 beboere, som forklaret i boks 4.1.

GENINDLÆGGELSER

En genindlæggelse betragtes ofte som et udtryk for et u hensigtsmæssigt forløb, og den kan skyldes mangler i plejen før, under og efter en indlæggelse. Dog kan genindlæggelser ikke altid betegnes som u hensigtsmæssige, da de også kan skyldes en forværring i en kronisk sygdom (KL m.fl., 2013). I den følgende præsentation af vores resultater af effekten af fast tilknyttede læger på antallet af genindlæggelser, skal man være opmærksom på, at det er overhyppigheden af genindlæggelser, der kan nedbringes, men selvfølgelig ikke alle typer genindlæggelser.

Vi har defineret målet for genindlæggelser på baggrund af rapporten fra KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi – og Indenrigsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse *Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser* fra 2013 (se boks 4.2).

BOKS 4.2

Definition af genindlæggelser.

Genindlæggelser er akutte indlæggelser, der finder sted inden for 30 dage efter udskrivning fra hospitalet, uanset på hvilket hospital genindlæggelsen finder sted.

Genindlæggelser som følge af en ulykke eller kræftsygdom ekskluderes, da de formodes ikke at kunne forebygges.

Kilde: KL m.fl., 2013.

Vi definerer indlæggelsen som en genindlæggelse, hvis den samme beboer indlægges igen inden 30 dage efter udskrivelse, ligegyldigt om det er en anden diagnose, beboeren indlægges med.

Tabel 4.1 viser, hvor mange genindlæggelser der er ud af det samlede antal akutte somatiske indlæggelser. Der er for alle indlæggelser i perioden januar 2011 til og med februar 2014 cirka 21 pct., der er genindlæggelser. For interventionsplejecentrene er dette tal væsentligt højere. Der er 24 pct. af alle indlæggelser blandt beboerne, som kan karakterise-

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -61 af 154

res som en genindlæggelse. Hvilket kan betyde, at interventionsplejecentrene kan være en selekteret gruppe af plejecentre, som det er vigtigt at være opmærksom, når resultaterne fra effektanalysen generaliseres i business casen i kapitel 10.

TABEL 4.1

Antal indlæggelser og genindlæggelser samt andelen af alle indlæggelser, der er genindlæggelser. Særskilt for interventionsplejecentre og øvrige plejecentre i Danmark. Antal og procent.

	Interventionsplejecentre	Øvrige plejecentre	Total
Indlæggelser, antal	3.319	153.307	156.626
Genindlæggelser, antal	809	32.024	32.833
Andel genindlæggelser pct.	24,37	20,89	20,96

Anm. Baseret på 41.952 beboere, der bor på de 927 plejecentre i Danmark, der har mere end 20 beboere.

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

KARAKTERISTIKA ASSOCIERET MED EN GENINDLÆGGELSE

Tabel 4.2 viser, hvilke person- og plejecenterkarakteristika der har en signifikant betydning for, om en beboer bliver genindlagt. Vi beregner marginale sandsynligheder på baggrund af en probit estimation.

Ligesom for de forebyggelige indlæggelser er der en statistisk sammenhæng mellem medicinforbrug i 2011 og at blive genindlagt i efter-perioden. Hvis en beboer tilhører de 25 pct. ældre, der fik mere end 20 medicinske præparater i 2011, har beboeren en signifikant højere sandsynlighed for at blive genindlagt. Det samme gør sig gældende for kontakt med lægevagten måneden før, lægerne blev fast tilknyttet interventionsplejecentrene, og hvis beboeren er en mand. Desuden ses alder også at have en signifikant negativ indvirkning på at blive genindlagt. Det vil sige, jo ældre en beboer er, jo mindre sandsynlighed er der for, at beboeren bliver genindlagt i efter-perioden. Derimod ses indlæggelser i 2011 ikke at have nogen sammenhæng med sandsynligheden for at blive genindlagt. Ligeledes gælder det samme også for plejecenterstørrelsen, som heller ikke ses at have en sammenhæng med sandsynligheden for en genindlæggelse.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -62 af 154

TABEL 4.2

Beregnet sandsynlighed for en genindlæggelse for alle plejecenterbeboere i Danmark (probit estimation). Præsenteret som marginale sandsynligheder.

Beboerkaraktéristika

Beboere, der anvender mere end 20 medicinske præparater i 2011	0,007 *** (0,001)
Beboere, der har været indlagt fire gange eller mere i 2011	0,001 (0,001)
Beboere, der har været i kontakt med lægevagten i juli 2012	0,007 *** (0,001)
Alder	-0,0002392 *** (0,0000339)
Køn (mand = 1)	0,008 *** (0,001)
<i>Plejecenter størrelse (reference er plejecentre med mere end 80 beboere)¹</i>	
20-39 beboere	0,001 (0,001)
40-79 beboere	0,001 (0,001)
Log-likelihood	-41.285,55
Adjusted R ² (forklaringsgrad)	0,022

Anm.: Den afhængige variabel er defineret som lig med 1, hvis beboeren har haft mindst en genindlæggelse om måneden.

Hvis beboeren ikke har haft en genindlæggelse, er den afhængige variabel lig 0. Data er begrænset til efter-perioden og er et poolt tværsnit. Analysen er baseret på 431.337 observationer. Standardfejl er clustret på plejecenterniveau og er vist i parentes. Signifikansniveau: * = $p > 0,1$, ** = $p > 0,05$, *** = $p > 0,001$. Modellen kontrollerer for kommune-fixed effects.

1. Plejecenterstørrelse er beregnet ud fra antal beboere, der boede på plejecenteret i juli 2012.

Kilde: SFI-data, registerdata og egne beregninger.

Hvis en beboer tilhører de 25 pct. ældre, der fik mere end 20 medicinske præparater i 2011, har beboeren en signifikant højere sandsynlighed for at blive genindlagt. Det samme gør sig gældende for kontakt med lægevagten måneden før, lægerne blev fast tilknyttet interventionsplejecentrene, og hvis beboeren er en mand. Desuden ses alder også at have en signifikant negativ indvirkning på at blive genindlagt. Det vil sige, jo ældre en beboer er, jo mindre sandsynlighed er der for, at beboeren bliver genindlagt i efter-perioden.

Derimod ses indlæggelser i 2011 ikke at have nogen sammenhæng med sandsynligheden for at blive genindlagt.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -63 af 154

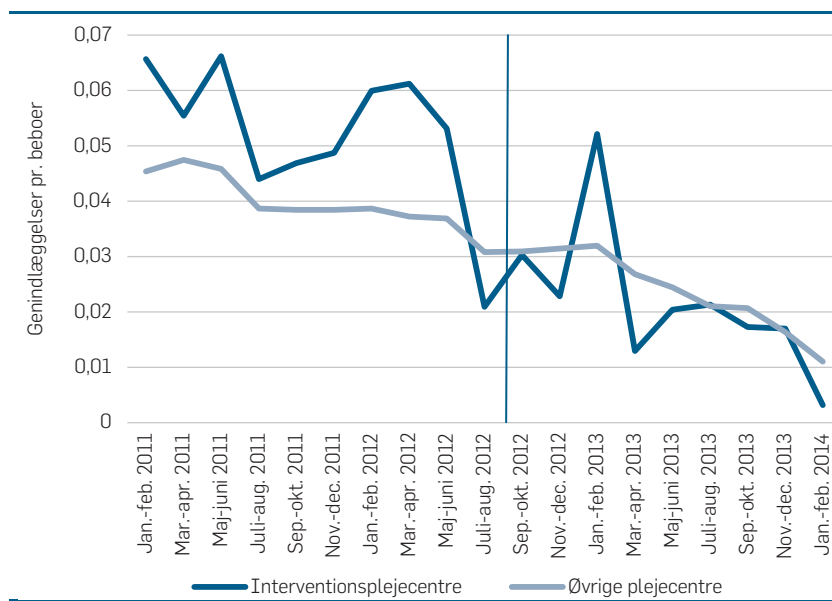
Ligeledes gælder det samme også for plejecenterstørrelsen, som heller ikke ses at have en sammenhæng med sandsynligheden for en genindlæggelse.

GENINDLÆGGELSER OVER TID

Ligesom i foregående kapitel om de forebyggelige indlæggelser vil vi også her vise udviklingen i antallet af genindlæggelser pr. beboer på henholdsvis interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre. I figur 4.1 vises udviklingen i genindlæggelser for de to grupper af plejecentre.

FIGUR 4.1

To-måneders gennemsnit af antal genindlæggelser pr. plejecenterbeboer. Særligt for interventionsplejecentre og øvrige plejecentre i Danmark.



Anm.: Baseret på 41.952 beboere, der bor på de 927 plejecentre i Danmark, der har mere end 20 beboere.

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

Både for interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre er der en faldende tendens i antallet af genindlæggelser pr. beboer over hele perioden. Igen ses gennemsnittet for interventionsplejecentrene at være mere følsomt over for måneder, hvor antallet af genindlæggelser falder uden for gennemsnittet. Dog fremgår det klart, at interventionsplejecentrene

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -64 af 154

har flere genindlæggelser pr. beboer over hele før-perioden sammenlignet med de øvrige plejecentre. Fra omkring september 2012, hvor lægerne fast tilknyttede interventionsplejecentrene og over hele efter-perioden er antallet af genindlæggelser pr. beboer på interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre stort set ens. Om dele af denne nedadgående trend skyldes, at interventionsplejecentrene har fået fast tilknyttet en læge, er det centrale spørgsmål for effektanalysen.

EFFEKTEN AF AT HAVE EN FAST TILKNYTTET LÆGE

Effekten af at have en fast tilknyttet læge på plejecentrene på antallet af genindlæggelser vises i tabel 4.3. Resultaterne er ligeledes estimeret på baggrund af den anvendte difference-in-difference-metode gennemgået i kapitel 2 og er identisk med det foregående kapitels effektanalyse for de forebyggelige indlæggelser.

At have en fast tilknyttet læge på plejecentrene viser sig at reducere sandsynligheden for en genindlæggelse med 1,4 procentpoint. Analysen viser desuden, at koefficienten for indikatoren *intervention* er negativ og signifikant. Dette indikerer, at niveauet af genindlæggelser er lavere for interventionsplejecentrene end for de øvrige plejecentre over hele perioden. Indikatoren *efter* har en negativ signifikant effekt, hvilket signalerer, at der er en generel faldende trend i genindlæggelser over tid. Disse resultater stemmer overens med illustrationen af udviklingen i genindlæggelserne pr. beboer i figur 4.1.

Vi finder en signifikant effekt af at have en fast tilknyttet læge på sandsynligheden for at blive genindlagt. Sandsynligheden reduceres med 1,4 procentpoint. Vi anvender metoden beskrevet i boks 3.3 til at omregne effekten til den procentvise reduktion og antallet af genindlæggelser, der reduceres. En reduktion på 1,4 procentpoint svarer til en 27 pct. reduktion i andelen af beboere, der genindlægges. Effekten på en reduktion på 27 pct. svarer til en reduktion på 100 genindlæggelser om året for de syv interventionsplejecentre.

Hvis effekten kan generaliseres til alle plejecentre i Danmark, så vil de fast tilknyttede læger kunne reducere næsten 4.800 genindlæggelser om året sammenlignet med niveauet af genindlæggelser for før-perioden.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -65 af 154

TABEL 4.3

Effekten af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre". Baseret på difference-in-differences model for perioden januar 2011 til februar 2014 på indvid- og månedsobservationer.

	Koefficient
Intervention (bor på interventionsplejecenter)	-0,010*** (0,001)
Efter (måneder efter interventionsstart)	-0,032*** (0,001)
Intervention x efter (bor på interventionsplejecenter efter interventionsstart)	-0,014*** (0,003)
R^2 (forklaringsgrad)	0,02
Antal observationer	931.168
Plejecentre	927
Antal beboere	41.952

Anm.: Den afhængige variabel er defineret som lig med 1, hvis beboeren har haft mindst en genindlæggelse om måneden. Hvis beboeren ikke har haft en genindlæggelse, er den afhængige variabel lig 0. Signifikansniveau: * = $p > 0,1$, ** = $p > 0,05$, *** = $p > 0,001$. Der er i modellen kontrolleret for beboerens køn, alder, indlæggelser i 2011, medicinforbrug i 2011 og kontakt med lægevagten. Modellen er inklusive plejecenter- og måneds-fixed effects. Standardfejle er clustret på plejecenterniveau og er vist i parentes.

Kilde: SFI- data, registerdata og egne beregninger.

Figur 4.2 illustrerer reduktionen af genindlæggelser ved at have en fast tilknyttet læge på plejecentrene. For hver tiende genindlæggelser har de fast tilknyttede læger på plejecentrene reduceret knap tre genindlæggelser (27 pct.) sammenlignet med før, lægerne blev tilknyttet.

FIGUR 4.2

Effekten af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre" på antallet af genindlæggelser.



Kilde: Illustration fra: http://www.flaticon.com/free-icon/person-sleeping-on-a-bed_8652.

EFFEKTEN AF AT HAVE EN FAST TILKNYTTET LÆGE OVER TID

Det er også relevant for effekten på genindlæggelserne at undersøge udviklingen over tid. Det gør vi på samme måde, som vi gjorde i foregående kapitel om de forebyggelige indlæggelser. Der fandt vi, at implemente-

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -66 af 154

ringen af interventionen gjorde, at der først i andet kvartal, efter at lægerne blev tilknyttet interventionsplejecentrene, fandtes en effekt. Derudover var effekten heller ikke vedvarende over alle kvartaler, men tre ud af seks kvartaler viste signifikant effekt af at have en fast tilknyttet læge. I figur 4.3 viser vi samme analyse af effekten på genindlæggelser over tid.

Vi ser, at der i alle seks kvartaler, efter at lægerne blev tilknyttet plejecentrene, er en signifikant effekt på antallet af genindlæggelser. Effekten er større i tredje kvartal end i de to første, hvilket kan tyde på, at implementeringsperioden også påvirker effekten på genindlæggelserne, men dog er der allerede for de første to kvartaler efter interventionsstart en signifikant effekt. At der umiddelbart efter, at lægen blev ansat på interventionsplejecentrene, er en effekt af at have en fast tilknyttet læge på genindlæggelserne og ikke på de forebyggelige indlæggelser, kan skyldes, at plejepersonalet og lægerne er mere opmærksomme på de beboere, der netop har været indlagt. Der er med tilknytningen af de faste læger kommet et skærpet fokus på beboernes indlæggelser, herunder hvorvidt de er forebyggelige eller uhensigtsmæssige. På flere plejecentre er det et punkt på de ugentlige møder med lægen. En medarbejder udtrykker således:

Vi har det simpelthen som et fast punkt på programmet, at vi lige drøfter de indlæggelser, der har været siden sidst [sidste møde], hvis der har været nogle. Og så snakker vi i fællesskab med lægen om, hvorvidt indlæggelsen var nødvendig, eller om vi kunne have handlet anderledes og have undgået den.

De beboere, der har været indlagt, og derfor er i risikogruppen for en genindlæggelse bliver altså diskuteret på flere af interventionsplejecentrene under de ugentlige møder.

Figur 4.3 viser yderligere, at effekten på genindlæggelser er vedvarende over hele det halvandet år, vi observerer plejecentrene efter interventionsstart. Dette tyder på, at effekten ikke blot skyldes en midlertidig nyhedsværdi af interventionen og det faktum, at både plejepersonale og de praktiserende læger er meget positivt stemte over for interventionen, men faktisk skyldes, at der er en reel effekt af, at plejecentrene har et tættere samarbejde med de praktiserende læger, og at lægerne fysisk befinder sig på plejecentrene flere timer om ugen.

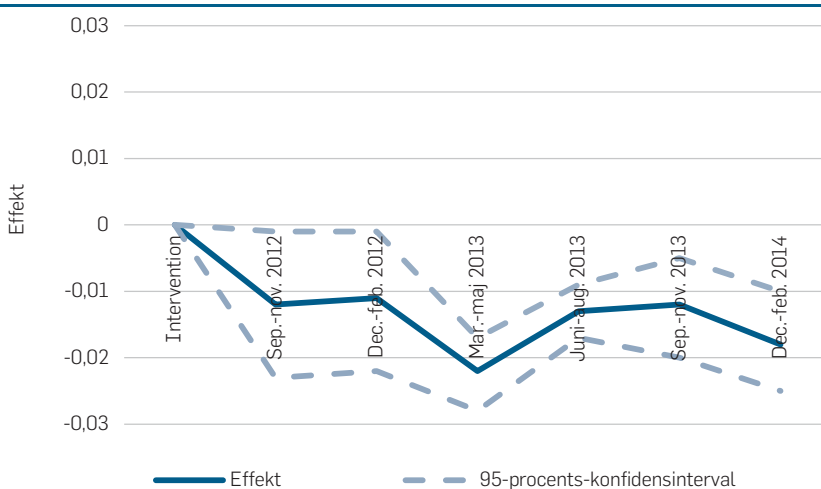
Hovedantagelsen for, at vi kan sammenligne interventionsplejecentrene med øvrige plejecentre i effektanalysen er, at interventionspleje-

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -67 af 154

centrene og de øvrige plejecentre skal have samme udvikling i genindlæggelser i før-perioden, når vi kontrollerer for forskelle i de observerbare karakteristika. Vi har testet denne antagelse ved en placebo-test i bilag 4. Testen viser, at plejecentrene er sammenlignelige i før-perioden, og effektanalysen er derfor mulig.

FIGUR 4.3

Effekten af interventionen "Fast tilknyttede læger på interventionsplejecentre" på genindlæggelser fra september 2011 til februar 2014. Effektstørrelse og 95-procents-konfidensinterval.



Anm.: Den afhængige variabel er defineret som lig med 1, hvis beboeren har haft mindst en genindlæggelse om måneden. Hvis beboeren ikke har haft en genindlæggelse, er den afhængige variabel lig 0. Baseret på 41.952 beboere, der bor på de 927 plejecentre i Danmark, der har mere end 20 beboere. Der er i modellen kontrolleret for beboerens køn, alder, indlæggelser i 2011, medicinforbrug i 2011 og kontakt med lægevagten. Modellen er inklusive plejecenter-fixed-effects. Standardfejl er clustret på plejecenterniveau.

Kilde: SFI data, registerdata og egne beregninger.

OPSAMLING

- Der er en sammenhæng mellem beboernes initiale helbred og sandsynligheden for genindlæggelse.
- Ved at have en fast tilknyttet læge har de syv interventionsplejecentre reduceret andelen af beboere, der genindlægges med 27 pct. sammenlignet med før.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -68 af 154

- Effekten af at have en fast tilknyttet læge er vedvarende og signifikant i alle seks kvartaler, efter lægerne blev fast tilknyttet interventionsplejecentrene. Hvordan effekten udvikler sig på længere sigt, er desværre ikke muligt at undersøge på nuværende tidspunkt.

KORTTIDSINDLÆGGELSER

Korttidsindlæggelser i kombination med de to øvrige typer indlæggelser (forbyggelige og genindlæggelser) kan give et billede af, hvor alvorligt sygdommen indlagte beboer er, og dermed i hvilket omfang plejecentret reelt har haft mulighed for at forebygge indlæggelsen. Det er fx forventeligt, at plejepersonalet ikke i samme grad har mulighed for at forebygge, at en beboer med lungecancer indlægges – og indlægges i længere tid.

BOKS 5.1

Datagrundlag for effektanalyse af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre" på antallet af korttidsindlæggelser.

Datagrundlaget består af alle danske plejecenterbeboere, der er 65 år eller ældre og bor på et plejecenter med mere end 20 beboere:

- 7 interventionsplejecentre. I alt 873 beboere
- 920 øvrige plejecentre. I alt 41.079 beboere

I alt 927 plejecentre med 41.952 beboere over perioden januar 2011-februar 2014.

Omfanget af korttidsindlæggelser er dermed også med til at illustrere, i hvilket omfang der er tale om en indlæggelse, der kunne have været forebygget.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -70 af 154

Datagrundlaget, der anvendes til alle både deskriptive og statistiske analyser i dette kapitel, er beskrevet i boks 5.1. Vi ser på alle danske plejecenterbeboere ældre end 65 år, som bor på et plejecenter med mere end 20 beboere i perioden fra januar 2011 til og med februar 2014.

KORTTIDSINDLÆGGELSER

Vi definerer korttidsindlæggelser som indlæggelser, hvor udskrivning finder sted samme dag eller dagen efter indlæggelse (se boks 5.2). Definitionen af korttidsindlæggelserne kommer fra rapporten af KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse *Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser* fra 2013.

BOKS 5.2

Definition af korttidsindlæggelse

Korttidsindlæggelser er akutte, medicinske indlæggelser, hvor patienten udskrives samme dag eller dagen efter indlæggelse. På grund af længden af indlæggelsen antages denne type indlæggelse at omfatte en patientgruppe med forholdsvis ukomplicerede behandlingsforløb, der potentielt kunne have været forebygget.

Kilde: KL m.fl., 2013.

Ligesom for de forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser er det også for korttidsindlæggelser vigtigt at pointere, at det ikke er alle korttidsindlæggelser, der er uhensigtsmæssige og kan forebygges. Men det vurderes, at der for de tre typer indlæggelser er et større potentiale for forebyggelse end for andre akutte indlæggelser (KL m.fl., 2013).

Tabel 5.1 viser antallet af indlæggelser og korttidsindlæggelser for alle plejecenterbeboere ældre end 65 år, der bor på et plejecenter med mere end 20 beboere i perioden januar 2011 til og med februar 2014.

Som det fremgår af tabel 5.1 er det næsten 60 pct. af plejecenterbeboernes indlæggelser, der er defineret som korttidsindlæggelser.

Der er altså væsentlig flere korttidsindlæggelser end både genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser. De tre indlæggelsestyper kan dog godt overlape hinanden, hvilket vil sige, at der kan være en korttidsindlæggelse indenfor en af de ti forebyggelige sygdomsgrupper præsenteret i kapitel 3. Yderligere kan en korttidsindlæggelse også være en genindlæg-

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -71 af 154

gelse. Vi har dog valgt at se på de tre typer indlæggelser hver for sig og ser bort fra, at en forebyggelig indlæggelse fx også godt kan være en genindlæggelse eller en indlæggelse af kortere varighed og derfor også være defineret som en korttidsindlæggelse.

TABEL 5.1

Antal indlæggelser, antal korttidsindlæggelser og andelen af alle indlæggelser, der er korttidsindlæggelser. Særskilt for interventionsplejecentre og øvrige plejecentre i Danmark. Antal og procent.

	Interventionsplejecentre	Øvrige plejecentre	Total
Indlæggelser, antal	3.319	153.307	156.626
Korttidsindlæggelser, antal	1.756	91.959	93.715
Andel korttidsindlæggelser, pct.	52,91	59,98	59,83

Anm. Baseret på 41.952 beboere på de 927 plejecentre i Danmark.

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

Det er værd at bemærke, at der er 7 pct. færre korttidsindlæggelser på interventionsplejecentrene end på de øvrige plejecentre. Omkring 53 pct. af alle indlæggelser af beboerne på interventionsplejecentrene er korttidsindlæggelser, hvorimod det på de øvrige plejecentre er 60 pct. Dette er modsat de forebyggelige indlæggelser og genindlæggelserne, hvor interventionsplejecentrene har en større andel sammenlignet med de øvrige danske plejecentre. Vi kan ikke sige noget om, hvorfor der er forskelle i antallet af indlæggelser mellem interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre. Forskellen kunne skyldes, at interventionsplejecentrene generelt er større, og det derfor kan være sværere for plejepersonalet at kommunikere med de mange læger, der er tilknyttet de forskellige beboere, og derfor ender en helbredsmæssig forværring i en korttidsindlæggelse.

KARAKTERISTIKA ASSOCIERET MED EN KORTTIDSINDLÆGGELSE

Ligesom i de to foregående kapitler vil vi også for korttidsindlæggelser undersøge, hvilke plejecenter- og beboer karakteristika der ses at have en sammenhæng med, om beboeren korttidsindlægges. Resultaterne ses i tabel 5.2, og i det følgende fremhæver vi nogle af de centrale resultater.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -72 af 154

TABEL 5.2

Beregnet sandsynlighed for en korttidsindlæggelse for alle plejecenterbeboere i Danmark (probit estimation). Præsenteret som marginale sandsynligheder.

Beboerkarakteristika

Beboere, der anvender mere end 20 medicinske præparater i 2011	0,017 *** 0,001
Beboere, der har været indlagt fire gange eller mere i 2011	0,029 *** 0,001
Beboere i kontakt med lægevagten i juli 2012	0,027 *** 0,002
Alder	-0,0003435 *** 0,0000681
Køn (mand=1)	0,015 *** 0,001
<i>Plejecenter størrelse (reference er plejecentre med mere end 80 beboere)¹</i>	
20-39 beboere	-0,001 0,003
40-79 beboere	-0,001 0,003
Log-likelihood	-108.802
Observationer	431.377
Adjusted R ² (forklaringsgrad)	0,017

Anm.: Den afhængige variabel er defineret som lig med 1, hvis beboeren har haft mindst en korttidsindlæggelse om måneden. Hvis beboeren ikke har haft en korttidsindlæggelse, er den afhængige variabel lig 0. Data er begrænset til efterperioden og er et poolt tværsnit. Analyserne er baseret på 431.377 observationer. Standardfejl er clustret på plejecenterniveau og er vist i parentes. Signifikansniveau: * = $p > 0,1$, ** = $p > 0,05$, *** = $p > 0,001$. Modellen kontrollerer for kommune-fixed effects.

1. Plejecenterstørrelse er beregnet ud fra antal beboere, der boede på plejecenteret i juli 2012.

Kilde: SFI-data, registerdata og egne beregninger.

For korttidsindlæggelserne ses beboernes helbred i 2011 også at have en sammenhæng med sandsynligheden for en korttidsindlæggelse i efterperioden. Hvis alle andre karakteristika i modellen er fastholdt for plejecenterbeboerne, finder vi, at sandsynligheden for en korttidsindlæggelse stiger med 1,7 procentpoint, hvis beboeren fik mere end 20 medicinske præparater i 2011. Hvis beboeren var indlagt fire gange eller flere i 2011, stiger sandsynligheden med 2,9 pct., og i samme størrelsesforhold påvirkes sandsynligheden, hvis beboeren havde kontakt med lægevagten i juli 2012 (2,7 procentpoint).

Andre beboerkarakteristika såsom alder og køn har også en signifikant sammenhæng med sandsynligheden for at blive korttidsindlagt, dog påvirkes sandsynligheden mindre – kun for køn er størrelsen betrag-

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -73 af 154

telig, sandsynligheden for at blive indlagt med en korttidsindlæggelse er, alt andet lige, 1,5 procentpoint større for mænd end kvinder. Dette stemmer overens med Statens Institut for Folkesundheds afdækning af kønsforskelle på sygdomsområder (2004), som viser, at ældre mænd overordnet er mere på hospitalet.

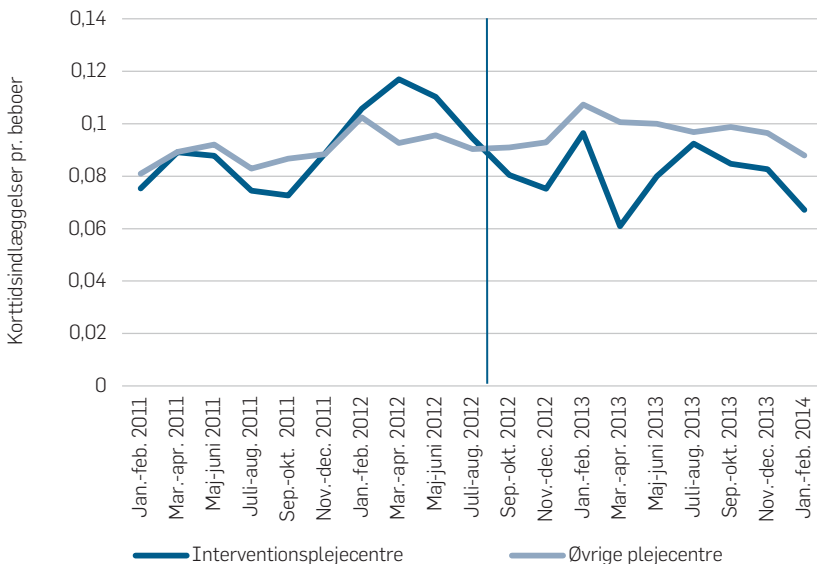
Plejecenterstørrelse ses ikke at have nogen sammenhæng med sandsynligheden for en korttidsindlæggelse.

KORTTIDSINDLÆGGELSER OVER TID

Vi ser på korttidsindlæggelserne pr. plejecenterbeboer på henholdsvis interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre i figur 5.1.

FIGUR 5.1

To-måneders gennemsnit af antal korttidsindlæggelser pr. plejecenterbeboer. Særskilt for interventionsplejecentrene og øvrige plejecentre i Danmark.



Anm.: Baseret på 41.952 beboere på de 927 plejecentre i Danmark.

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

Vi har ligesom for de forebyggelige indlæggelser og genindlæggelserne valgt at præsentere udviklingen som to-måneders gennemsnit for at fjer-

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -74 af 154

ne nogle af de midlertidige udsving for specielt beboere på interventionsplejecentre. De store udsving i korttidsindlæggelser skal lige som for både de forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser tilskrives, at antallet af beboere er relativt lavt på interventionsplejecentrene, og derfor vil det månedlige gennemsnit af korttidsindlæggelser pr. beboer være følsomt over for, at blot et enkelt plejecenter afviger, og en enkelt måned har et meget højt eller meget lavt antal korttidsindlæggelser.

Udviklingen i antallet af korttidsindlæggelser pr. beboer ses både for interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre at være forholdsvis stabilt over både før- og efter-perioden. Bemærkelsesværdigt er dog, at for hele efter-perioden er der færre korttidsindlæggelser pr. beboer på interventionsplejecentrene end på de øvrige plejecentre. Vi vil i det følgende undersøge, om det skyldes, at interventionsplejecentrene har fast tilknyttede læger.

EFFEKTEN AF AT HAVE EN FAST TILKNYTTET LÆGE

Tabel 5.3 viser resultaterne af effektanalysen af interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”. Resultaterne i tabel 5.3 viser, at effekten af at have en fast tilknyttet læge på plejecenteret på sandsynligheden for en korttidsindlæggelse er en reduktion på 1,3 procentpoint.

For indikatorvariablen *intervention*, der indikerer om plejecenteret er et interventionsplejecenter eller ej, finder vi en signifikant negativ effekt. Det vil sige, at der ses et signifikant lavere niveau af korttidsindlæggelser på interventionsplejecentrene samlet set over de 38 måneder.

For variabelen *efter*, der indikerer, om vi befinder os før eller efter, at lægerne startede som fast tilknyttede læger på interventionsplejecentrene, ser vi en lille negativ effekt. Effekten indikerer, at der generelt er en lille signifikant nedadgående trend i antallet af korttidsindlæggelser for alle danske plejecentre.

Koefficienten for interaktionsleddet mellem de to indikatorvariable, *intervention*efter* er den faktiske effekt af at have en fast tilknyttet læge på plejecenteret på antallet af korttidsindlæggelser. Vi estimerer en negativ signifikant effekt på 1,3 procentpoint. Som vi også har gjort for genindlæggelserne og de forebyggelige indlæggelser, kan vi omregne effekten til den faktiske reduktion i antallet af korttidsindlæggelser (jf. boks 3.3). En reduktion på 1,3 procentpoint svarer til 14 procents reduktion i

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -75 af 154

andelen af beboere indlagt med en korttidsindlæggelse. Da der i alt over før-perioden var 1.053 korttidsindlæggelser på interventionsplejecentrene, giver dette et gennemsnit på 52,7 indlæggelser om måneden. En reduktion på 14 pct. svarer derfor til 89 færre korttidsindlæggelser om året på de syv interventionsplejcentre.

TABEL 5.3

Effekten af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejcentre". Baseret på difference-in-differences-model for perioden januar 2011 til februar 2014 på individ- og månedsobservationer.

	Koefficient
Intervention (bor på interventionsplejcenter)	-0,011 *** (0,003)
Efter (måneder efter interventionsstart)	-0,004 * (0,002)
Intervention x efter (bor på interventionsplejcenter efter interventionsstart)	-0,013 ** (0,006)
R^2 (forklaringsgrad)	0,02
Antal observationer	931.168
Plejcentre	927
Antal beboere	41.952

Anm.: Den afhængige variabel er defineret som lig med 1, hvis beboeren har haft mindst en korttidsindlæggelse om måneden. Hvis beboeren ikke har haft en korttidsindlæggelse, er den afhængige variabel lig 0. Signifikansniveau: * = $p > 0,1$, ** = $p > 0,05$, *** = $p > 0,001$. Der er i modellen kontrolleret for beboerens køn, alder, indlæggelser i 2011, medicinforbrug i 2011 og kontakt med lægevagten. Modellen er inklusive plejcenter- og måneds-fixed effects. Standardfejl er clustret på plejcenterniveau og er vist i parentes.

Kilde: SFI-data, registerdata og egne beregninger.

FIGUR 5.2

Effekten af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejcentre" på antallet af korttidsindlæggelser.



Kilde: Illustration fra: http://www.flaticon.com/free-icon/person-sleeping-on-a-bed_8652.

Vi har illustreret denne effekt i figur 5.2. For hver tiende korttidsindlæggelse har interventionen "Fast tilknyttede læger på plejcentre" reduceret knap 1,5 indlæggelser.

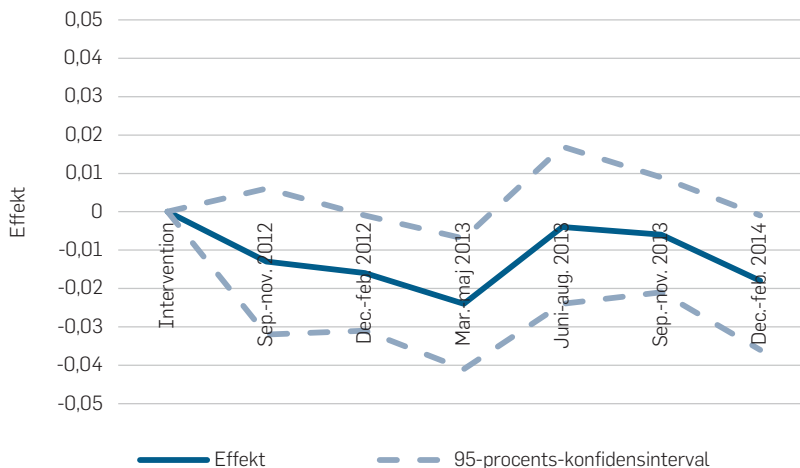
Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -76 af 154

EFFEKTEN AF AT HAVE EN FAST TILKNYTTET LÆGE OVER TID

Vi undersøger også for korttidsindlæggelserne, hvordan effekten udvikler sig over tid. Resultaterne er vist i figur 5.3. Effekten er signifikant i andet, tredje og sjette kvartal, efter at de praktiserende læger blev tilknyttet interventionsplejecentrene. Udviklingen i effekten tager samme form som for de forebyggelige indlæggelser, da samme kvartaler har signifikante effekter af at have en fast tilknyttet læge på antallet af korttidsindlæggelser og forebyggelige indlæggelser. At vi ikke ser den samme direkte effekt af at have en fast tilknyttet læge som for genindlæggelserne, kan også her skyldes, at det er sværere at identificere en beboer, der har en reel sandsynlighed for en korttidsindlæggelse sammenlignet med en beboer, der netop har været indlagt, og dermed har en øget sandsynlighed for en genindlæggelse.

FIGUR 5.3

Effekten af intervention "Fast tilknyttede læger på interventionsplejecentre" på korttidsindlæggelser fra september 2011 til februar 2014. Effekttørrelse og 95-procents-konfidensinterval.



Anm. Den afhængige variabel er defineret som lig med 1, hvis beboeren har haft mindst en korttidsindlæggelse om måneden. Den afhængige variabel er lig med 0, hvis beboeren ikke har haft nogen korttidsindlæggelse om måneden. Der er i modellen kontrolleret for beboerens køn, alder, indlæggelser i 2011, medicinforbrug i 2011 og kontakt med lægevagten. Modellen er inklusive plejecenter-fixed effects. Standardfejl er clustret på plejecenterniveau.

Kilde: SFI data, registerdata og egne beregninger.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -77 af 154

Effekten er ikke signifikant i fjerde og femte kvartal efter interventionsstart, men er det igen i sjette kvartal. Derfor er det svært at forudsige, hvordan effekten vil udvikle sig på længere sigt. Dog tyder det på, at effekten er vedvarende over tid, da vi halvandet år efter, lægerne blev fast tilknyttet interventionsplejecentrene, stadig finder en signifikant effekt på antallet af korttidsindlæggelser.

Ligesom for effektanalysen for de forebyggelige indlæggelser og genindlæggelserne er analysen for korttidsindlæggelserne også betinget på antagelsen om, at udviklingen i korttidsindlæggelserne er ens mellem interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre før interventionsstart. I bilag 4 præsenterer vi en placebotest, der indikerer, at denne antagelse er overholdt. Vi konkluderer derfor, at effektanalysens resultater er valide.

OPSAMLING

- Der er en sammenhæng mellem beboernes initiale helbred og sandsynligheden for en korttidsindlæggelse.
- Ved at have en fast tilknyttet læge reducerer de syv interventionsplejecentre andelen af beboere, der indlægges med en korttidsindlæggelse med 14 pct.
- Udviklingen i effekten over tid har samme form som for de forebyggelige indlæggelser. Det er svært at forudsige udviklingen, da nogle kvartaler har en signifikant effekt og andre har ikke. Dog tyder det på, at effekten er vedvarende på længere sigt.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt
Bilag 1 - Side -78 af 154

KONTAKT TIL LÆGE

Vi ser i dette kapitel på, i hvilket omfang der på plejecentrene tages kontakt til lægevagten. Vi indleder med at belyse kontakten til lægevagten som udfaldsmål, hvorefter vi ser på, hvor ofte plejecentrene har kontakt til lægevagten, ligesom vi også belyser kontakten til beboernes praktiserende læger.

Som det fremgår i boks 6.1 anvender vi i kapitlet hele den danske plejecenterpopulation, der er ældre end 65 år og bor på et plejecenter med mere end 20 beboere. Derudover bruger vi interview med plejepersonalet på interventionsplejecentrene.

BOKS 6.1

Datagrundlag til afdækning af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentres" betydning for kontakten til lægevagten og beboernes praktiserende læger.

Datagrundlaget består af alle danske plejecenterbeboere, der er 65 år eller ældre og bor på et plejecenter med mere end 20 beboere:

- 7 interventionsplejecentre. I alt 873 beboere
- 920 øvrige plejecentre. I alt 41.079 beboere

I alt 927 plejecentre med 41.952 beboere over perioden januar 2011-februar 2014.

KONTAKT TIL LÆGEVAGTEN SOM UDFALDSMÅL

Der er en generel forventning til pilotprojektet om, at et tættere samarbejde mellem plejepersonalet og den fast tilknyttede læge vil betyde, at der ikke længere vil være det samme behov for at kontakte lægevagten. I forbindelse med fokusgruppeinterviewene ved før-målingen fortæller plejepersonalet på både interventions- og sammenligningsplejecentrene, at de til tider oplever et behov for at skulle kontakte lægevagten omkring forværringer i beboernes helbredstilstand, fordi beboernes egne læger ikke har skønnet det relevant at tilse beboeren eller vurderer, at tilstanden ikke er akut, og behovet for en konsultation eller et sygebesøg derfor ikke behøver finde sted samme dag. I forlængelse heraf udtrykker plejepersonalet, at de således til tider oplever en følelse af usikkerhed omkring beboernes helbred, og derfor føler sig nødsagede til at kontakte lægevagten i manglen af aktiv og akut kommunikation med beboernes egne læger. Ved at tilknytte den faste læge forventes det således, at kontakten til lægevagten vil være aftagende, når lægen får sin faste gang på plejecentret, og plejepersonalet oplever at kunne føle sig sikre på den lægefaglige vurdering af beboernes behov for behandling igennem direkte kommunikation med lægen.

Med data fra Sygesikringsregisteret (SSR) er det muligt at måle, hvorvidt og i hvilken grad tilknytningen af den fast tilknyttede læge reducerer kontakten til lægevagten. Måden, hvorpå vi definerer kontakten til lægevagten henholdsvis til beboernes egne læger, er ud fra antallet af konsultationer, hvor vi tager udgangspunkt i sondringen mellem konsultationer som ”almen lægehjælp”, dvs. fra beboernes egne læger og vagtlægehjælp, der er defineret ud fra det tidsrum, som konsultationen er foretaget i.

Med hensyn til at afdække udviklingen i antallet af kontakter med henholdsvis lægevagten og de praktiserende læger illustrerer vi det grafisk, så det er muligt at se, hvordan udviklingen måned for måned er for både interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre.

KONTAKT TIL LÆGEVAGTEN

I tabel 6.1 vises en oversigt over andelen af beboere, der er i kontakt med lægevagten for interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre før og efter de faste læger blev tilknyttet.

TABEL 6.1

Gennemsnitlig andel af beboere på plejecentre, der er i månedlig kontakt med lægevagten før og efter start af interventionen. Særskilt for interventionsplejecentre og øvrige plejecentre i Danmark. Procent.

	Interventionsplejecentre	Øvrige plejecentre
Før interventionsstart	6,4	6,4
Efter interventionsstart	5,5	6,5

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

Vi ser, at der for både interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre er 6,4 pct. af plejecenterbeboerne, der er i kontakt med lægevagten i en gennemsnitlig måned for perioden, før lægerne fast tilknyttede interventionsplejecentrene. Denne andel viser sig at stige marginalt for de øvrige plejecentre i efter-perioden, hvorimod der for interventionsplejecentrene ses et fald på 0,9 procentpoint, så der i en gennemsnitlig måned på interventionsplejecentrene kun er 5,5 pct. af beboerne, der er i kontakt med lægevagten efter interventionsstart.

Vi ser dernæst på udviklingen i andelen af beboere med kontakt til lægevagten. Udviklingen har vi valgt at vise som to-måneders gennemsnit for at udglatte kurverne for eventuelle ekstreme månedlige udsving, der afviger fra gennemsnittet. Som det fremgår af figur 6.1, er antallet af kontakter til lægevagten i en given måned, nogenlunde ens på tværs af plejecentrene ved før-målingens opstart. Dog ser vi, at der er en stigning i brugen af lægevagten for interventionsplejecentrene fra februar 2012 til juli 2012. For de øvrige plejecentre ses udviklingen i antallet af kontakter med lægevagten at være forholdsvist konstant over hele perioden. Derimod falder antallet af kontakter til lægevagten for interventionsplejecentrene, efter at lægerne fast tilknyttede.

Der ses således en tendens til, at udviklingen i antallet af kontakter med lægevagten på interventionsplejecentrene har ændret sig og adskiller sig fra den tilsvarende udvikling blandt de øvrige plejecentre i løbet af efter-perioden. Dette er en indikation på, at de fast tilknyttede læ-

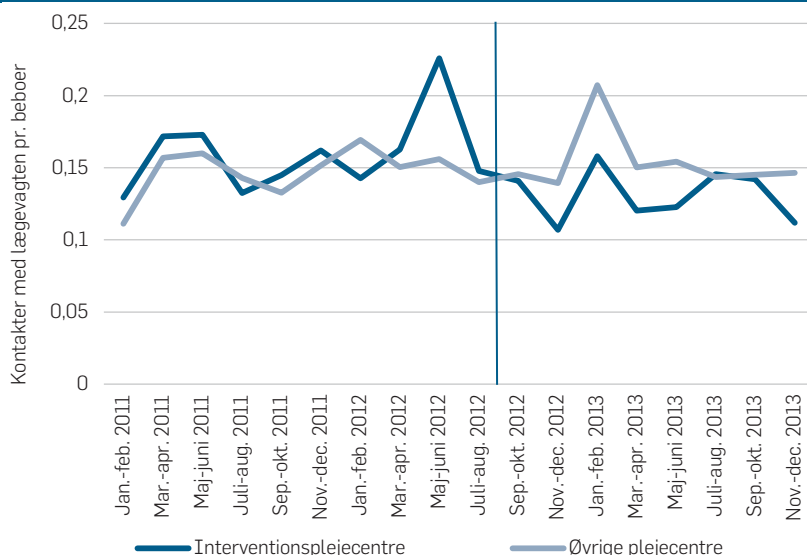
Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -82 af 154

ger medvirker til en reduktion i kontakter til lægevagten. Personalet på et interventionsplejecenter udtaler følgende om tilgængeligheden af de fast tilknyttede læger:

Der er altid svar inden for 24 timer. Før kunne vi vente flere dage, en uge. Før skete der bare ikke noget. Og beboeren blev dårligere og dårligere, og så blev det weekend, og så måtte vi have fat i vagtlægen.

FIGUR 6.1

To-måneders gennemsnit af antal kontakter/konsultationer med lægevagten pr. plejecenterbeboer. Særskilt for interventionsplejecentre og øvrige plejecentre i Danmark.



Anm.: Baseret på 41.952 beboere på de 927 plejecentre i Danmark.

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

Personalet føler ikke på samme måde som før, at de kontakter lægevagten unødvendigt, da den fast tilknyttede læge er mere tilgængelig.

Et andet vigtigt opmærksomhedspunkt er, at antallet af kontakter til lægevagten er koncentreret omkring et forholdsvis lille antal beboere. I en gennemsnitlig måned for før-perioden var kun 6,4 pct. af beboerne i kontakt med lægevagten på henholdsvis interventionsplejecentrene

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -83 af 154

og de øvrige plejecentre (jf. tabel 6.1). Samtidig ved vi, at der er et lille antal beboere, der er i kontakt med lægevagten er relativt ofte.

KONTAKT TIL BEBOERNES EGNE LÆGER

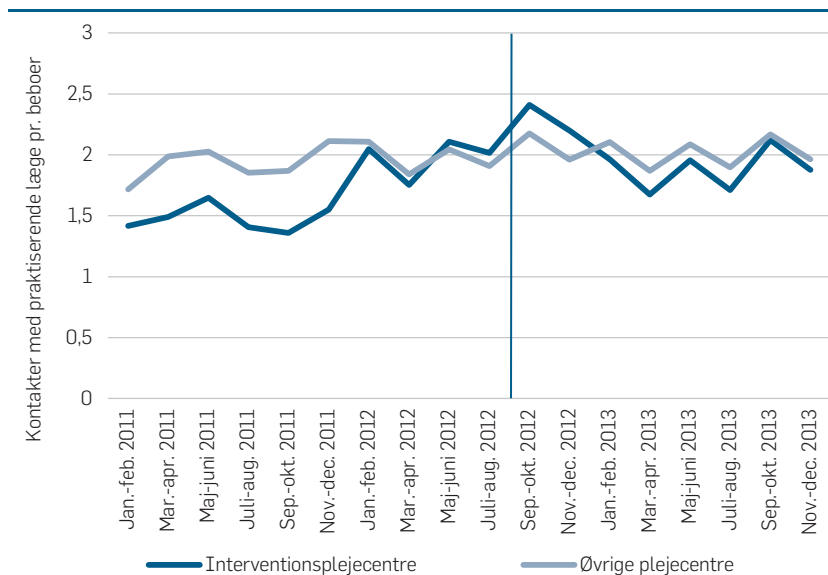
Man kan forestille sig, at interventionsplejecentrenes mindre brug af lægevagten kan skyldes, at de i stedet bruger den fast tilknyttede læge mere, og dermed bare har subsitueret deres brug af lægevagten over til de praktiserende læger. Derfor viser vi også udviklingen i brugen af de praktiserende læger. Vi viser udviklingen ligesom for lægevagten, dvs. som to måneders gennemsnit over perioden for både interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre.

Antallet af kontakter med de praktiserende læger ses i figur 6.2 at være ret konstant over hele projektperioden for de øvrige plejecentre. Der er cirka to kontakter med en praktiserende læge hver måned pr. beboer.

Derimod ses der en stigning lige efter pilotprojektets opstart på interventionsplejecentrene. Denne stigning er forventelig, da de fast tilknyttede læger har tilset og foretaget en gennemgang af de beboere, der er overgået til deres patientlister, og dermed er nye patienter for dem. Både plejepersonalet og lægerne nævner, at de i opstartsfasen af pilotprojektet brugte meget tid på beboergennemgange, og i den forbindelse også havde et større antal af konsultationer, da de fast tilknyttede læger skulle sættes ind i de nye patienters helbredstilstand. Niveauet af kontakter falder nogle måneder efter, at de faste læger blev tilknyttet. På flere af plejecentrene fortæller personalet, at de samler alle ikke-akutte problemer sammen indtil lægens ugentlige besøg i stedet for som tidligere at tage kontakt til beboerens forskellige praktiserende læger telefonisk eller elektronisk. Også her finder vi, at en mindre andel af beboerne kontakter deres praktiserende læge meget. I tabel 6.2 vises andelen af beboere, der i en gennemsnitlig måned, henholdsvis før og efter interventionen, har været i kontakt med deres praktiserende læge.

FIGUR 6.2

To-måneders gennemsnit af antal kontakter/konsultationer med beboernes praktiserende læge pr. plejecenterbeboer. Særskilt for interventionsplejecentre og øvrige plejecentre i Danmark.



Anm.: Baseret på 41.952 beboere på de 927 plejecentre i Danmark.

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

TABEL 6.2

Andel beboere i månedlig kontakt med praktiserende læge før og efter start af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre". Særskilt for interventionsplejecentre og øvrige plejecentre i Danmark. Procent.

	Interventionsplejecentre	Øvrige plejecentre
Før interventionsstart	56,2	64,3
Efter interventionsstart	66,4	64,7

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

Andelen af beboere, der i en gennemsnitlig måned, både før og efter interventionen, har kontakt til deres praktiserende læge er væsentlig lavere end antallet af kontakter pr. plejecenterbeboer, som vist i figur. 6.2. Der er mellem 1,5 og lidt over 2 kontakter pr. beboer på månedlig basis. Til gengæld er der omkring 60 pct. af beboerne, der har haft minimum en kontakt med deres praktiserende læge i en gennemsnitsmåned (2011 til

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -85 af 154

2014). Det er altså langt fra alle beboere, der er i kontakt med de praktiserende læger i løbet af en måned.

Det er værd at bemærke, at der i før-perioden på interventionsplejecentrene er en væsentlig mindre andel af beboere, der har kontakt med deres praktiserende læge end på de øvrige plejecentre. Hvorfor dette er tilfældet kan vi ikke forklare. Dog er der intet, der tyder på, at beboerne på interventionsplejecentrene er mere syge end på de øvrige plejecentre. Derfor kan det være, at interventionsplejecentrene har haft særligt dårlig kontakt til de praktiserende læger, og derfor er blevet udvalgt til at få interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”.

OPSAMLING

- Kontakten til lægevagten er faldet på interventionsplejecentrene, efter at de har fået fast tilknyttede praktiserende læger.
- Det er en lille andel beboere, der bruger lægevagten meget.
- Kontakten til de praktiserende læger er steget på interventionsplejecentrene lige efter interventionsstart, men der ses efterfølgende en faldende tendens.
- Ved en eventuel udrulning af interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” må det forventes, at antallet af kontakter med den praktiserende læge stiger i implementeringsperioden.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt
Bilag 1 - Side -86 af 154

MEDICINHÅNDTERING

Vi belyser i dette kapitel, hvordan medicinhandteringen defineres og anvendes som udfaldsmål, hvorefter vi på en række forskellige dimensioner ser på, hvorvidt medicinhandteringen er blevet forbedret efter tilknytningen af den faste læge.

MEDICINHÅNTERINGEN SOM UDFALDSSMÅL

Idet mange beboere på plejecentre er medicinsk komplekse borgere, der modtager forskellige præparater for multiple sygdomme, er medicinhandteringen ofte en meget omfattende og tidskrævende del af personalets hverdag på plejecentrene. Medicinhandteringen dækker over en række arbejdsopgaver, som ofte fordeler sig ud over en hel dag, og drejer sig bl.a. om medicinbestilling, -dosering og -uddeling samt løbende gennemgang af beboernes medicinkorts ordinationer (dvs. afstemning mellem plejecentrets medicinoplysninger og lægens journal). Det er her vigtigt at understrege, at det kun er lægerne, der kan vurdere, om det er relevant med en egentlig medicingennemgang, hvor lægen tager stilling til, om visse ordinationer skal ændres eller reduceres.

I relation til medicinhandteringen har pilotprojektet haft til hensigt at forbedre denne ved at skabe et bedre samarbejde mellem plejeper-

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -88 af 154

sonalet og den fast tilknyttede læge. Forventningen var, at et tættere samarbejde ville øge opmærksomheden omkring og vidensgrundlaget vedrørende medicin håndteringen. Ligeledes blev det forventet, at tilknytningen af lægen ville indebære, at den fast tilknyttede læge ville få et bedre indblik i beboernes helbredstilstand og medicinforbrug og dermed sikre kvaliteten og sammenhængen i beboernes lægemiddelanvendelse. Det er imidlertid vigtigt at holde sig for øje, at det *ikke* har været et mål i sig selv at nedbringe medicinforbruget blandt beboerne, idet et øget fokus på beboernes medicinindtag kan indebære såvel reduceret som et øget medicinforbrug.

Medicin håndteringen består som nævnt af mange opgaver, og da der ikke findes en gængs definition for medicin håndtering, og denne bliver håndteret forskelligt på de enkelte plejecentre, er det ikke muligt at foretage en effektmåling af interventionens betydning for medicin håndteringen. Som det fremgår af boks 7.1 afdækker vi derimod på baggrund af de syv interventionsplejecentres og de ni sammenligningsplejecentres spørgeskemabesvarelser og fokusgruppeinterview med plejepersonalet på interventionsplejecentrene samt interview med læger og lokale tovholdere medicin håndteringen på plejecentrene. Vi undersøger medicin håndteringen, og hvilken virkning personale og læger oplever, at tilknytningen af den faste læge har haft på medicin håndteringen, herunder i hvilket omfang de involverede parter vurderer medicineringen som værende mere korrekt eller hensigtsmæssig end tidligere.

BOKS 7.1

Datagrundlag til afdækning af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentres" betydning for medicin håndteringen.

Datagrundlaget består i dette kapitel af:

- Fokusgruppeinterview med plejepersonalet på interventionsplejecentrene.
 - Interview med de lokale tovholdere på interventionsplejecentrene.
 - Interview med de fast tilknyttede læger.
 - Spørgeskemabesvarelser fra både de syv interventions- og de ni sammenligningsplejecentre.
-

GENNEMGANG AF BEBOERNES MEDICIN

Ansvar for gennemførelsen af medicingennemgangen ligger hos lægen og indebærer en struktureret og kritisk gennemgang af patientens medicin med henblik på at optimere den medicinske behandling. I forbindelse med før-målingen, dvs. før pilotprojektets opstart, gav personalet på næsten alle syv plejecentre udtryk for, at de ofte oplevede, at det var sjældent, at lægerne foretog en gennemgang af beboernes medicin. Plejepersonalet oplevede dog ofte et behov for en medicingennemgang i forbindelse med, at beboerne blev udskrevet fra hospitalet efter indlæggelse, idet dette ofte indebar ændringer i beboernes medicinering. En medarbejder på et plejecenter udtrykker det således inden projektets opstart:

Ved nogle af lægerne sker det ofte, at de slet ikke reagerer på vores henvendelse. De tager bare imod beskeden og gennemgår ikke medicinen.

På andre plejecentre blev der ved før-målingen dog givet udtryk for, at lægerne løbende gennemgik beboernes medicin, såvel ved anmodning fra plejepersonalets side som efter indlæggelser og konsultationer og sygebesøg.

Med tilknytningen af den faste læge er der, ud over et generelt øget fokus på beboernes medicinering fra både plejepersonalets og den faste læges side, kommet mere systematik i medicin håndteringen. Dette kommer bl.a. til udtryk ved, at samtlige læger, som nævnt i kapitel 1, i større eller mindre grad benyttede de ugentlige møder i projektets opstartsfasen på at gennemgå journalerne for de beboere, der havde valgt at skifte til den faste læge, med henblik på at få indsigt i beboernes helbredstilstand og medicinering. Beboergennemgangen har i løbet af projektperioden været tilbagevendende i det omfang, at nye beboere og tilflyttere har valgt at skifte til den fast tilknyttede læge, således at den faste læge også har fået et indblik i medicineringen blandt disse beboere. Derudover giver alle plejecentrene og lægerne ved efter-målingen udtryk for, at gennemgang af medicinkortets ordinationer og lægernes medicingennemgang nu foretages løbende efter behov og primært i forbindelse med konsultationer, sygebesøg og ved udskrivning fra hospitalsindlæggelse.

Ud over at medicingennemgangen foretages hyppigere med den fast tilknyttede læge, end det tidligere har været tilfældet, fortæller både plejepersonalet og de fast tilknyttede læger, at der også generelt er kom-

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -90 af 154

met et øget fokus og mere bevågenhed på medicineringen af beboerne. Dette kommer bl.a. til udtryk ved, at medicinbehandlingen har været et tilbagevendende emne på de ugentlige møder på samtlige plejecentre. Vi kan ud fra logbøgerne fra disse møder se, at ud over at lægerne har gennemgået beboernes medicin, er emner som overmedicinering, dosering og bivirkninger blevet drøftet. På de fleste plejecentre har lægerne haft vejlednings- og læringsforløb i forskellige præparater, hvor lægen bl.a. har fortalt om indholdsstoffer, dispenseringsform, optagelse, anvendelse, virkninger og bivirkninger. Endvidere er medicineringen blevet drøftet i forbindelse med lægernes vejledning i andre emner og temaer, som urinvejsinfektioner, diabetes, luftvejssygdomme mv. Både vejlednings- og læringsforløb har typisk taget udgangspunkt i beboere som cases, med andre ord en reflektiv læringsproces, hvorfor plejepersonalet har fået indsigt i, hvordan beboernes indtag af (typisk mange) forskellige præparater til forskellige sygdomme virker sammen.

ØGET KVALITET I MEDICINERINGEN

Det tætte samarbejde, sparringen og lægens større involvering i beboernes medicinering har haft en positiv betydning for både plejepersonalets og lægens oplevelse af medicinbehandlingen og medicineringen af beboerne. I forhold til medicineringen af beboerne fortæller både plejepersonalet og lægerne, at den væsentligste ændring, som det øgede fokus har ført med sig, er en reduktion i forbruget af overflødig eller unødvendig medicin.

Samtlige læger fortæller, at de på baggrund af beboergennemgangen har reduceret medicinforbruget hos mange af beboerne. I nogle tilfælde er beboerne blevet sat op i medicin eller fået ny medicin, men den primære ændring, som lægerne har foretaget i beboernes medicinering, er reduktion af medicinforbruget. De fortæller, at det blandt andet skyldes, at disse beboeres medicinindtag ikke har været hensigtsmæssig. Et eksempel på et sådant tilfælde er beboere, som får ordineret kolesterolsenkende medicin på trods af, at medicinen først har en effekt efter adskillige år. Reduktionen i medicinforbruget er foregået i dialog med den enkelte beboer og de pårørende, og som en læge fortæller:

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -91 af 154

... og så tager jeg en snak med patienten og de pårørende om, at en person på 96 skal ikke have forebyggende medicin mod blodpropper.

Flere af lægerne fortæller, at de har oplevet, at adskillige beboere får unødvendigt meget medicin, at nogle beboere får en u hensigtsmæssig kombination af lægemidler, ligesom at flere beboere modtager permanent smertestillende medicin for sygdomstilfælde, der ligger flere år tilbage. Særligt sidstnævnte forhold omkring unødvendig smertestillende medicin var inden projektets opstart en problemstilling, som også plejepersonalet var bevidste om. I forbindelse med før-målingen fortalte en række af plejecentrene, at de flere gange har henvendt sig til beboernes læger om at få reduceret netop smertestillende medicin, der fx er blevet udskrevet i forbindelse med et brækket ben for flere år siden. Imidlertid har det kun været i enkelte tilfælde, at lægerne har gennemgået beboernes medicin og reduceret det pågældende præparat. Efter tilknytningen af den faste læge er det ikke længere en problemstilling, som plejepersonalet har oplevet hos de beboere, der har valgt at skifte læge. Som en lokal tovholder udtrykker det: *"nu bliver pamolen stoppet"* – med henvisning til de mange beboere, der tidligere fik præparatet unødvendigt, hvilket ligeledes er i tråd med, hvad der gives udtryk for på et andet plejecenter:

Lægen har skåret ned på meget medicin. For eksempel har nogen stadig fået smertestillende medicin fra en operation for fire år siden.

I tråd med plejepersonalets beretninger hører vi fra lægernes side, at denne unødvendige og i mange tilfælde overflødige medicinering primært skyldes, at der ikke i tilstrækkelig grad er blevet fulgt op på beboernes medicinering. En læge udtrykker det således:

Den tidligere overmedicinering hænger sammen med, at der ikke var meget lægekontakt før [inden pilotprojektets opstart].

Og en anden læge fortæller i forlængelse af ovenstående:

Det er overraskende, hvor meget vi har fået ryddet op i beboernes medicin.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -92 af 154

Med pilotprojektet har det for de fast tilknyttede læger været muligt at observere mønstre i beboernes medicinering, som de og beboernes tidligere læger ikke tidligere har kunnet se, eftersom de ofte ikke har været tilknyttet mange af plejecentrenes beboere. I den forbindelse fortæller en af de fast tilknyttede læger om, at vedkommende ved gennemgangen af beboernes medicin ved projektets opstart var overrasket over, hvor stor en andel af plejecentrenes beboere som modtog psykofarmaka eller skulle have en sovepille at falde i søvn på.

Ud over de tilbagemeldinger, vi har fået i forbindelse med interview af plejepersonale, de lokale tovholdere og de fast tilknyttede læger, har vi for at kvantificere plejepersonalets oplevelse af medicin håndteringen spurgt herom i spørgeskemaerne til både interventions- og sammenligningsplejecentrene. I den forbindelse har vi spurgt om, i hvilken grad plejepersonalet vurderer, at beboerne medicineres korrekt. Hertil har det være muligt at svare mellem 0 og 10, hvor 0 svarer til, at plejepersonalet vurderer, at medicineringen slet ikke er korrekt, mens 10 modsat svarer til, at plejepersonalet vurderer, at medicineringen er helt korrekt. Spørgsmålet er ikke blevet stillet ved før-målingen, hvorfor det ikke er muligt at belyse, hvorvidt og i hvilket omfang der på interventionsplejecentrene er sket en udvikling i vurderingen over tid.¹⁷ I stedet ser vi således på, om der kan identificeres en forskel mellem interventions- og den lille gruppe af sammenligningsplejecentre. Som det fremgår af figur 7.1, er det kun på interventionsplejecentrene, at personalet vurderer, at beboerne medicineres helt korrekt (svarer 10), og specielt blandt beboerne med den fast tilknyttede læge vurderes medicineringen at være korrekt. Ligeledes er der en større andel af interventionsplejecentre end sammenligningsplejecentre, som vurderer, at beboerne medicineres næsten korrekt (svarer 9), og inden for interventionsplejecentrene ser vi igen den højeste andel blandt de beboere, som er tilknyttet den faste læge. Hovedparten af de ni sammenligningsplejecentrene svarer en smule lavere (8), men interessant er det, at halvdelen af interventionsplejecentrene vurderer, at beboerne med de øvrige læger i langt mindre grad medicineres korrekt. At en større andel af interventionsplejecentrene i højere grad vurderer beboerne med øvrige lægers medicinering mindre korrekt end sammenligningsplejecentrene kan formodes at hænge sammen med, at plejepersonalet på interventionscentrene er blevet særligt opmærksomme

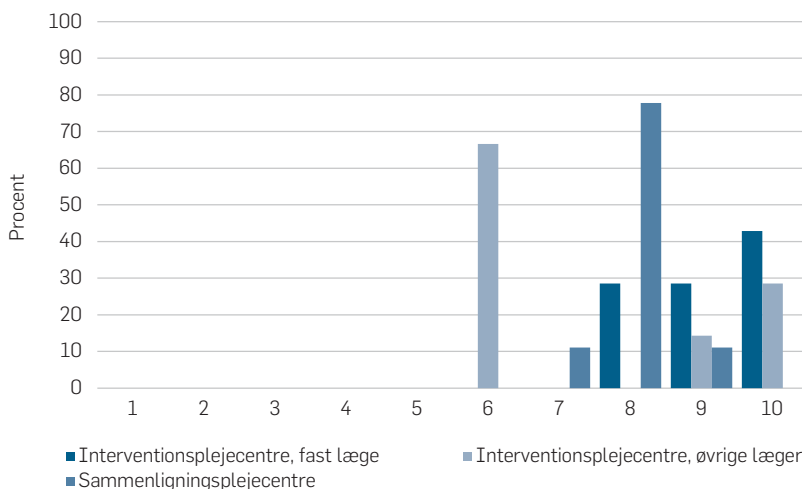
17. Spørgsmålet blev først tilføjet spørgeskemaet ved efter-målingen, idet vi i besvarelserne fra før-målingen erfarede, at det var vanskeligt at operationalisere medicin håndteringen.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -93 af 154

på korrekt og uhensigtsmæssig medicinering som følge af sparringen med den fast tilknyttede læge, og derved tydeligt ser en forskel i medicineringen hos beboerne med den fast tilknyttede læge og i forhold til de øvrige beboere.

FIGUR 7.1

Personalets vurdering af graden af korrekt medicinering af beboerne på en skala fra 1-10 (10 er helt korrekt) på de syv interventionsplejecentre og ni sammenligningsplejecentre. Særskilt for vurderingen i forhold til beboerne med fast tilknyttet læge og beboere med øvrige læger på interventionsplejecentre. Procent.



Kilde: SFI-spørgeskemaundersøgelse blandt syv interventionsplejecentre og ni sammenligningsplejecentre.

Selvom det som sagt ikke er muligt at undersøge udviklingen i graden af korrekt medicinering over tid, må de store revisioner i beboernes medicin i forbindelse med lægernes gennemgang af beboerne alt andet lige tages som et udtryk for, at medicineringen i dag er mere hensigtsmæssig og dermed mere korrekt end tidligere. En yderligere indikator for, at der over tid har været denne positive udvikling blandt beboerne tilknyttet den faste læge, er, at plejecentrene oplever, at beboerne lever op, hvilket en medarbejder udtrykker således

For eksempel har en beboer hos lægen fået en medicingennemgang ... og det er lykkedes at seponere en hel del medicin, næ-

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -94 af 154

sten alt. Og beboeren er blevet et helt andet menneske. Frisk, nærværende, fået appetit på livet.

At projektet har medført markante ændringer i medicineringen af nogle af plejecentrenes beboere, er ligeledes et forhold, som de pårørende har lagt mærke til. I forbindelse med undersøgelsen af interventionens brugertilfredshed (som uddybes nærmere i kapitel 9) angiver en stor del af de pårørende, at den væsentligste ændring, som projektet har ført med sig, er i forhold til medicineringen.

Ved første samtale med lægen snakkede vi om, hvilke piller der skulle tages fra hende, og der blev fra starten fjernet halvdelen, som var unødvendig.

Ændringerne i medicineringen har vi som sagt ikke kunnet måle og vurdere kvantitativt, men som de fast tilknyttede læger, plejepersonalet og selv de pårørende udtrykker det, så er der sket markante ændringer i medicineringen af beboerne i forbindelse med interventionen.

OPSAMLING

- Tilknytningen af de faste læger har medført en øget bevågenhed på plejecenterbeboernes medicinering, som bl.a. kommer til udtryk ved, at medicingennemgangen nu foretages oftere end tidligere.
- Vejlednings- og læringsforløb blandt plejepersonalet har medført en større faglig indsigt i virkninger, bivirkninger mv. i beboernes medicinindtag.
- Plejepersonalet oplever i højere grad, at beboerne, som er tilknyttet de faste læger, medicineres korrekt sammenlignet med såvel de beboere, som ikke er tilknyttet lægen på interventionsplejecentrene, såvel som blandt de ni sammenligningsplejecentrene.
- På samtlige af de syv interventionsplejecentre har den væsentligste gennemgående ændring i medicineringen været en reduktion i medicinforbruget, som de faste læger har foretaget i dialog med beboerne og disses pårørende.

SAMARBEJDE MELLEM LÆGE OG PLEJEPERSONALE

I dette kapitel ser vi nærmere på samarbejdet mellem plejepersonalet og den fast tilknyttede læge. Vi gør først rede for samarbejdet som udfaldsmål, hvorefter vi beskriver, hvordan samarbejdet mellem plejepersonalet og beboernes praktiserende læger var før projektets opstart, og hvordan dette har udviklet sig efter tilknytningen af den faste læge i forhold til tillid og faglig indsigt som lægens tilgængelighed, herunder tid brugt på telefonisk og elektronisk kontakt.

SAMARBEJDET SOM UDFALDSMÅL

Et væsentligt element i pilotprojektet er at forbedre samarbejdet mellem plejepersonalet og lægen. Som nævnt i kapitel 1 var tanken, at et tættere samarbejde kunne reducere antallet af forebyggelige indlæggelser og kontakter til lægevagten og sikre en bedre medicin håndtering. Samtidig skal samarbejdet skabe en øget kontinuitet og kvalitet i beboernes pleje- og behandlingsmæssige forløb og dermed øge brugertilfredsheden for alle parter.

Grundlaget for at skabe bedre betingelser for samarbejdet er tildelingen af et fast ugentligt antal timer, hvor lægen kommer ud på plejecentret og yder rådgivning såvel som vejleder plejepersonalet i forbindel-

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -96 af 154

se med forskellige sundhedsfaglige problemstillinger. Samarbejdet indebærer altså en øget personlig kontakt mellem plejepersonalet og lægen, og skulle dermed også give bedre forudsætninger for en tæt og løbende dialog parterne imellem, når lægen ikke er til stede på plejecentret. Ud over dette samarbejde indgår plejepersonalet stadig i samarbejde med de resterende praktiserende læger til de beboere, der har valgt ikke at skifte læge, som primært indebærer telefonisk og elektronisk kontakt.

Målet er som beskrevet at forbedre samarbejdet mellem plejepersonalet og den fast tilknyttede læge, men det er imidlertid problematisk at kvantificere dette mål og lave en egentlig effektmåling. Som det fremgår af boks 8.1, belyser vi med afsæt i de gennemførte interview såvel som spørgeskemabesvarelserne fra plejecentrene og de fast tilknyttede læger, hvordan samarbejdet har ændret sig over tid, herunder hvordan tilgængeligheden til lægerne er, og hvordan plejepersonalet oplever lægernes faglige indsigt i beboernes helbredstilstand og vice versa.

BOKS 8.1

Datagrundlag til afdækning interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentres" betydning for samarbejdet mellem plejepersonale og de fast tilknyttede læger.

Datagrundlaget består i dette kapitel af:

- Fokusgruppeinterview med plejepersonalet på interventionsplejecentrene.
- Interview med de lokale tovholdere på interventionsplejecentrene.
- Interview med de fast tilknyttede læger.

Spørgeskemabesvarelser fra de syv interventionsplejecentre og de ni sammenligningsplejecentre.

SAMARBEJDET FØR TILKNYTNINGEN AF DEN FASTE LÆGE

I forbindelse med før-målingen spurgte vi både i interviewene med plejepersonalet og i spørgeskemaet til plejecentrene om forskellige aspekter af samarbejdet mellem plejepersonalet og de praktiserende læger. Fælles for alle plejecentrene er, at de alle havde kontakt til et stort antal forskellige praktiserende læger. For eksempel var der på Ryetbo før tilknytningen af den faste læge 35 praktiserende læger tilknyttet til centrets 94 beboere (se tabel 8.1 senere i kapitlet). Dette var for næsten alle plejecen-

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -97 af 154

trene en kilde til frustration, idet kontakten til de mange læger er en tidskrævende opgave i en i forvejen travl hverdag. Plejepersonalet oplevede dagligt, at de måtte bruge lang tid på opringninger, særligt ventetid i telefonen, til lægerne, idet de på lige fod med øvrige patienter skal henvende sig i lægens konsultationstid, når det drejer sig om beboernes helbredstilstand. Plejepersonalet berettede om, at de af og til slet ikke kom igennem til lægen i telefontiden.

Plejepersonalet på flere plejecentre fortæller desuden, at den mere eller mindre sporadiske kontakt med mange forskellige læger besværliggør opbygningen af tillidsforhold plejepersonale og læger imellem. I forlængelse heraf var en gennemgående problematik plejepersonalets oplevelse af nogle lægers manglende interesse for de ældre. Nogle plejecentre beskriver, at de har en oplevelse af, at nogle læger ikke prioriterer at bruge tid på de ældre, og flere udtalte, at de havde det indtryk, at lægerne ikke ser ”prestige i de ældre”. En medarbejder sagde endvidere under et interview:

Det er jo ikke altid, at du kan få en læge ud. Fordi så har man indtrykket af, at jamen, det er et plejehjem, og så gider de ikke komme.

Med dette henviser medarbejderen både til den manglende interesse i at tilse de ældre ude på plejecentrene, men også til det faktum, at nogle læger føler det mindre nødvendigt at komme ud til plejecenterbeboere, da de har sygeplejersker, der kan varetage en stor del af behandlingen og plejen. Flere personaler påpeger, at det er et problem, der ikke kun påvirker plejepersonalet, men i høj grad også beboerne:

Det påvirker beboerne meget, når de fx ikke kan få fat på en læge, og hele tiden får at vide, at han/hun må vente.

Plejepersonalet understreger dog også, at dette ikke gælder samtlige læger, men at det er en problematik, der fylder meget, da det skaber usikkerhed og en utryk stemning blandt personalet, når de oplever, at lægerne ikke reagerer på deres henvendelser.

Inden pilotprojektets opstart var der således flere aspekter ved samarbejdet mellem plejepersonalet og beboernes læger, som var uhenigtsmæssige, og plejepersonalet havde en klar forventning om, at der

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -98 af 154

med tilknytningen af den faste læge ville skabes nogle gode rammer for etableringen af et bedre samarbejde parterne imellem.

SAMARBEJDET EFTER TILKNYTNINGEN AF DEN FASTE LÆGE

Som nævnt i kapitel 1 giver både plejepersonalet og de fast tilknyttede læger på samtlige syv interventionsplejecentre udtryk for, at samarbejdet overordnet set har været let at etablere. En væsentlig medvirkende faktor i forhold til etableringen af samarbejdet har været de involverede parter positive indstilling over for pilotprojektet. For plejepersonalets vedkommende kom dette allerede til udtryk inden pilotprojektets opstart, hvor flere udtalte, at de så frem til samarbejdet med de fast tilknyttede læger. For lægernes vedkommende afspejler den positive indstilling sig ved, at lægerne har udtalt, at de søgte stillingen af interesse for projektet, og fordi de var motiverede til at arbejde inden for dette felt med medicinsk komplicerede og behandlingstunge ældre patienter.

Tilknytningen af de faste læger har meget naturligt medført en reduktion af det antal læger, som plejepersonalet skal i kontakt med, idet mange beboere har skiftet deres gamle praktiserende læge ud med den fast tilknyttede læge.

Som det fremgår af tabel 8.1, er antallet af læger tilknyttet de enkelte plejecentre faldet markant efter tilknytningen af den faste læge. Mens der på Slottet var 50 forskellige praktiserende læger tilknyttet centrets beboere inden pilotprojektets opstart, er der ved efter-målingen blot fire læger tilknyttet ud over den faste læge. Det svarer til en procentvis ændring på 90. Og billedet gør sig gældende på samtlige plejecentre, hvor der i gennemsnit er 70 pct. færre læger tilknyttet plejecentrene, end der var, inden projektet blev iværksat.

TABEL 8.1

Antallet af praktiserende læger på de syv interventionsplejecentre. Særskilt for før- og efter-målingen. Antal og procentvis ændring.

	Antal læger tilknyttet ved før-målingen	Antal læger tilknyttet ved efter-målingen	Ændring i procent
Gefionshave	15	5	-67
Kildehaven	20	7	-65
Klostertoften	15	5	-67
Horslunde/Bøgelunden	5	2	-60
Slottet	50	5	-90
Solterrasserne	30	12	-60
Ryetbo	35	8	-77
Gennemsnitlig ændring	24	6	-70

Kilde: SFI spørgeskemaundersøgelse blandt syv interventionsplejecentre.

For at belyse personalets tilfredshed med samarbejdet har vi spurgt om deres tilfredshed med samarbejdet med lægerne før og efter tilknytningen af den faste læge. Som det fremgår af figur 8.1, var der før tilknytningen af den faste læge tre af interventionsplejecentrene, der hverken var utilfredse eller tilfredse med samarbejdet med beboernes praktiserende læger og ligeledes tre, der var tilfredse med samarbejdet. Et enkelt plejecenter var inden pilotprojektets opstart meget tilfredse med samarbejdet. Dette hænger sammen med, at næsten samtlige beboere på plejecentret allerede inden opstart var tilknyttet den samme læge, som plejepersonalet havde et velfungerende samarbejde med. Denne læge blev også udvalgt som fast tilknyttet læge i projektet. Det skal dog påpeges, at plejecentrene (både interventions- og sammenligningsplejecentre) gør opmærksom på, at tilfredsheden med samarbejdet er meget varierende, afhængigt af hvilke læger de har med at gøre, hvorfor figur 8.1 såvel som figur 8.2 illustrerer plejepersonalets generelle tilfredshed med samarbejdet med de praktiserende læger.

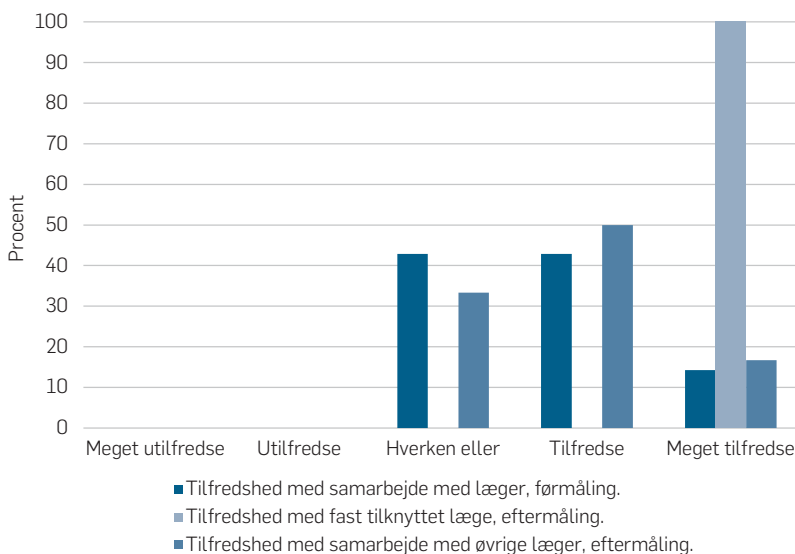
Ved efter-målingen har vi spurgt særskilt om tilfredsheden med den fast tilknyttede læge og de øvrige læger for at afdække, hvorvidt der er en forskel. Som det meget klart fremgår af figuren, giver samtlige interventionsplejecentre ved efter-målingen udtryk for, at de er meget tilfredse med samarbejdet med den fast tilknyttede læge. I forhold til de øvrige læger, der fortsat er tilknyttet de beboere, der ikke har valgt at skifte læge, har opfattelsen af samarbejdet ikke ændret sig over tid.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -100 af 154

Med hensyn til samarbejdet med lægerne på sammenligningsplejecentrene understøtter figur 8.2 billedet af, at der er stor variation i samarbejdet med de forskelle praktiserede læger. Ved før-målingen angav fire plejecentre at være enten utilfredse eller hverken eller med samarbejdet, mens de øvrige plejecentre var mere eller mindre tilfredse. Ved eftermålingen fordeler sammenligningsplejecentrene sig jævnt i kategorierne hverken eller og tilfredse, og selvom der ikke er nogen af de ni sammenligningsplejecentre, som angiver at være utilfredse med samarbejdet, er der heller ingen, der er meget tilfredse, hvilket vi netop kan observere blandt interventionsplejecentrene.

FIGUR 8.1

Personalets tilfredshed med samarbejdet med de praktiserende læger på de syv interventionsplejecentre fordelt efter fast tilknyttet læge og øvrige læger. Særskilt for før-måling og efter-måling. Procent.



Kilde: SFI-spørgeskemaundersøgelse blandt syv interventionsplejecentre.

At interventionsplejecentrene oplever en meget stor tilfredshed med de fast tilknyttede læger kommer også til udtryk ved interviewene og bemærkninger fra spørgeskemaet, hvor flere peger på, at samarbejdet og lægens faste gang på plejecentret giver et bedre samarbejde, der bl.a. viser

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -101 af 154

sig ved en god kommunikation og opfølgning på igangsatte behandlinger. I den forbindelse udtaler en medarbejder:

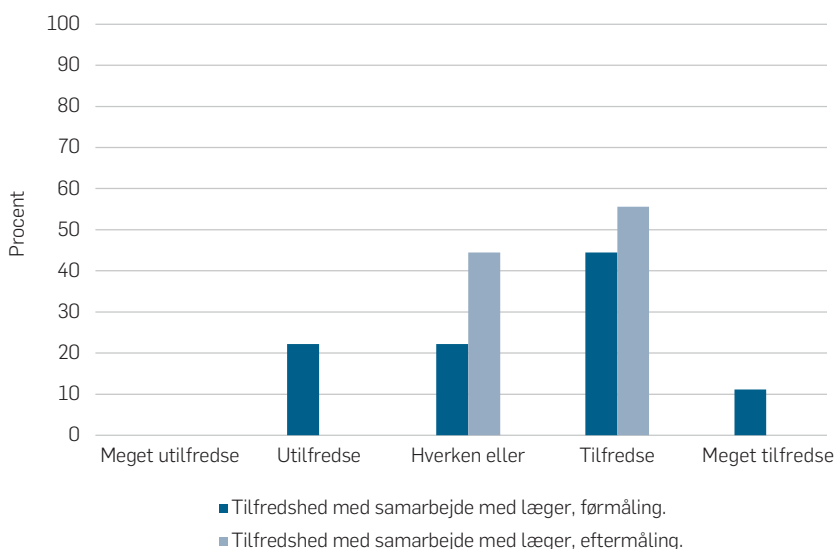
Der bliver handlet hurtigt [fra lægens side], og vi skal ikke vente på svar. Der er opfølgning på tingene, og det giver en ro og kontinuitet, som tidligere har været en mangelvare.

Og denne udvikling bliver på et andet plejecenter beskrevet således:

Det er et givende samarbejde, der smitter af i hverdagen. Der er kommet et lægesamarbejde, vi ikke tidligere har haft, da lægen nu kommer ud til beboerne, når det er nødvendigt, også på akut tilsyn, uden at vi skal tigge om det.

FIGUR 8.2

Personalets tilfredshed med samarbejdet med de praktiserende læger på de ni sammenligningsplejecentre. Særskilt for før-måling og efter-måling. Procent.



Kilde: SFI-spørgeskemaundersøgelse blandt de ni sammenligningsplejecentre.

Lægens tilstedeværelse og det, at der i højere grad end tidligere bliver fulgt op på beboernes behandlinger, giver ifølge plejepersonalet ikke alene beboerne en bedre service og kvalitet, men også en kontinuitet, som plejepersonalet er glade for:

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -102 af 154

Kontinuiteten i at have den samme læge er en gave. For eksempel mødte jeg lægen på trappenedgangen og 5 ord fra hver, så havde vi lige lagt en plan. Det kan man jo ikke med en almindelig læge, der kommer en gang hvert halve år.

Lægerne bakker ligeledes op om vigtigheden af at have et godt samarbejde med plejepersonalet, og flere giver udtryk for, at det netop er en tæt arbejdsrelation med personalet, som har betydet, at der er blevet etableret et fælles sprog. Det fælles sprog sikrer en høj grad af kontinuitet i behandlingen af beboerne.

Samarbejdet er med tilknytningen af den faste læge således blevet forbedret på samtlige interventionsplejecentre, og plejepersonalet har kun positive tilbagemeldinger, hvad angår dette. I de følgende afsnit ser vi nærmere på, om og hvordan samarbejdet kommer til udtryk med hensyn til parternes tillid til hinanden såvel som lægens tilgængelighed, når lægen ikke er til stede på plejecentret.

TILLID TIL DEN FAGLIGE INDSIGT

Inden pilotprojektets opstart gav plejepersonalet på flere plejecentre udtryk for, at de oplevede, at nogen af beboernes praktiserende læger ikke havde et tilstrækkeligt eller godt kendskab til deres patienter på de pågældende plejecentre. Idet graden af tillid plejepersonalet og lægen imellem må betragtes som værende aspekter tæt knyttet til kvaliteten af samarbejdet, har vi ligeledes afdækket, i hvilket omfang plejepersonalet har tillid til lægernes faglige indsigt i beboernes generelle helbredstilstande og vice versa.

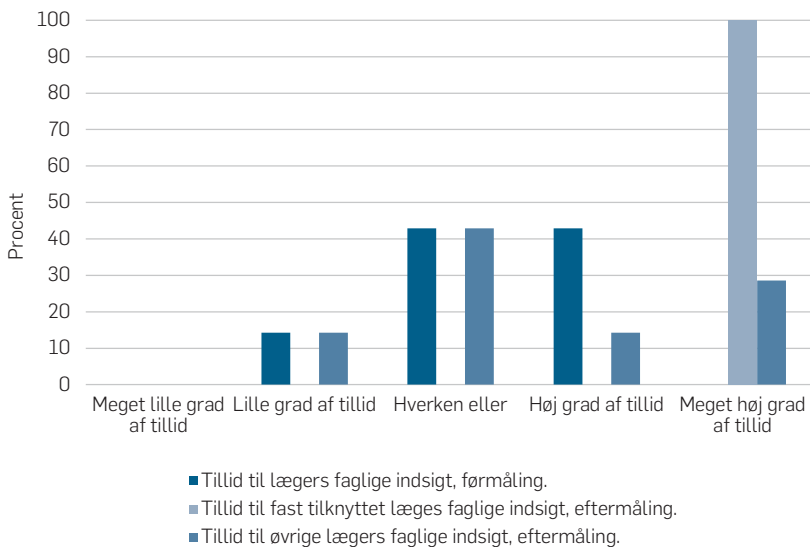
Som det ses i figur 8.3, havde knap halvdelen af interventionsplejecentrene ved før-målingen tillid til lægernes faglige indsigt i beboernes generelle helbredstilstande, mens sammenligningsplejecentrene berettede, at de kun i lille grad eller hverken eller havde tillid til lægernes faglige indsigt (jf. figur 8.4.). Også i denne sammenhæng angav flere plejecentre, at tilliden til den faglige indsigt er afhængig af, hvilken læge de har med at gøre, hvilket ligeledes afspejler variationen i kvaliteten af samarbejdet med beboernes læger. Ved efter-målingen ser vi fortsat en stor variation i plejepersonalets tillid til øvrige lægers faglige indsigt. Derimod er tendensen meget klar, hvad angår tilliden til de fast tilknyttede lægers

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -103 af 154

faglige indsigt, hvor samtlige interventionsplejecentre giver udtryk for, at de har en meget høj tillid til de faste læger.

FIGUR 8.3

Personalets tillid til lægers faglige indsigt på de syv interventionsplejecentre fordelt efter fast tilknyttede læger og øvrige læger. Særskilt for før-måling og eftermåling. Procent.



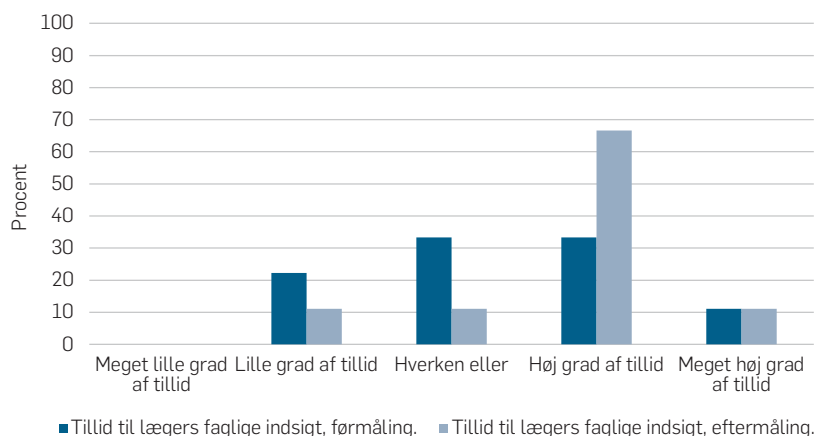
Kilde: SFI-spørgeskemaundersøgelse blandt syv interventionsplejecentre.

For sammenligningsplejecentrenes vedkommende viser der sig ligeledes en stor variation i plejepersonalets tillid til lægernes faglige indsigt. Som det fremgår af figur 8.4, viser denne variation sig både ved før- og eftermålingen, om end andelen af plejecentre, der angiver at have en høj tillid til lægernes faglige indsigt, er dobbelt så stor ved eftermålingen.

I forhold til de fast tilknyttede lægers tillid til plejepersonalets faglige indsigt i beboernes generelle helbredstilstande er det imidlertid ikke muligt at se på udviklingen heraf over tid, idet der ikke er blevet lavet en før-måling med lægerne. Ved pilotprojektets afslutning giver samtlige læger dog udtryk for, at de enten i høj grad eller i meget høj grad har tillid til plejepersonalets faglige indsigt.

FIGUR 8.4

Personalets tillid til lægers faglige indsigt på de ni sammenligningsplejecentre.
Særskilt for før-måling og efter-måling. Procent.



Kilde: SFI-spørgeskemaundersøgelse blandt ni sammenligningsplejecentre.

Plejecenterpersonalet på interventionsplejecentrene fortæller, at det forbedrede samarbejde i høj grad skyldes en tættere relation og et større tillidsforhold, som er blevet opbygget gennem den kontinuerlige kontakt og dialog med den fast tilknyttede læge. På ét plejecenter udtrykker en medarbejder det således:

Der er sket en stor læring i kraft af, at der har været den ugentlige kontakt. Der er en stor grad af gensidig tillid mellem personale, læge og beboer.

Og på et andet plejecenter fortæller de i tråd hermed, at:

Der er oparbejdet et værdifuldt samarbejde via et tillidsforhold. Kendskabet til beboerne er stort fra lægens side.

En læge fortæller, at alene det faktum, at plejepersonalet og lægen mødes jævnligt og er i fast kontakt med hinanden har haft en indvirkning på deres mulighed for at samarbejde og deres tillidsforhold.

Flere plejecentre beretter, at den fast tilknyttede læge opfattes som en ”integreret” del af plejecentret og som en altid faglig og tilgængelig samarbejdspartner, hvilket har været med til at øge tilliden parterne

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -105 af 154

imellem. Tillidsforholdet har endvidere betydet, at der er skabt en trykstemning, hvor plejepersonalet og den fast tilknyttede læge kender hinanden. Mens plejepersonalet på flere plejecentre ved pilotprojektets opstart var tilbageholdende med at stille lægen spørgsmål på de ugentlige møder, ”tør” personalet nu at stille spørgsmål til problematikker vedrørende beboerne. En læge udtaler endvidere, at der er blevet etableret en fælles forståelse for, at der ingen dumme spørgsmål findes, ligesom der er blevet skabt en mere målrettet kommunikation til gavn for begge parter såvel som for beboerne. Flere af lægerne nævner desuden, at tilliden mellem dem og plejepersonalet er blevet bedre, og at de derfor føler sig tryggere i dialogen med plejepersonalet og med hensyn til de henvendelser, de får derfra.

LÆGENS TILGÆNGELIGHED

Ud over lægernes tilstedeværelse har tilgængeligheden til lægerne ligeledes spillet en stor rolle i det forbedrede samarbejde. I modsætning til før tilknytningen af de fast tilknyttede læger, hvor flere plejecentre påpegede, at det kunne være en udfordring og frustration dels at komme igennem til lægerne i telefontiden, og dels at lægerne ikke altid var villige til at komme ud på plejecentrene, har dette ændret sig markant med projektet. Efter tilknytningen af den faste læge får plejepersonalet nu jævnligt besøg af lægen. På samtlige plejecentre foretager den fast tilknyttede læge konsultationer af beboerne i eget hjem enten umiddelbart før eller umiddelbart efter det ugentlige møde med plejepersonalet, og der er flere af de fast tilknyttede læger, som derudover kommer fast på plejecentrene en anden dag for at afholde konsultationer, hvor de blandt andet følger op på beboernes behandlinger mv. En medarbejder udtrykker det således:

Det er meget nemmere at få sygebesøg af den faste læge end med de øvrige praktiserende læger.

Og det er et generelt billede, som samtlige interventionsplejecentre fortæller om, at de fast tilknyttede læger i langt større udtrækning end de øvrige praktiserende læger kommer ud og foretager sygebesøg eller konsultationer af beboerne i eget hjem. Flere læger påpeger, at det tættere samarbejde har øget plejepersonalets og lægernes gensidige forståelse for hinandens faglige praksis, ligesom de mærker, at personalet er klædt bed-

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -106 af 154

re på til at kunne varetage det pleje- og behandlingsmæssige arbejde. På de ugentlige møder er der blevet opnået en fælles referenceramme, og plejepersonalet og de fast tilknyttede læger har fået afstemt hinandens holdninger til en række forskellige helbredsrelaterede problemstillinger. En læge fortæller, at projektet har vist, hvor vigtig kommunikationen er mellem vedkommende og plejepersonalet. Således har de fast tilknyttede læger på samtlige plejecentre også drøftet ISBAR-princippet¹⁸ på de ugentlige samarbejds møder med plejepersonalet med henblik på at øge beboersikkerhed ved at sikre en hensigtsmæssig mundtlig kommunikation om beboernes helbredstilstande.

Med hensyn til at afdække lægens tilgængelighed, når vedkommende ikke er til stede på plejecentret, herunder hvorvidt det tættere samarbejde kan medvirke til at reducere den tid, personalet bruger på øvrig kommunikation med lægen, har vi spurgt om, hvor meget tid plejepersonalet har brugt og bruger på telefonisk kontakt med beboernes læger. Som det fremgår af figur 8.5, er der på tværs af interventions- og sammenligningsplejecentrene en generelt faldende trend, således at plejepersonalet ved efter-målingen i gennemsnit bruger væsentligt mindre tid pr. beboer på at komme og være i telefonisk kontakt med lægerne end ved før-målingen. Dog er det tydeligt, at der er tale om en mere markant ændring blandt interventionsplejecentrene, hvilket også til dels skyldes, at deres gennemsnitlige tid brugt på telefonisk kontakt pr. beboer ved før-målingen var højere end blandt sammenligningsplejecentrene. Ved før-målingen brugte plejepersonalet på interventionsplejecentrene i gennemsnit 35 minutter pr. beboer om måneden på telefonisk kontakt til lægerne, mens sammenligningsplejecentrene i gennemsnit brugte 24 minutter pr. beboer. Ved efter-målingen blev der på interventionsplejecentrene i gennemsnit brugt 4,5 minutter pr. beboer, svarende til en reduktion i tiden på 88 pct., mens den telefoniske tid tilsvarende var på 14 minutter pr. beboer på sammenligningsplejecentrene, svarende til en reduktion i tidsforbruget på 42 pct. Så selvom der blev brugt mere tid på telefonisk kontakt på interventionsplejecentrene end sammenligningsplejecentrene inden projektets opstart, indikerer figuren meget tydeligt, at faldet har været størst på plejecentrene med de fast tilknyttede læger.

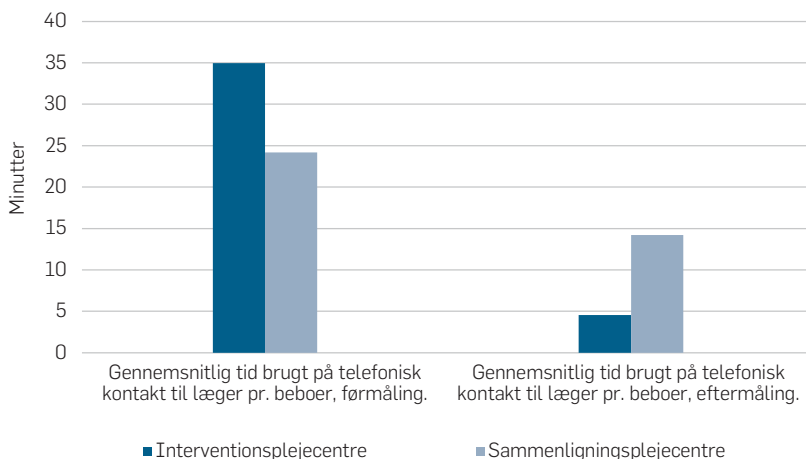
18. ISBAR er en standardiseret måde at kommunikere på inden for sundhedsvæsenet, fx ved sektorovergange eller når en person retter forespørgsel til en anden, som når plejepersonalet henvender sig til lægen vedrørende en beboers helbredstilstand.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -107 af 154

Den faldende tendens kan meget vel hænge sammen med, at det er blevet mere udbredt at anvende elektroniske kommunikationsformer i det daglige arbejde på plejecentrene. Vi har således også spurgt plejepersonalet om, hvor meget tid de bruger på at kommunikere elektronisk med de praktiserende læger.

FIGUR 8.5

Gennemsnitlig tid i en måned brugt på telefonisk kontakt til praktiserende læger. Særskilt for før og efter tilknytningen af faste læger og for de syv interventionsplejecentre og de ni sammenligningsplejecentre. Antal minutter.



Kilde: SFI-spørgeskemaundersøgelse blandt syv interventionsplejecentre og ni sammenligningscentre.

I figur 8.6 ser vi imidlertid, at den reducerede tid i forhold til telefonisk kontakt ikke har resulteret i en stigning i den elektroniske korrespondance. Derimod ser vi, at også tiden brugt på elektronisk kontakt er blevet reduceret efter tilknytningen af den faste læge. Ved før-målingen brugte interventionsplejecentrene i gennemsnit 28 minutter pr. beboer om måneden på elektronisk kontakt mod 14 minutter pr. beboer ved eftermålingen, svarende til en reduktion på 50 pct., mens den elektroniske kontakt er faldet fra 17 minutter pr. beboer til 13 minutter pr. beboer på sammenligningsplejecentrene i samme periode, hvilket svarer til et fald på 24 pct.

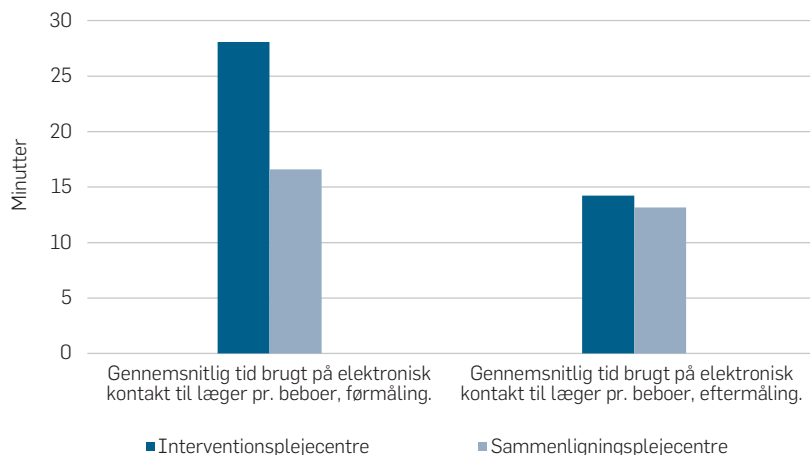
At plejepersonalet bruger mindre tid på den telefoniske og elektroniske kontakt hænger til dels sammen med, at flere af de fast tilknyttede læger har givet plejepersonalet mulighed for at komme i kontakt

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -108 af 154

med dem via et direkte telefonnummer. På den måde undgår plejepersonalet at skulle hænge i røret og vente på at komme igennem til den pågældende læge i telefontiden. Generelt set oplever plejepersonalet, at de ikke længere skal bruge meget tid på at vente i telefonen. Plejepersonalet får nemt og hurtigt svar, og hvis ikke lægen kan tage telefonen, får de fat i sekretæren, der får lægen til at ringe tilbage, hvilket flere plejecentre giver udtryk for, ikke har været praksis tidligere. Herudover har samarbejdet og det øgede fokus på den mundtlige kommunikation betydet, at der blandt lægen og plejepersonale er en fælles forventningsafstemning om, hvordan samtalen skal føres, herunder hvilke observationer plejepersonalet skal have gjort sig, inden de tager kontakt til lægen, hvilket har været med til at nedbringe tiden brugt på at være i kontakt med lægen, hvilket også har en afsmittende effekt i forhold til kommunikationen med de øvrige praktiserende læger.

FIGUR 8.6

Gennemsnitlig tid i en måned brugt på elektronisk kontakt til praktiserende læger. Særskilt for før og efter tilknytningen af faste læger og for de syv interventionsplejecentre og de ni sammenligningsplejecentre. Antal minutter.



Kilde: SFI spørgeskemaundersøgelse blandt syv interventionsplejecentre og ni sammenligningscentre.

Endvidere fortæller flere repræsentanter fra plejepersonalet såvel som lægerne, at samarbejdet har skabt en tryghed blandt personalet, som nu i stedet for at skulle bruge tid på at vente på at komme igennem til lægerne i telefonen eller på at kommunikere elektronisk frem og tilbage kan sam-

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -109 af 154

le væsentlige ikke-akutte spørgsmål sammen til den fast tilknyttede læge, da de ved, at vedkommende kommer som minimum en gang om ugen. På et plejecenter fortæller plejepersonalet:

Det har givet en ro i hverdagene, fordi vi har kunnet samle tingene sammen til den dag, lægen kommer, og vi har ikke 20 EDIFACT'er¹⁹ hængende, som 17 forskellige læger skal besvare eller skal bruge hele formiddagen på at komme igennem til lægerne over telefonen.

Det har ført til en aflastning af personalet, at en stor del af de behandlings- og plejemæssige problematikker kan varetages, når den fast tilknyttede læge er på besøg. Den tættere dialog og lægens jævnlige gang på plejecentret nævner lægerne også som årsag til, at de oplever færre henvendelser fra plejepersonalet end ved pilotprojektets opstart.

At lægerne er blevet mere tilgængelige har også en afsmittende effekt på opfølgningen på plejepersonalets henvendelser, hvilket en medarbejder udtrykker på følgende måde:

Vi ved, der bliver handlet med det samme, og det er utroligt nemt, at få lægen til at komme og kigge til beboerne.

Og med hensyn til de problemstillinger, der i udgangspunktet ikke kræver et sygebesøg eller konsultation af beboeren i eget hjem, og som kan drøftes via elektronisk korrespondance påpeger personalet, at der er hurtig tilbagemelding fra de fast tilknyttede læger.

Tilknytningen af de faste læger betyder således, at lægen er blevet mere tilgængelig, og at plejepersonalet ikke i samme omfang skal bruge den samme tid på at komme og være i telefonisk og elektronisk kontakt med lægen. Det skyldes dels, at det er nemmere at komme igennem til lægen, end det tidligere har været, og dels at plejepersonalet har kunnet samle tingene sammen og drøfte dem i lægens tilstedeværelse på plejecentret. Derudover er kommunikationen parterne imellem blevet mere tydelig, samtidig med at den gensidige forståelse for hinandens faglige praksis har betydet, at kommunikationen, når lægen ikke er til stede, er blevet mere hensigtsmæssig og tidsbesparende.

¹⁹ EDI benyttes i sundhedssektoren til elektronisk udveksling af recepter, laboratoriesvar og udskrivningsbreve (epikriser). Parterne anvender standardiserede meddelelsesformater for at undgå fejlfortolkninger.

OPSAMLING

- Tilknytningen af de faste læger har ført til et tættere samarbejde mellem plejepersonalet og den pågældende læge, hvilket kommer alle parter til gavn.
- Plejepersonalet oplever at skulle bruge mindre tid på at komme og være i telefonisk og elektronisk kontakt med de faste læger, fordi tilgængeligheden er blevet bedre. Ligesom samarbejdet har resulteret i et fælles sprog plejepersonalet og lægen imellem, så at kommunikationen er blevet mere målrettet.
- Det tættere samarbejde og de faste lægers tilstedeværelse på plejecentrene har endvidere givet plejepersonalet en tryghed, således at de i langt højere grad kan samle ikke-akutte problemstillinger, til når lægen er på plejecentret. Plejepersonalet oplever, at det i langt højere grad end tidligere er muligt at få lægen ud til en konsultation af beboeren i eget hjem eller et sygebesøg.
- Samarbejdet har medført, at plejepersonalet i højere grad oplever at have tillid til de faste lægers faglige indsigt i beboernes helbredstilstande, idet lægerne har sat sig ind i hver beboers journal ligesom deres faste tilstedeværelse på plejecentret indebærer, at der bliver fulgt op på beboernes behandlingsforløb. Samtidig har lægerne også fået mere tillid til plejepersonalets indsigt i beboernes helbredssituation.

BRUGERTILFREDSHED BLANDT DE INVOLVEREDE AKTØRER

Vi ser i dette kapitel nærmere på de involverede aktørers tilfredshed med pilotprojektet. Vi indleder med at belyse, hvorledes brugertilfredsheden er defineret som udfaldsmål, hvorefter vi særskilt ser nærmere på tilfredsheden hos henholdsvis plejepersonalet, de fast tilknyttede læger og beboerne og pårørende.

BRUGERTILFREDSHED SOM UDFALDSMÅL

Tilknytningen af den faste læge forventes at have en afsmittende effekt på tilfredsheden blandt de aktører, som er omfattet af pilotprojektet. Det drejer sig primært om plejepersonalet, som dagligt varetager plejen af beboere, og de fast tilknyttede læger, som samarbejder med plejepersonalet og har sin faste gang på plejecentrene.

Som vi beskrev i kapitel 1, er det overordnede formål med pilotprojektet at forbedre kvaliteten i de pleje- og behandlingsmæssige forløb for beboerne på plejecentrene, hvorfor interventionen naturligvis også forventes at øge tilfredsheden blandt beboerne med de fast tilknyttede læger. Da en relativ stor andel af beboerne af helbredsmæssige årsager hverken vil være i stand til at lade sig interviewe eller udfylde et spørgeskema, afdækker vi beboernes tilfredshed med projektet gennem spørge-

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -112 af 154

skemabesvarelser fra de pårørende. Vi spørger de pårørende om deres oplevelse af plejen fra personalets side og lægens behandling, herunder medicinering af beboerne. Endvidere har vi spurgt plejepersonalet såvel som de fast tilknyttede læger om deres vurderinger af, hvordan og i hvilket omfang projektet har påvirket beboerne. I det følgende benytter vi, som det fremgår af boks 9.1 en kvalitativ tilgang med afsæt i såvel interview- og spørgeskemadata til at afdække brugertilfredsheden blandt plejepersonalet, de fast tilknyttede læger, beboerne og pårørende.

BOKS 9.1

Datagrundlag til afdækning af interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentres" betydning for brugertilfredsheden.

Datagrundlaget består i dette kapitel af:

- Fokusgruppeinterview med plejepersonalet på de syv interventionsplejecentrene.
 - Interview med de lokale tovholdere på de syv interventionsplejecentrene.
 - Interview med de fast tilknyttede læger.
 - Spørgeskemabesvarelser fra de syv interventionsplejecentrene.
 - Spørgeskemabesvarelser fra de pårørende.
-

PLEJEPERSONALET

Som beskrevet i kapitel 8 har det forbedrede samarbejde mellem plejepersonalet og de fast tilknyttede læger ført til en række forbedringer i forhold til plejepersonalets daglige arbejde. Det drejer sig om lægens øgede tilgængelighed, herunder den reducerede tid brugt på såvel telefonisk som elektronisk kontakt samt en højere tillid til lægens faglige indsigt i beboernes helbredstilstande, ligesom det giver en større ro og trykthed i plejepersonalets daglige pleje af beboerne, at de ved, at lægen er til stede og tilgængelig, når der er behov for det.

Herudover giver samtlige plejecentre udtryk for, at de ugentlige møder og de fast tilknyttede lægers vejledning- og læringsforløb har betydet en stor læring blandt plejepersonalet, således at de føler sig bedre rustede til at varetage de pleje- og behandlingsmæssige opgaver og kan yde en bedre og hurtigere pleje end tidligere. At projektet har været fagligt udviklende udtrykker en medarbejder således:

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -113 af 154

”Den faglige sparring med lægen har været det største udbytte, og at der har været tid til det [de ugentlige møder] ... Vi har været særdeles tilfredse, det har øget den faglige stolthed og identitet.

Ud over den faglige sparring påpeger plejepersonalet på alle plejecentrene, at netop lægens faste gang på centret og den øgede tilgængelighed er de største fordele ved projektet. Dette giver plejepersonalet en vished om, at der bliver handlet og fulgt op fra den fast tilknyttede læges side, når en beboer har eller har haft brug for behandling, hvilket tidligere har givet anledning til frustrationer og bekymringer blandt plejepersonalet, når de har oplevet, at beboeren ikke har fået den mest hensigtsmæssige pleje og behandling.

I forlængelse heraf er der en bred enighed på plejecentrene om, at der med tilknytningen af den faste læge har været tale om et kvalitetsløft, og at de generelt set ingen negative indvendinger har. Dog nævner enkelte plejecentre, at de ugentlige møder har været tidskrævende, og at det har været en udfordring at skabe tid til, at plejepersonalet kunne deltage i lægens vejlednings- og læringsforløb. Særligt i opstartsfasen var det en udfordring at få møderne planlagt, så de gjorde mindst ”skade” i en meget travl hverdag for plejepersonalet. Nogle plejecentre og læger nævner, at der med fordel kunnet have været afsat ekstra ressourcer eller midler til plejecentrene, således de i højere grad kunne have frigjort personalet til deltagelse i de ugentlige møder. I den forbindelse ytrer en medarbejder i plejepersonalet på et af plejecentrene:

Nej, samarbejdet går fint – den store udfordring er, at tidsforbruget ikke er blevet kompenseret for vores vedkommende. Særligt rollen som tovholder er en opgave, der burde kompenseres, for der ligger et stort koordinationsarbejde hver uge for at få det til at gå op i en højere enhed med de ugentlige møder, ligesom plejepersonalet ikke kompenseres for at gå til møderne. Men der er ingen tvivl om, at projektet har givet os et fantastisk fagligt løft [...] Det er et kvalitetsprojekt, ikke et spareprojekt, for det koster at arbejde med kvalitet.

Dog opfatter samtlige plejecentre, at møderne har været en faglig investering, hvorfor der også er en bred konsensus om, at de ugentlige møder har givet dem en større faglighed tryghed og kontinuitet i deres arbejde,

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -114 af 154

hvilket har gjort arbejdsgangene nemmere til plejepersonalets store tilfredshed.

DE FAST TILKNYTTETE LÆGER

Blandt lægerne er der også enighed om, at de er glade for samarbejdet med plejepersonalet. Alle lægerne påpeger, at de har haft et stort såvel fagligt som personligt udbytte af at deltage i pilotprojektet. Flere nævner, at den tættere dialog og deres jævnlige gang på plejecentret har gjort, at de har fået en bedre indsigt i plejepersonalets arbejde og engagement i den daglige pleje af beboerne. Ligeledes påpeger flere læger, at den tættere arbejdsrelation har betydet, at der fra begge parter side er kommet en større forståelse for og kendskab til hinanden, hvilket har været af afgørende betydning for den større grad af behandlingsmæssig kontinuitet.

Lægerne fortæller om forskellige motivationsfaktorer for at søge stillingen, men en gennemgående faktor er, at de alle synes, at ældreområdet er vigtigt og interessant. En læge uddyber det på denne måde:

Det [projektet] har udvidet min indsigt i geriatrien og i behandlingen og omsorgen for patienter i de sidste faser af livet.

Endvidere påpeger en af lægerne, at motivationen til dels også kom fra, at plejepersonalet havde tendens til unødvendige henvendelser til lægen, men at disse netop er blevet reduceret som følge af samarbejdet, bl.a. fordi plejepersonalet som sagt har mulighed for at kunne samle de fleste spørgsmål sammen og tage dem op ved lægens tilstedeværelse på plejecentret.

Lægerne fortæller desuden, at de rent fagligt synes, det har været en spændende udfordring at få en stor patientgruppe med mange medicinske sygdomme, ligesom de ugentlige møder, vejlednings- og læringsforløb af plejepersonalet har været opgaver, som de fagligt såvel som personligt har fået et stort udbytte af. Imidlertid er tilgangen af mange nye, medicinsk komplekse patienter en udfordring, som samtlige læger i større eller mindre grad peger på som værende pilotprojektets helt klare ulempe. Som beskrevet i kapitel 1 var projektet, målt på tilgangen af beboere til den fast tilknyttede læge, allerede en succes fra starten, men den enorme tilgang af nye patienter til lægerne har ligeledes medført en øget arbejdsbyrde for nogle af lægerne. Om end lægerne er glade for projektet

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -115 af 154

og samarbejdet, har opstarten således været en stor udfordring, særligt på de større plejecentre. En læge fortæller således:

Jeg oplevede en meget hård start, da jeg næsten fra den ene dag til den anden fik 80-90 nye beboere at skulle forholde mig til. Vores klinik var næsten ved at bryde sammen pga. dette arbejds-pres. Jeg havde slet ikke set det komme.

I forlængelse heraf påpeger en anden læge, at det konstante indtag af nye patienter med mange diagnoser kan virke meget overvældende. Både fra plejepersonalets og lægernes side er holdningen, at det fremadrettet ville være ideelt at dele arbejdet mellem to eller flere fast tilknyttede læger på de større centre. Dette ville betyde, at lægen havde en gruppe af kolleger, der kunne foretages en intern lægefaglig sparring med, ligesom det ville være med til at kunne opretholde større kontinuitet i fx ferieperioder.

PÅRØRENDE OG BEBOERNE

Det er en generel holdning på tværs af plejepersonalet, de fast tilknyttede læger og de pårørende, at der har været tale om et kvalitetsprojekt, som har haft en stor betydning for de pleje- og behandlingsmæssige forløb for de enkelte beboere. En medarbejder uddyber det på følgende måde:

Den behandling, som beboerne har fået gennem projektet, er ikke et luksurniveau, men det niveau, som ældreplejen bør være på. Det er det niveau, man som pårørende forventer, selvom det ikke er sådan de fleste steder.

Og de fast tilknyttede læger bakker op om denne udvikling. Blandt andet fortæller en læge ved projektets afslutning:

Hele plejen, behandlingen og omsorgen for beboerne har fået et gevaldigt løft. Et løft, som vi vil forsøge at holde niveauet på i fremtiden [efter projektets afslutning].

De pårørende fortæller ligeledes om, at tilknytningen af den faste læge kun har ført positive ting med sig. Blandt de pårørende til beboere, som har valgt at skifte til den fast tilknyttede læge, er den primære årsag til lægeskiftet et generelt ønske om, at beboeren eller de pårørende får en

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -116 af 154

mere personlig kontakt med beboerens praktiserende læge. En pårørende fortæller:

Det var næsten umuligt at komme i kontakt med den læge, min mor havde i forvejen, og det var det også for plejepersonalet. Så det, at der kom en læge fast på plejecentret, var bare sagen.

I tråd hermed fortæller hovedparten af de pårørende, at det meget ofte kunne være svært at få lægen til at komme ud på et sygebesøg eller konsultation af beboerne i eget hjem, men at det samtidig ofte var besværligt og uhensigtsmæssigt, at beboerne selv skulle ind til deres læge.

Det er meget svært at få min mor transporteret til egen læge, da hun ikke går så godt, og desuden er hun temmelig dement. Da det er svært at få hendes læge ud på et sygebesøg, så vi et skift til den fast tilknyttede læge på plejecentret som en god mulighed for at få hende tilset oftere.

Ligeledes fortæller flere pårørende, at det som pårørende også er blevet nemmere, da de i langt højere grad er i direkte kontakt og dialog med den fast tilknyttede læge omkring beboernes helbred og pleje- og behandlingsforløb fremadrettet. Dette har endvidere betydet, at de pårørende får en større fornemmelse af, at der er nogen, der tager sig af deres familiemedlem, hvilket giver dem en tryghed.

Blandt de beboere, som ikke har skiftet til den fast tilknyttede læge, skyldes det manglende skift enten, at beboerne i forvejen havde et godt forhold til deres praktiserende læge, eller at beboerne først i projektets afslutning er flyttet ind på plejecentret og dermed ikke har kunnet nå at blive omfattet af det. Med hensyn til sidstnævnte gruppe giver de fleste pårørende dog udtryk for, at hvis projektet ville fortsætte, ville deres familiemedlem også skifte til den fast tilknyttede læge.

OPSAMLING

- Alle involverede, såvel de fast tilknyttede læger, plejepersonalet og de pårørende, er positive over for interventionen.

**Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt
Bilag 1 - Side -117 af 154**

- De fast tilknyttede læger føler, at det er en stor udfordring at få mange nye medicinske komplekse patienter på en gang og giver udtryk for, at det særligt på de store plejecentre kunne være hensigtsmæssigt at tilknytte mere end én læge.
- Plejepersonalet føler, at det er en udfordring at finde tid til de yderst velfungerende ugentlige samarbejds møder.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt
Bilag 1 - Side -118 af 154

PERSPEKTIVER I EN BUSINESS CASE

For at perspektivere resultaterne i forbindelse med pilotprojektet ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” på de syv plejecentre har vi udarbejdet en business case. Business casen er et nyttigt værktøj, da den kan skitsere økonomiske fordele og ulemper gennem eksempler fra pilotprojektet. I denne business case giver vi også et bud på ikke-økonomiske fordele og ulemper ved interventionen (fx livsglæde).

Som det fremgår af boks 10.1 er datagrundlaget for perspektivering og business casen som i de foregående kapitlers resultater.

BOKS 10.1

Datagrundlag for perspektivering og business casen for interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre.”

ALLE DATA OG RESULTATER FRA FOREGÅENDE KAPITLER:

- Alle danske plejecenterbeboere, der er 65 år eller ældre og bor på et plejecenter med mere end 20 beboere
 - Beboere på syv interventionsplejecentre og beboere på ni sammenligningsplejecentre
 - Registerdata, spørgeskema data og kvalitative interview
-

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -120 af 154

RAMMERNE

Business casens resultater tager udgangspunkt i den population, vi har analyseret i de kvantitative og kvalitative analyser i rapporten. Her er det vigtigt at understrege, at vi forventer, at de syv interventionsplejecentre, som indvilgede i at deltage i pilotprojektet, må have set nogle fordele ved at indgå i projektet, ellers ville de have fravalgt det. Det betyder, at den positive effekt fra pilotprojektets syv plejecentre ikke nødvendigvis kan overføres direkte til resten af plejecenterpopulationen i Danmark. Den positive selektion ind i pilotprojektet kan betyde, at de beregnede effekter af interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” kan være maksimum værdier for mulige effektstørrelser. Samtidig er det en kendsgerning, at utallige initiativer er etableret på mange øvrige plejecentre i samme periode, hvor de øvrige plejecentre også deltager efter eget ønske. Så de fundne effektstørrelser af interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” kan muligvis også blive større, hvis interventionen udrulles blandt plejecentre, som ikke har deltaget i andre interventioner. Vi kan ikke tage højde for den positive selektion blandt de deltagende plejecentre, derfor anvender vi analysens resultater, som de er, og generaliserer dem så vidt, det er muligt, dog hele tiden med selektionen for øje.

Analyseperioden i rapporten strækker sig over 38 måneder fra januar 2011 til februar 2014. Når vi skal sammenligne en før- og efterperiode, vil vi gerne kigge på lige lange perioder, dvs. vi kan maksimalt kigge på 18 måneder før og 18 måneder efter interventionen, altså i alt 36 måneder. Fra implementeringsnotatet (Weatherall m.fl., 2013) ved vi, at interventionen først var fuldt implementeret efter 6 måneder. Alle plejecentrene startede samtidig, men det tog som sagt tid at implementere interventionen helt. Det vil sige, vi forventer at interventionen har større effekt, når man ser på perioden efter de første 6 måneders implementering.

Ved at tage udgangspunkt i analysens population vil vi i business casen ikke inkludere de beboere, der er under 65 år, da disse kan være beboere med specielle lidelser, som ikke nødvendigvis er aldersrelaterede, og som derfor ikke på samme måde er relevant for business casen. Yderligere ser vi kun på plejecentre med over 20 beboere, da alle interventionsplejecentrene består af 20 beboere eller mere. Det betyder, at vi til business casen ser på en population bestående af 34.184 beboere i de 18 måneder, før interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” startede. Dette antal varierer i forhold til antal tilflyttere, fraflyttere og døde.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -121 af 154

Vi ved fra de faktiske tal, at 30 pct. af beboerne dør inden for 18 måneder. Vi har ikke i forhold til analysen forholdt os til, om interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre" påvirker dødeligheden, men ud fra de faktiske tal ser der ikke ud til at være en ændring i før- og efterperioden, hvilket kan skyldes, at vi ikke har mulighed for at se effekten på lang sigt inden for 18 måneder. Vi antager altså ingen forskel i dødeligheden i før- og efter-perioden og tager udgangspunkt i de faktiske førperiode-tal og runder ned til nærmeste hundrede, så vi er sikre på ikke at overvurdere antallet af potentielle beboere. Det vil sige, at vi ser på en plejecenterpopulation, der samlet set omfatter 34.100 beboere.

I analysen så vi på plejecenterbeboere på 927 plejecentre i analyseperioden. Plejecentre opstår, nedlægges, ændres og slås sammen, det ved vi blandt andet fra de kvalitative interview med plejecentrene. Tendensen har været at effektivisere plejecentre og slå mindre centre sammen til større og få folk til at blive boende så lang tid i eget hjem som muligt, men over en periode på 36 måneder synes det rimeligt at antage, at antallet af plejecentre er konstant. I forhold til interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre" burde det heller ikke betyde så meget, om plejecentrene bliver større og større, da lægerne kan tilse et vist antal, og hvis to plejecentre slås sammen, så stiger antallet af beboere tilsvarende, og det må betyde et tilsvarende større antal fast tilknyttede læger. For igen at lave et konservativt estimat af interventionen runder vi antallet af plejecentre op, da flere plejecentre til dels vil betyde flere omkostninger. Vi antager derfor, at der er 930 plejecentre, som bliver berørt, hvis interventionen udrulles.

De ovenstående omtalte rammebetingelser for business casen er opstillet i tabel 10.1.

TABEL 10.1

Rapportens antagelser for rammebetingelserne i business casen. Særskilt for før- og efter-perioden for interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre". Måneder, antal og procent.

	Før	Efter
Tidsperiode i måneder	18	18
Antal plejecentre med mere end 20 beboere	930	930
Populationen af plejecenterbeboere	34.100	34.100
Døde, procent	30	30

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

INDLÆGGELSER

Forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser er de primære udfaldsmål for interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” og nærværende rapport. Til business casen tager vi udgangspunkt i antallet af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser i hele plejecenter-populationen. Det skyldes, at business casen skal vise, hvordan effekten af interventionen kan generaliseres til hele plejecenterpopulationen. Vi tager altså ikke udgangspunkt i interventionsplejecentrenes indlæggelsesprocenter for henholdsvis forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser, som gennemsnitligt ligger lidt højere end i resten af plejecenterpopulationen. Grunden til, at vi ikke tager udgangspunkt i indlæggelserne blandt interventionscentrene er, at interventionscentrene udgør 2 pct. af hele populationen, og det giver derfor bedre mening at gå ud fra indlæggelserne blandt kontrolgruppen som udgør 98 pct. af populationen. Resultaterne fra pilotprojektet ønsker vi netop at overføre til kontrolpopulationen.

Når vi overfører den fundne effekt af interventionen i pilotprojektet på et i udgangspunktet relativt mindre antal indlæggelser, vil vi også antalsmæssigt få en mindre effekt. Det kan betyde, at vi undervurderer de samlede besparelser af effekten af interventionen.

Effekten af interventionen er beregnet ud fra gennemsnittet på de syv interventionsplejecentre. Hvis effekten af interventionen er aftagende i forhold til udgangspunktet for indlæggelser på plejecentre, så er effekten, som vi fandt i effektanalysen, overvurderet. Når vi så overfører den procentuelle effekt til resten af plejecenterpopulationen, som relativt har færre indlæggelser, så vil vi overvurdere besparelsen ved interventionen. Hvis de fundne effektstørrelser derimod er mulige at overføre direkte, så undervurderes som sagt besparelserne ved interventionen. Vi har ikke noget belæg for, at den procentuelle effekt ikke kan overføres på et lavere gennemsnit af indlæggelser, og derfor anvender vi de fundne effektstørrelser direkte på hele plejecenterpopulationen.

Taksterne for de forskellige forebyggelige indlæggelser varierer betydeligt mellem 14.000 kr. og 44.000 kr. (jf. SSI, 2013). Vi har valgt at bruge et gennemsnit af alle forebyggelige indlæggelser, dvs. 25.000 kr. (jf. SSI, 2013). I forhold til genindlæggelser og korttidsindlæggelser vælger vi samme gennemsnitspris som for forebyggelige indlæggelser. Dette skyldes, at de forebyggelige diagnoser er hyppige indlæggelsesdiagnoser

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -123 af 154

blandt plejecenterbeboere. Ved at anvende prisen for forebyggelige diagnoser, så vil vi i højere grad undervurdere end overvurdere besparelserne ved interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”.

Effektstørrelserne fra kapitel 3, 4, og 5 for henholdsvis forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser overføres til hele plejecenterpopulationen. Som tidligere understreget kan en indlæggelse både være en forebyggelig indlæggelse, en genindlæggelse og en korttidsindlæggelse på samme tid. I business casen tager vi ikke højde for indlæggelser, der er alle tre kategorier samtidig. Vi anvender derimod effektresultaterne for henholdsvis forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser hver for sig.

Ovenstående antagelser for de tre forskellige indlæggelser er sammenfattet i tabel 10.2.

TABEL 10.2

Rapportens antagelser i forbindelse med indlæggelser i business casen. Særskilt for før- og efter-perioden for interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”. Antal, procent og kroner.

	Før	Efter
<i>Forebyggelige indlæggelser</i>		
Antal (faktiske tal fra datasæt)	18.414	13.258
Effektstørrelse, pct.		28
Pris for gennemsnitlig forebyggelig indlæggelse	25.000	25.000
<i>Genindlæggelser</i>		
Antal (faktiske tal fra datasæt)	24.552	17.923
Effektstørrelse, pct.		27
Pris for gennemsnitlig genindlæggelse	25.000	25.000
<i>Korttidsindlæggelse</i>		
Antal (faktiske tal fra datasæt)	55.242	47.508
Effektstørrelse, pct.		14
Pris for gennemsnitlig korttidsindlæggelse	25.000	25.000

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

SAMARBEJDE MELLEM LÆGER OG PLEJEPERSONALE

Grundlaget for interventionen ”Fast tilknyttede læge på plejecentre” er, at skabe bedre betingelser for samarbejdet mellem lægen og plejepersonalet. Derfor indeholder interventionen et fast ugentligt antal timer, hvor lægen kommer ud på plejecentret og yder rådgivning, såvel som vejleder plejepersonalet i forbindelse med forskellige sundhedsfaglige problem-

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -124 af 154

stillinger. Udgifterne til interventionen består hovedsageligt af honorering af lægerne for deltagelse i samarbejds møderne og SOS's²⁰ udgifter til at organisere interventionen på plejecentrene og formidling af interventionen.

Vi tager udgangspunkt i SOS's opdaterede budget fra 2013, når vi beregner udgifterne til interventionen og implementeringen. Ud fra de tildelte timer til samarbejds møderne på interventionscentre udregner vi gennemsnitstimerne pr. uge og antager, at det kan overføres til hele plejecenterpopulationen. De syv fast tilknyttede læger i pilotprojektet fik et samlet honorar på 1.432.500 kr. Dette inkluderer dog også omkostningerne for udstedelse af nyt sundhedskort i forbindelse med lægeskift. Vi beregner en timesats for lægernes mødedeltagelse, som vil være lidt overvurderet, da de også indeholder udgifterne til de nye sundhedskort til de nye patienter.

SOS's driftsudgifter i forbindelse med faciliteringen af interventionen er 1.141.500 kr. Driftsudgifter har været til møder, samarbejdsudgifter og trykning af materiale til plejecentrene. Disse driftsudgifter kan splittes op på de syv interventionsplejecentre. Vi antager, at udgifterne vil være de samme for de resterende plejecentre, dog mener SOS, at der ved en udrulning af pilotprojektet vil være mange stordriftsfordele, og driftsomkostningerne vil umiddelbart kunne reduceres pr. plejecenter. Hvis interventionen implementeres på længere sigt, vil udgiften forventes at blive nul, men ikke i den tidsperiode, vi laver business casen for. Igen vil det betyde, at vi overvurderer omkostningerne ved interventionen.

Fra interview med personalet på plejecentrene ved vi, at de mener, at der ikke er blevet sat ekstra ressourcer af til personalets deltagelse i samarbejds møderne. Plejecenterledelsen og initiativtagerne bag interventionen har umiddelbart ikke ment, at der var behov for ekstra ressourcer i forbindelse med plejepersonalets indsats, da ideen var, at de fik frigivet nogle ressourcer ved ikke længere at skulle bruge tid på uhenigtsmæssig eller manglende kommunikation med de mange tidligere læger.

Fra interviewene fremgår det dog, at det kræver ekstra administrative ressourcer, når man starter en intervention. Disse var ikke bevilget i pilotprojektet, og vi ved derfor ikke præcist, hvor mange det drejer sig om. I forhold til plejecenter-administrationsomkostninger og plejepersonaleressourcer kan det være, at vi undervurderer omkostningerne

20. Socialstyrelsen.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -125 af 154

ved interventionen, da vi ikke har nogen direkte oplysninger om disse omkostninger. Hvis det samtidig viser sig, at en lokal tovholder på plejecentrene er nødvendig i forbindelse med implementeringen, så er der som sagt en buffer i SOS's driftsudgifter, som kunne gives til en tovholder-funktion på plejecentrene.

Antagelserne vedrørende implementeringsudgifter til business casen er kort opridset i tabel 10.3

TABEL 10.3

Rapportens antagelser for interventionens omkostninger i business casen. Særskilt for før- og efter-perioden for interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre". Timer og kroner.

	Før	Efter
Læger, gennemsnitlig tid til møder, timer	0	2,36
Læger, timesats for møder, kroner	0	1.085
Plejecenter, ressourcer til møder, kroner	0	0
SOS-implementeringsudgifter pr. plejecenter, kroner	0	163.100
Plejecenter-administrationsomkostninger	Intet kvantitativt	Stigning

Kilde: SOS og interview med plejepersonale, lokale tovholdere og de fast tilknyttede læger.

LÆGEKONTAKT

Der er en generel forventning til pilotprojektet "Fast tilknyttede læger på plejecentre" om, at et tættere samarbejde mellem plejepersonalet og den fast tilknyttede læge vil betyde, at der ikke længere vil være det samme behov for at kontakte lægevagten. Ud fra den beskrivende statistik i kapitel 6 og interview med plejepersonalet er det vores indtryk, at interventionen har reduceret kontakten til lægevagten. Vi har ikke lavet en effektanalyse og kan kun lave en kvalitativ vurdering ud fra den beskrivende statistik, som viser, at andelen af beboere, der har kontakt med lægevagten på interventionsplejecentre, er faldet fra 16 pct. til 13 pct.

Samtidig med at man forventede, at antallet af kontakter til lægevagten faldt, så forventede man også, at kontakten til den fast tilknyttede læge ville stige i en implementeringsperiode grundet den nye samarbejdssituation. Ud fra de beskrivende statistikker, vi har lavet på registerdata, ser vi, at kontakten til egen læge (her den fast tilknyttede læge) er steget fra 1,7 til 2 kontakter pr. måned.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -126 af 154

I interview med plejepersonalet giver de udtryk for, at de bruger meget mindre tid på at vente i telefonen eller på elektronisk korrespondance med lægen i forbindelse med sygdomme blandt beboerne. Antagelserne omkring kontakten til lægevagten og den fast tilknyttede læge er opridset i tabel 10.4.

TABEL 10.4

Rapportens antagelser vedrørende læger og lægevagten i business casen. Særskilt for før- og efter-perioden for interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre". Antal og tidsforbrug.

	Før	Efter
Gennemsnitligt antal månedlige kontakter til lægevagten	0,16	0,13
Gennemsnitligt antal månedlige kontakter til læge	1,7	2
Plejepersonalets forbrug af telefonisk tid	Intet kvantitativt	Reduktion
Plejepersonalets forbrug af elektronisk tid	Intet kvantitativt	Reduktion

Kilde: Registerdata, spørgeskemadata og interview med plejepersonale, lokale tovholdere og de fast tilknyttede læger.

MEDICINERING

I kapitel 7 beskrev vi, at mange beboere på plejecentre er medicinsk komplekse beboere, der modtager forskellige præparater for multiple sygdomme, og at medicinbehandlingen ofte er en meget omfattende og tidskrævende del af personalets hverdag på plejecentrene. Her forholder vi os kun til den receptpligtige medicin og medicin udleveret af plejepersonale. Medicinbehandlingen dækker over en række arbejdsopgaver, som ofte fordeles sig ud over en hel dag, og drejer sig bl.a. om medicinbestilling, -dosering og -uddeling samt løbende gennemgang af beboernes medicinlister.

Medicinændringerne i forbindelse med interventionen "Fast tilknyttede læger på plejecentre" er ikke blevet kvantificeret i denne analyse. Ud fra interview med lægerne er det dog helt klart, at de fleste fast tilknyttede læger i forbindelse med medicingennemgangen har reduceret mange beboeres medicinforbrug. Det vil sige, at vi i et business case-perspektiv vil forvente, at interventionen og den medfølgende medicinreduktion vil betyde en samfundsmæssig besparelse, hvis reduktionen betyder mindre af den samme medicin. Der er mulighed for, at medicinreduktionen kunne øge utilfredsheden blandt beboerne, hvis det betyder, at lægen fx reducerer beboernes mængde af afhængighedsskabende smer-

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -127 af 154

testillende medicin, som blev givet i forbindelse med operationer flere år tilbage. I nærværende evaluering har vi dog ikke fundet nogle, der har omtalt en sådan utilfredshed. Samlet set vurderes den ændrede medicinering som positiv.

BRUGERTILFREDSHED

Formålet med pilotprojektet ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” er, som vi beskrev i kapitel 1, at forbedre kvaliteten af de pleje- og behandlingsmæssige forløb for beboerne på plejecentrene, hvorfor interventionen naturligvis også forventes at øge tilfredsheden blandt beboerne med de fast tilknyttede læger.

I kapitel 9 finder vi, at både beboere, pårørende, plejepersonalet og læger er meget tilfredse med pilotprojektet, og føler at deres pleje eller arbejdsbetingelser er blevet forbedret. I den forbindelse er det vigtigt at understrege de metodiske overvejelser, vi beskriver i kapitel 2. Vi understreger, at det kan være en selekteret gruppe af personer på plejecentrene, som besvarer spørgeskemaerne og interviewene, og dermed får vi så positive tilbagemeldinger i forhold til pilotprojektet. Imidlertid kommer de optimistiske tilbagemeldinger fra mange forskellige aktører, der er involveret.

Det er vigtigt at holde sig for øje, hvis pilotprojektet skal udrulles til hele landet, at flere læger ikke umiddelbart vil have økonomiske incitamenter til at blive en fast tilknyttet læge på et plejecenter. Lægerne udtrykker, at det er en stor omkostning at overtage så mange nye patienter. Samtidig udtrykker nogle af lægerne, at deres private praksis er mindre attraktiv, når den har mange ældre medicinske patienter, da de er meget omkostnings- og indsatskrævende. Alligevel er de fast tilknyttede læger glade for pilotprojektet og det faglige udbytte, de har oplevet at arbejde med så mange ældre på samme tid.

BUSINESS CASE

Ud fra ovenstående antagelser opstiller vi nu business casen, hvor resultaterne af pilotprojektet ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” på de syv plejecentre overføres til hele populationen. Business casen består på den ene side af kvantificerbare besparelser (jf. tabel 10.5) fremkommet ved hjælp af effekt-analysernes resultater. På den anden side består business

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -128 af 154

casen af nogle relative betragtninger, som vi har fået informationer om undervejs i projektet via interview og spørgeskemaer (jf. tabel 10.6).

Tabel 10.5 viser de beregnede udgifter i forbindelse med forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser 18 måneder før interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” udrulles til plejecenterpopulationen, der er ældre end 65 år og bor på et plejecenter med mere end 20 beboere. For at tage højde for prisudviklingen har vi anvendt de samme priser i før- og efter-perioden (dvs. realpriser). Udgifterne 18 måneder efter, interventionen er startet, er blevet tilbage diskonteret med en diskonteringsfaktor på 3 pct. for at tage højde for, at fremtidige besparelser ikke er lige så meget værd som besparelser nu og her.²¹

TABEL 10.5

Business case: Økonomisk effekt af interventionen ”Fast tilknyttede læge på plejecentre” på alle Danmarks plejecentre med mere end 20 beboere. Særskilt for udgifter før og efter interventionen startede. Kroner og procent.

Primære mål	Før projekt (18 mdr.)	Efter projekt (18 mdr.) ¹	Besparelse
	I alt, mio. kr.	I alt, mio. kr.	
Forbyggelige indlæggelser, udgifter	460	322	138
Genindlæggelse, udgifter	614	435	179
Korttidsindlæggelse, udgifter	1.381	1.153	228
Læggetid på samarbejds møder, udgifter		166	-166
Implementeringsudgifter		147	-147
Diskonteringsfaktor, procent		3	
Total			232

1. Omregnet til nutidsværdi.

Kilde: Egne beregninger.

De faktiske besparelser i forhold til en udrulning af interventionen på hele den øvrige population er på knap 232 mio. kr. Denne besparelse kan være et maksimum, hvis man antager, at den positive selektion af interventionsplejecentre ind i pilotprojektet betyder, at effekten af ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” er overvurderet. Samtidig er det vigtigt at understrege, at reduktionen i de forskellige indlæggelser kan indgå flere gange i beregningerne, da fx både en korttidsindlæggelse og en genindlæggelse kan være en forebyggelig indlæggelse, og det tager vi ikke højde for i denne business case.

21. Samfundsmæssige analyser anvender forskellige diskonteringsfaktorer, som ofte varierer mellem 2 og 5 pct. alt efter den samlede tidsperiode og produktet, der vurderes.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -129 af 154

I forhold til ovenstående kommentarer vedrørende de enkelte poster i business casen vurderer vi derimod, at 232 mio. kr. er et yderst konservativt estimat for besparelsen ved at udrulle interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” til hele plejecenterpopulationen. Specielt fordi vi har inkluderet hele implementeringsperioden og implementeringsomkostningerne i beregningen, som over en længere overrække må være lig nul. Samtidig viser tabel 10.5, at det er reduktionen i alle tre indlæggelsestyper, der driver besparelsen ved interventionen.

Rapportens analyse har som sagt haft mulighed for at få kvalitative informationer om de sekundære mål for interventionen, og dem har vi prøvet at evaluere ud fra en business case-ramme, selvom der ikke kommer resultater ud i kroner og ører. Den kvalitative del af business casen bygger både på beskrivende tal fra registrene, spørgeskemaoplysninger og interview samt de ovenstående antagelser og overvejelser. Resultaterne af den kvalitative business case ses i tabel 10.6.

Tabellen viser, at der både er mulighed for store omkostningsmæssige besparelser og udgifter i forbindelse med udrulningen af interventionen. For de fast tilknyttede lægers vedkommende vurderer vi ikke umiddelbart, at der er de store samfundsmæssige besparelser at hente ved udrulningen af interventionen. Samtidig ser det ud til, at en af de store udfordringer med hensyn til at udrulle projektet i hele landet er, at de praktiserende læger ikke har et stort økonomisk incitament til at få mange medicinske komplicerede patienter ind i deres praksis. Yderligere komplicerer interventionen fordelingen af patienter imellem de praktiserende læger, da de fast tilknyttede læger kan risikere at tage patienter fra andre læger, som ikke er interesserede i at opgive patienter. Disse problemstillinger er yderst vigtige at overveje, inden man forsøger at udrulle interventionen til plejecenterbeboere i hele landet.

Her er det vigtigt at påpege, at selvom de involverede læger i interventionen ser udfordringer i interventionen, så er de alle meget begejstrede for den, fordi den giver dem større arbejdsglæde og faglig tilfredsstillelse.

Plejepersonalet på interventionsplejecentrene giver på den ene side udtryk for, at de sparer en hel del uhensigtsmæssige kommunikationstid og efteruddannelse grundet de ugentlige samarbejds møder og nye kommunikationsformer med den fast tilknyttede læge. På den anden side føler plejecentrene og plejepersonalet, at de anvender ressourcer på samarbejdet med lægen, som der ikke umiddelbart er sat ressourcer af til.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -130 af 154

Selvom plejecentrene giver udtryk for nogle ressourcemæssige udfordringer, giver de alle udtryk for, at de har oplevet en stor stigning i arbejdsglæde og reduktion af frustration i forhold til de syge beboere i forbindelse med interventionen.

TABEL 10.6

Business case: Kvalitativ effekt af interventionen "Fast tilknyttede læge på plejecentre" på alle Danmarks plejecentre med mere end 20 beboere. Særskilt for udgifter før og efter interventionen startede.

	Før projekt (18 mdr.)	Efter projekt (18 mdr.)	Kvalitetsstigning
	Værdi	Værdi	Værdi
<i>Beboere</i>			
Udgifter til lægevagt	Ikke kvantificeret	Reduktion	Ja
Kontakt til egen læge udgifter	Ikke kvantificeret	Stigning	Nej
Medicinforbrug	Ikke kvantificeret	Reduktion	Reduktion
Transport til og fra læge	Ikke kvantificeret	Reduktion	Ja
Transport til og fra indlæggelse	Ikke kvantificeret	Reduktion	Ja
Glæde blandt beboere	Ikke kvantificeret	Stigning	Ja
Antal døde, procent	30	30	0
<i>Pårørende</i>			
Pårørendes tid på beboers læge	Ikke kvantificeret	Reduktion	Ja
Glæde blandt pårørende	Ikke kvantificeret	Stigning	Ja
<i>Plejecenter</i>			
Plejepersonale telefonisk tid	Ikke kvantificeret	Reduktion	Ja
Plejepersonale elektronisk tid	Ikke kvantificeret	Reduktion	Ja
Plejepersonaletid på samarbejds møder	0	Stigning	Nej
Administrationsomkostninger på plejecenter	0	Stigning	Nej
Uddannelses og oplæringsposter	0	Reduktion	Ja
Arbejdsglæde blandt plejepersonale	Ikke kvantificeret	Stigning	Ja
<i>Fast tilknyttede læger</i>			
Ekstra omkostning (trådløst netværk) elektroniske systemer	0	Stigning	Nej
Økonomiske gevinster i forhold til patienter	0	Reduktion	Nej
Tid til nye journaler	0	Første 6 mdr.	Nej
Læge-transporttid til og fra plejecenter	Ikke kvantificeret	Stigning	Nej
Arbejdsglæde blandt læger	Ikke kvantificeret	Stigning	ja
<i>Andre læger</i>			
Patient grundlag	Ikke kvantificeret	Reduktion/stigning	?
Total			Ja

Kilde: Danmarks statistiks registre, spørgeskemaer og interview med plejepersonale, lokale tovholdere og de fast tilknyttede læger..

I forhold til beboerne vurderer vi i tabel 10.6., at man vil opnå en samfundsmæssig besparelse i forhold til sygetransport og kontakt til lægevag-

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -131 af 154

ten, samtidig med at udgifterne til egen læge (dvs. den fast tilknyttede læge) vil stige.

De fast tilknyttede læger siger, at de har reduceret beboernes receptpligtige medicinforbrug. Umiddelbart kunne det medføre en stor samfundsmæssig besparelse, hvis det betyder mindre mængder af den samme medicin. Hvis reduktionen i medicinforbruget derimod betyder færre forskellige præparater, men mere af et enkelt dyrt præparat, så er det ikke nødvendigvis en besparelse. Umiddelbart forventer vi, at reduktionen i medicinforbruget øger beboernes livskvalitet, og både plejepersonalet og beboernes pårørende giver kraftigt udtryk for, at beboernes livskvalitet og glæde er steget markant i forbindelse med interventionen.

Samtidig med at beboerne er blevet tilknyttet den fast tilknyttede læge og har fået færre indlæggelser, giver de pårørende udtryk for, at deres tidsforbrug i forhold til beboernes helbredsmæssige problemer er markant reduceret. Udrulningen af interventionen vil dermed medføre en samfundsmæssig besparelse i forhold til de pårørende, samtidig med at de pårørende er yderst tilfredse med interventionen.

Vi har i ovenstående kvantitative og kvalitative business case illustreret de potentielle store samfundsmæssige udgifter og besparelser, der vil være i forbindelse med udrulningen af interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”.

OPSAMLING

- Den kvantitative business case for de primære effektmål viser, at man sandsynligvis kan opnå en besparelse på mere end 230 mio. kr. allerede inden for de første 18 måneder af interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” er udrullet.
- Den kvalitative business case, som i høj grad ser på de sekundære mål for interventionen, illustrerer, at der både kan være nogle potentielle udgifter og besparelser i forhold til udrulningen af interventionen, som det vil være godt at undersøge nærmere
- Den kvalitative business case illustrerer, at de involverede beboere, læger, plejecentre og pårørende i høj grad får en øget livskvalitet eller arbejdsglæde ved interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt
Bilag 1 - Side -132 af 154

BILAG

BILAG 1 DANMARKS STATISTIKS (2012) BEREGNING AF BORGERE I PLEJEBOLIGERE

- Fra befolkningsregisteret²² findes alle borgere på 80 år og derover, som har denne alder i det år, som statistikken vedrører. Det antages nemlig, at en stor del af disse borgere bor på plejehjem.²³ De ældre, der er registreret med en visitation til hjemmehjælp i eget hjem i slutningen af året, trækkes ud af beregningen.²⁴ Det betyder, at man ikke medtager en opgang med mange ældre, som får hjælp, hvor boligen ikke er et plejecenter.
- Herefter findes vejnavn, husnummer og postnummer på de resterende borgere i befolkningsregisteret. Det tælles op, hvor mange borgere der bor på hver adresse. Ud fra diverse kørsler finder Danmarks Statistik frem til, at kun adresser, hvor der bor mere end seks borgere på 80 år og derover skal medtages i beregningen. Det tælles

22. Befolkningsregister. Register, som indeholder alle borgere og deres adresser.

23. Når der søges i registret på personer og adresser, er der i alt ca. 230.000 borgere på 110.000 adresser (dette er inklusive flytninger over året) i aldersgruppen 80 år og derover.

24. Visiteret hjemmehjælp i eget hjem: Registeret er en del af de EOJ leverancer, som Ældredokumentationsforsøgsprojektet bygger på. Registeret indeholder, hvilke borgere der har modtaget hjemmehjælp i eget hjem. I 2011 leverede 92 kommuner data. For de resterende seks kommuner anvendes data for 2010 til at beregne landstotal.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -134 af 154

også op fra befolkningsregistret, hvor mange borgere under 60 år der bor på adressen. Såfremt antallet af borgere på 80 år og derover udgør mere end en fjerdedel på adressen, indgår adressen i beregningen. For København er forholdet sat til 1, dvs. lige mange 'unge' og ældre. De adresser, som således er tilbage, antages at være plejecentre.

- I alt er der ca. 1.400 adresser, hvor der bor mange ældre. Det skal huskes, at mange plejecentre har flere adresser. I det nye datasæt fratrækkes de adresser, som efterfølgende er fundet på Google som værende ældreboliger. På Stevns og Lolland bor de ældre i separate husnumre. Derfor kan metoden ikke anvendes i disse kommuner. I stedet er adresser fra registret om visiteret hjemmehjælp på plejecentre lagt ind, da disse to kommuner tidligere har indberettet data for deres plejecentre. På disse adresser hentes samtlige borgere fra befolkningsregistret.
- Når de pågældende kommuner, postnumre, vejnavne og husnummer er fundet, findes alle borgere på den pågældende adresse. Denne adresse antages at være et plejecenter. Borgere, som har boet på adressen i løbet af 2011 medtages og ikke kun dem, som bor på adressen ultimo 2011.
- Danmarks Statistik har sammenholdt beregningsmetoden i kommuner, hvor man kender adresserne på plejecentrene. Her er der en fejlmargen på +/- 3 pct. i antallet af borgere på plejecentre.

BILAG 2 REGISTERRAPPORTERING

Tabel B2.1 viser, at vi fra Sygesikringsregistret (SSR) har data fra januar 2011 frem til og med marts 2014 og fra Landspatientregistret (LPR) frem til og med marts 2014. Vi har oplysninger fra dødsregister frem til og med januar 2014. Registerne med baggrundskarakteristika er opgjort på ét enkelt tidspunkt, hvilket hænger sammen med, at disse, herunder køn, uddannelsesniveau mv., er konstante over tid for denne gruppe af ældre. Endvidere er det vigtigt at nævne, at vi alene har bopælsoplysninger for beboere på de øvrige plejecentre for 2011 og 2012. Dermed er vores population bestående af beboere på de øvrige plejecentre genereret ud fra oplysninger omkring deres bopæl i 2011 og 2012.

TABEL B2.1

Oversigt start- og sluttidspunkter for de anvendte registre.

	Startdato	Slutdato
<i>Registre:</i>		
Sygesikringsregistret (SSR)	1. januar 2011	31. marts 2014
Landspatientregistret (LPR)	1. januar 2011	31. marts 2014
Dødsregistret (Danmarks Statistik)	1. januar 2011	1. januar 2014
<i>Øvrige variable fra Danmarks Statistik</i>		
Baggrundsoplysninger (køn, alder, uddannelse)	1. januar 2011	1. januar 2011
Bopælsoplysninger fra befolkningsregistret	1. januar 2011	31. december 2012

Kilde: SFI opgørelse.

BILAG 3 STATISTISKE TEST

Vi anvender χ^2 -test og t-test for numeriske variable. For samtlige test er angivet, om der er en statistisk signifikant forskel og i så fald på hvilket niveau, eller om der ikke er nogen statistisk signifikant forskel. I en anmærkning angiver vi p-værdien, som er et udtryk for, hvor statistisk signifikant sammenhængen er. Signifikante parametre i regressionerne er angivet med *, ** eller *** i en anmærkning i tabellerne. Det vil sige, at *** betyder, at variabler er signifikante på 1-procent-niveau, ** at de er signifikante på et 5-procent-niveau, og * at de er signifikante på et 10-procent-niveau. P-værdien (p) er et udtryk for, hvor statistisk signifikant sammenhængen er, og siger noget om, hvor stor en usikkerhed vi accepterer. Er p-værdien $< 0,05$ (**) anses sammenhængen eller forskellen for at være tilstrækkelig sikker, så vi kan antage, at det ikke skyldes et tilfælde.

PROBIT ESTIMATION

Vi laver logistisk regression, som viser sammenhængen mellem sandsynligheden, for fx en høj andel af plejecenterets beboere har været udsat for en forebyggelig indlæggelse og plejehjemskaraktetika. Den simple logistiske regressionsmodel beskriver, at udfaldsvariablen y repræsenterer sandsynligheden θ for, at en hændelse indtræffer, mens x repræsenterer forskellige karakteristika. Sandsynligheden er ikke et lineært udtryk, der kan antage vilkårlige talværdier, men varierer mellem 0 og 1. Det er derfor nødvendigt at transformere sandsynlighederne ved hjælp af nedenstående model:

$$\log\theta_i - \theta_i = y_i = \beta_0 + \beta_1 x_{i1} + \dots + \beta_p x_{ip}$$

Her betegner θ_i sandsynligheden for hændelsen for den i 'te observation. I tabellerne viser vi marginale sandsynligheder, der angiver sandsynligheden for, at en hændelse finder sted sammenlignet med sandsynligheden for, at den ikke finder sted.

DIFFERENCE-IN-DIFFERENCES-MODELLEN

Difference-in-differences modellen har været en populær statistisk metode inden for socialforskningen siden Ashenfelter og Cards artikel fra 1985 (Imbens & Wooldridge, 2007). Metoden anvendes til at måle den gennemsnitlige kausale effekt af en intervention, når man har data til rå-

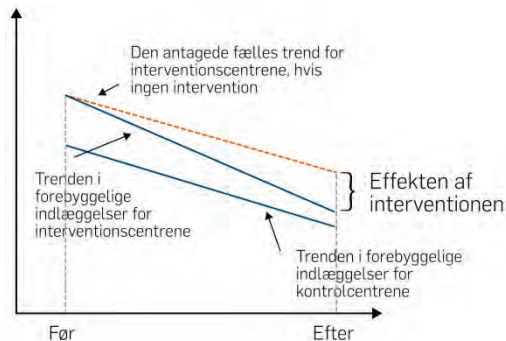
Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -137 af 154

dighed for en interventionsgruppe og en kontrolgruppe, både før og efter interventionen træder i kraft. Det mest simple difference-in-differences-setup løber over to perioder og består af en interventionsgruppe og en kontrolgruppe. Interventionsgruppen udsættes i periode to for en intervention, hvorimod kontrolgruppen fortsætter uændret. Den isolerede effekt af interventionen findes ved at trække den gennemsnitlige effekt fra periode et til periode to for kontrolgruppen fra forskellen i den gennemsnitlige effekt for interventionsgruppen.

Difference-in-differences-metoden tager højde for forskelle mellem grupperne og den generelle trend. Dog gælder det, ligesom for en almindelig lineær regression (også kaldet Ordinary Least Square (OLS)) OLS model, at interventionen ikke må være korreleret med uobserverbare faktorer, der påvirker udfaldsvariablen. Trendantagelsen skal være overholdt, for at modellen er identificeret. Det vil sige, at den gennemsnitlige udvikling for interventionsgruppen skal være den samme som for kontrolgruppen, hvis der ikke var nogen intervention (le Maire, 2011). I praksis betyder det, at trenden i antal forebyggelige indlæggelser mellem interventionsplejecentrene og den øvrige plejecenterpopulation vil være den samme, hvis interventionsplejecentrene ikke får tilknyttet en fast læge. Figur B3.1. illustrerer antagelsen om fælles trend.

BILAGSFIGUR B3.1

Tegning af difference-in-differences-modellen og dens trendantagelse. Hvor før er, hvor interventionen starter, og efter er, hvor interventionen slutter.



Kilde: Angrist & Pischke, 2009.

Den stiplede orange linje indikerer den trend i de forebyggelige indlæggelser, som beboerne på interventionsplejecentrene ville have fulgt, hvis

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -138 af 154

ikke de fik en fast tilknyttet læge på plejecentret. Den skal følge samme udvikling som den faktiske trend for beboerne på plejecentrene i den resterende plejecenterpopulation. Dermed kan effekten af interventionen identificeres ved, at det er det eneste, der adskiller den faktiske trend i de forebyggelige indlæggelser for interventionsplejecentrene fra den resterende plejecenterpopulation. Det vil sige, at når trendantagelsen er overholdt, så kan vi estimere forskellen mellem gennemsnittet af udfaldsvariablen efter interventionen mellem interventions- og kontrolgruppen fratrukket forskellen mellem gennemsnittet i udfaldsvariablen før interventionen mellem interventions- og kontrolgruppen (le Maire, 2011). Heraf har modellen navnet: difference-in-differences.

τ_{att} kan estimeres med OLS med en model af følgende form:

$$y_{it} = \beta_0 + \beta_1 x_{it} + \beta_2 w_{it} + c_i + u_{it}$$

Hvor y_{it} er udfaldsvariablen, der estimeres som en funktion af x_{it} , der er en vektor af kontrolvariable, w_{it} er indikatorvariabel for om individ i er i interventionsgruppen efter interventionsstart, c_i er en uobserverbar individuel og tidsinvariant effekt og u_{it} er individuelle uobserverbare tidsvarierende effekter.

Difference-in-differences-modellen tillader dermed, at individer kan vælge at deltage i interventionsgruppen baseret på nogle uobserverbare karakteristika (le Maire, 2011). Disse uobserverbare karakteristika skal være konstante over tid. For eksempel kan kommunerne have udvalgt de plejecentre, der har de bedste faciliteter eller det mest kvalificerede personale (som er det samme over hele perioden). Den ovenstående gennemgang af difference-in-differences-modellen er baseret på en model med to perioder og to grupper. Dog gælder den samme intuition for en difference-in-differences-model med flere perioder og grupper, som er tilfældet i nærværende rapport.

Modellen estimeres som en lineær sandsynlighedsmodel. Det vil sige, at den ikke tager højde for, at udfaldsvariablen er binær. Dog forventes modellen at give konsistente estimater givet det relative store antal observationer (Unruh m.fl., 2013). Standardfejlene clustres på plejecenterniveau for at tage højde for serielkorrelation af udfaldsvariablen, og at interventionen sker på plejecenterniveau. Hvis ikke standardfejlene clustres på plejecenterniveau, vil de underestimeres, og dermed vil der være mulighed for at begå en type I fejl. En type I fejl er at forkaste nulhypo-

**Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt
Bilag 1 - Side -139 af 154**

tesen, til trods for den er sand (Bertrand m.fl., 2004). Det vil sige, hvis standardfejlene ikke clustres på plejecenterniveau, kan analysen fejlagtigt estimere en effekt af at have en fast tilknyttet læge.

BILAG 4 PLACEBOTEST FOR ROBUSTHED AF
EFFEKTANALYSER

Alle effektanalyserne afhænger af en vigtig antagelse om, at udviklingen i henholdsvis de forebyggelige indlæggelser, genindlæggelserne og korttidsindlæggelserne før interventionen ”Fast tilknyttede læger på plejecentre” startede ikke må være forskellig for interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre. Det kan man ikke teste direkte, men det er muligt at lave en placebo-test, hvor vi kun kigger på data for før-perioden.

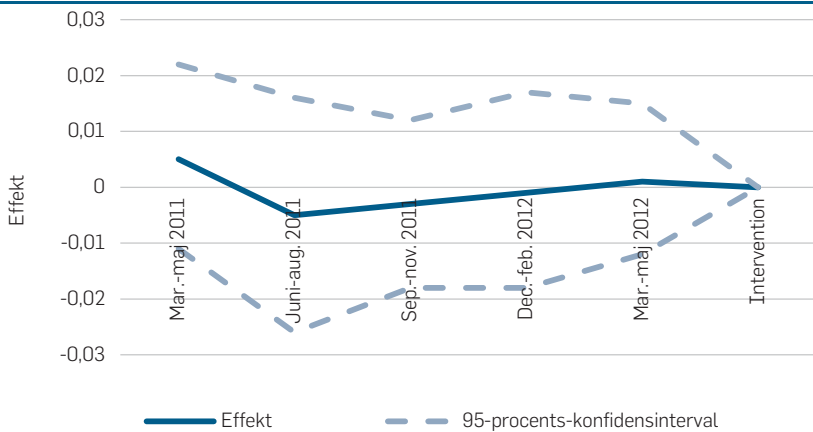
Vi estimerer en model, der tester forskelle mellem interventionsplejecentrene og den resterende plejecenterpopulation for før-perioden. Modellen estimeres under nulhypotesen, at der ikke er signifikante forskelle mellem interventionsplejecentrene og den resterende plejecenterpopulation på noget tidspunkt, før lægerne tilknyttes plejecentrene, når der kontrolleres for kontrolvariable og kommunedummyvariable. Hvis ikke nulhypotesen kan forkastes, er det en indikation på, at udviklingen i fx de forebyggelige indlæggelser ikke er forskellig mellem interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre.

Vi har opdelt analysen i kvartaler før intervention og har dannet en referencegruppe ud fra kvartalet lige før interventionsstart (juni, juli og august 2012). Resultaterne for de tre indlæggelsestyper vises i bilagsfigur B4.1, B4.2 og B4.3.

Vi ser i ingen af de tre figurer, at der er signifikante forskelle mellem interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre på noget tidspunkt i før-perioden for henholdsvis forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser eller korttidsindlæggelser. Det er en indikation på, at hovedantagelsen for vores effektanalyser er overholdt, og analyserne derfor estimerer konsistente og unbiased effekter af at have en fast tilknyttet læge på plejecentrene.

BILAGSFIGUR B4.1

Placebotest om interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre har samme udvikling i forebyggelige indlæggelser over før-perioden.

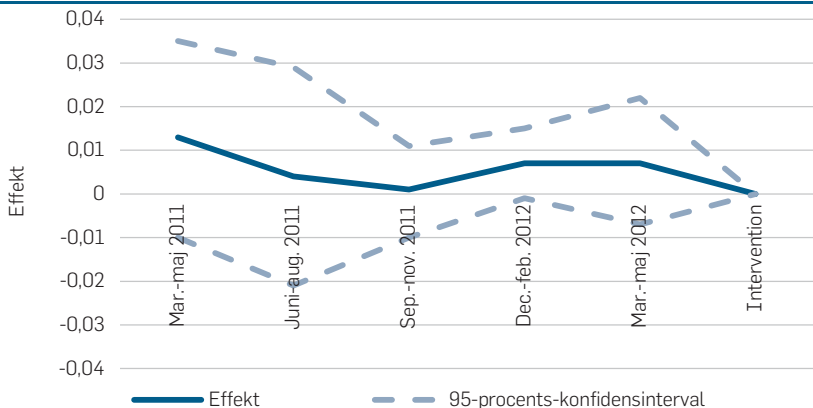


Anm.: Baseret på 34.184 personer, som har boet på plejecenter mindst en måned i før-perioden. Der er i modellen kontrol-
leret for beboerens køn, alder og medicinforbrug i 2011. Modellen er inklusive plejecenter-fixed effects. Standardfejl
er clustret på plejecenterniveau.

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

BILAGSFIGUR B4.2

Placebotest om interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre har samme udvikling i genindlæggelser over før-perioden.



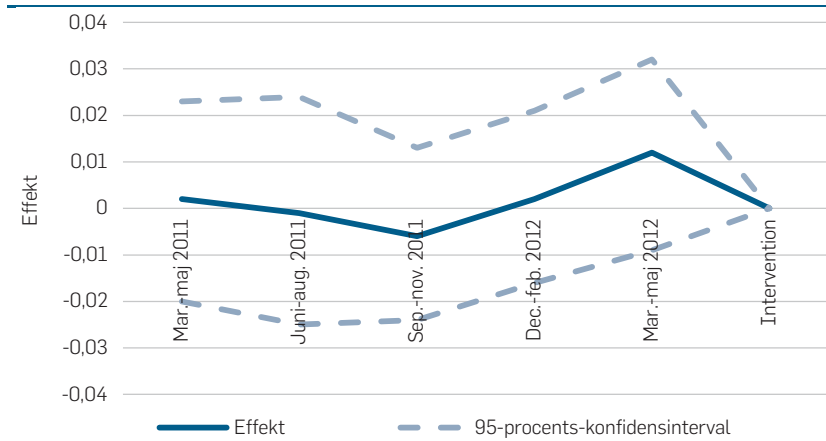
Anm.: Baseret på 34.184 personer, som har boet på plejecenter mindst en måned i før-perioden. Der er i modellen kontrol-
leret for beboerens køn, alder og medicinforbrug i 2011. Modellen er inklusive plejecenter-fixed effects. Standardfejl
er clustret på plejecenterniveau.

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt Bilag 1 - Side -142 af 154

BILAGSFIGUR B4.3

Placebotest om interventionsplejecentrene og de øvrige plejecentre har samme udvikling i korttidsindlæggelser over før-perioden.



Anm.: Baseret på 34.184 personer, som har boet på plejecenter mindst en måned i før-perioden. Der er i modellen kontrolleret for beboerens køn, alder og medicinforbrug i 2011. Modellen er inklusive plejecenter-fixed effects. Standardfejl er clustret på plejecenterniveau.

Kilde: Registerdata og egne beregninger.

LITTERATUR

- Angrist J.D. & J.S. Pischke (2009): *Mostly Harmless Econometrics. An Empiricist's Companion*. Princeton University Press.
- Ashenfelter, O. & D. Card (1985): "Using the Longitudinal Structure of Earnings to Estimate the Effect of Training Programs." *Review of Economics and Statistics*, 67, s. 648-660.
- Danmarks Statistik (2012): Statistisk Efterretning – Sociale forhold, sundhed og retsvæsen, 2012:7.
- Danmarks Statistik, Velfærd Ældredokumentation (2012): Imputering af borgere på plejehjem/-bolig, 11.oktober 2012.
- Imbens, G.M. & J.W. Wooldridge (2007): "What's New in Econometrics? Difference-in-Differences Estimation". *National Bureau of Economic Research. Lecture Notes* 10, Summer '07.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2006): *Bekendtgørelse om Sundbedskoordinationsudvalg og Sundbedsaftaler*. Bekendtgørelse nr. 414 af 5/5/2006.
- Intrator, O., Zinn, J. & V. Mor (2004): "Nursing Home Characteristics and Potentially Preventable Hospitalizations of Long-Stay Residents". *Journal of Geriatric Society*, 52, s. 1730-1736.
- KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013): *Effek-*

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt
Bilag 1 - Side -144 af 154

tiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser.

- Lamb, G., R. Tappen, S. Diaz, L. Herndon & J.G. Ouslander (2011): "Avoidability of Hospital Transfers of Nursing Home Residents: Perspectives of Frontline Staff". *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(9), s. 1665-1672.
- Lisk, R., K. Yeong, A. Nasim, M. Baxter, B. Mandal, R. Nari & Z. Dhakam (2012): "Geriatrician input into nursing homes reduces emergency hospital admissions". *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(2), s. 331-337.
- Maire, D. le (2011): "Lecture 21: Regression discontinuity design, diff-in-diff and IV". *Lecture notes fra Advanced Microeconometrics*, E11.
- Mold, J.W., G.E. Fryer & M.A. Roberts (2004): "When Do Older Patients Change Primary Care Physicians?" *Journal of American Board of Family Practice*, 17(6), s. 453-460.
- Ong, A.C.L., K. Sabanathan, J.F. Potter & P.K. Myint (2011): "High Mortality of Older Patients Admitted to Hospital from Care Homes and Insight into Potential Interventions to Reduce Hospital Admissions from Care Homes: The Norfolk experience". *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(3), s. 316-319.
- Ouslander, J.G., G. Lamb, R. Tappen, L. Herndon, S. Diaz, B.A. Roos, D.C. Grabowski & A. Bonner (2011): "Interventions to Reduce Hospitalizations from Nursing Homes: Evaluation of the INTERACT II Collaborative Quality Improvement Project". *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(4), S. 745-753.
- Ouslander, J.G. & R.A. Berenson (2011): "Reducing Unnecessary Hospitalizations of Nursing Home Residents". *The New England Journal of Medicine*, 365(13), s. 1165-1167.
- Ouslander, J.G. & D. Osterweil (1994): "Physician Evaluation and Management of Nursing Home Residents". *Annals of Internal Medicine*, 120(7), s. 584-592.
- Regeringen (2002): *Sund hele livet – De nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011): *Pilot forsøgsprojekt om plejehjemsleger – overordnet forsøgsprojektbeskrivelse*.
- Strukturkommissionen (2004): Bind 1, s. 653.
- Tena-Nelson, R., K. Santos, E. Weingast, S. Amrhein, J. Ouslander & K. Boockvar (2012): "Reducing Potentially Preventable Hospital

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt
Bilag 1 - Side -145 af 154

- Transfers: Results from a Thirty Nursing Home Collaborative”. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(7), s. 651-656.
- Ullevål Sykehus og Oslo Kommuner (2007): *Samhandling og kompetenceoverføring mellom 10 sykehjem i Oslo Kommune og Ullevål Universitetssykehus*. Oslo.
- Unruh, M.A., D.C. Grabowski, A.N. Trivedi, & V. Mor (2013): ”Medicaid Bed-Hold Policies and Hospitalization of Long Stay Nursing Home Residents”. *Health Service Research*, 48(5), s. 1617-1633.
- Vossius, C.E., A.E. Ydstebø, I. Testad & H. Lurås (2013): ”Referrals from Nursing Home to Hospital: Reasons, Appropriateness and Costs”. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(4), s. 366-373.
- Weatherall, C., H.H. Lauritzen & T. Termansen (2013): *Implementering af ”fast tilknyttede læger på plejecentre”*, notat. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd: København.
- Weatherall, C (2012): *Forsøgsprojektbeskrivelsen for evalueringen af forsøgsprojekt ”Fast tilknyttede læger på plejecentre”*. 22. februar 2012.
- Weiss, L.J & J. Bluestein (1996) ”Faithful Patients: The Effect of Long-term Physician-patient Relationships on the Costs and Use of Health Care by Older Americans”. *American Journal of Public Health*, 86(12), s. 1742-1747.
- Young, Y., S. Inamdar, B.S. Dichter, H. Kilburn Jr., & E.L. Hannan, (2011): “Clinical and Nonclinical Factors Associated With Potentially Preventable Hospitalizations Among Nursing Home Residents in New York State”. *Journal of the American Medical Directors Association*, 12(5), s. 364-371.
- Ældrekommissionen (2012): *Livs-kvalitet og selvbestemmelse på plejehjem*. Februar 2012.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt
Bilag 1 - Side -146 af 154

SFI-RAPPORTER SIDEN 2013

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 13:01 Kjeldsen, M.M., H.S. Houlberg & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2012*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-141-7. e-ISBN: 978-87-7119-142-4. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 13:02 Liversage, A., R. Bille & V. Jakobsen: *Den danske au pair-ordning*. 281 sider. ISBN: ISBN 978-87-7119-143-1. e-ISBN: 978-87-7119-144-8. Vejledende pris 280,00 kr.
- 13:03 Oldrup, H., A.K. Høst, A.A. Nielsen & B. Boje-Kovacs: *Når børnefamilier sættes ud af deres lejlighed*. 222 sider. ISBN: 978-87-7119-145-5. e-ISBN: 978-87-7119-146-2. Vejledende pris: 220,00 kr.
- 13:04 Lausten, M., H. Hansen & V.M. Jensen: *God praksis i forebyggende arbejde – samlet evaluering af dialogprojektet. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse*. 173 sider. ISBN: 978-87-7119-147-9. e-ISBN: 978-87-7119-148-6. Vejledende pris: 170,00 kr.

**Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt
Bilag 1 - Side -148 af 154**

- 13:05 Christensen, E.: *Ilasiq. Evaluering af en bo-enhed for udsatte børn*. 75 sider. ISBN: 978-87-7119-149-3. e-ISBN: 978-87-7119-150-9. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 13:06 Christensen, E.: *Ilasiq. Meeqqanut aarlerinartorsiortunut najugaqatigiiffimmik nalilersuineq*. 88 sider. ISBN: 978-87-7119-151-6. e-ISBN: 978-87-7119-152-3. Vejledende pris: 70,00 kr.
- 13:07 Lausten, M., D. Andersen, P.R. Skov & A.A. Nielsen: *Anbragte 15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra tredje dataindsamling af forløbsundersøgelsen af anbragte børn født i 1995*. 153 sider. ISBN: 978-87-7119-153-0. e-ISBN: 978-87-7119-154-7. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 13:08 Luckow, S.T. & V.L. Nielsen: *Evaluering af ressource- og risikoskema. Tidlig identifikation af kriminalitetstruede børn og unge*. 90 sider. e-ISBN: 978-87-7119-156-1. Netpublikation.
- 13:09 Winter, S.C. & V.L. Nielsen (red.): *Lærere, undervisning og elevpræstationer i folkeskolen*. 265 sider. e-ISBN: 978-87-7119-158-5. Netpublikation.
- 13:10 Kjeldsen, M.M. & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse i 2012. Regionale forskelle*. 59 sider. ISBN: 978-87-7119-159-2. e-ISBN: 978-87-7119-160-8. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 13:11 Manuel, C. & A.K. Jørgensen: *Systematic review of youth crime prevention intervention – published 2008-2012*. 309 sider. e-ISBN: 978-87-7119-161-5. Netpublikation.
- 13:12 Nilsson, K. & H. Holt: *Halvering af dagpengeperioden og akutupakken. Erfaringer i jobcentre og A-kasser*. 80 sider. e-ISBN: 978-87-7119-162-2. Netpublikation.
- 13:13 Nielsen, A.A. & V.L. Nielsen: *Evaluering af projekt SAMSPIL. En udvidet modregruppe til unge udsatte mødre*. 66 sider. e-ISBN: 978-87-7119-163-9. Netpublikation.
- 13:14 Graversen, B.K., M. Larsen & J.N. Arendt: *Kommunernes rammevilkår for beskæftigelsesindsatsen*. 146 sider. e-ISBN: 978-87-7119-168-4. Netpublikation
- 13:15 Bengtsson, S. & S.Ø. Gregersen: *Integrerede indsatser over for mennesker med psykiske lidelser. En forskningsoversigt*. 106 sider. ISBN: 978-87-7119-169-1. e-ISBN: 978-87-7119-170-7. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 13:16 Christensen, E.: *Ung i det grønlandske samfund. Unges holdning til og viden om sociale problemer og muligheder*. 58 sider. e-ISBN: 978-87-7119-171-4. Netpublikation.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt
Bilag 1 - Side -149 af 154

- 13:17 Christensen, E.: *Kalaallit inuiaqatigiivini inuusuttuaqqat. Inuusuttuaqqat inoqatigiinnermi ajornartorsiutit periarfissallu pillugit ilisimasaat isummertariaasaallu*. 66 sider. e-ISBN: 978-87-7117-172-1. Netpublikation.
- 13:18 Vammen, K.S. & M.N. Christoffersen: *Unge selskade og spiseforstyrrelser. Kan social støtte gøre en forskel?* 156 sider. ISBN: 978-87-7119-173-8. e-ISBN: 978-87-7119-174-5. Vejledende pris: 150,00 kr.
- 13:19 Fridberg, T. & M. Damgaard: *Volunteers in the Danish Home Guard 2011*. 120 sider. ISBN: 978-87-7119-175-2. e-ISBN: 978-87-7119-176-9.
- 13:20 Luckow, S.T., T.B. Jakobsen, A.P. Langhede & J.H. Pejtersen: *Bedre overgange for udsatte unge. Midtvejsevaluering af efterværnsinitiativet 'Vejen til uddannelse og beskæftigelse'*. 98 sider. ISBN: 978-87-7119-177-6. e-ISBN: 978-87-7119-178-3. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 13:21 Benjaminsen, L. & H.H. Lauritzen: *Hjemløshed i Danmark 2013. National kortlægning*. 182 sider. ISBN: 978-87-7119-179-0. e-ISBN: 978-87-7119-180-6. Vejledende pris: 180,00 kr.
- 13:22 Jacobsen, S.J., A.H. Klynge & H. Holt: *Øremærkning af barsel til fædre. Et litteraturstudie*. 82 sider. ISBN: 978-87-7119-181-3. e-ISBN: 978-87-7119-182-0. Vejledende pris: 80,00 kr.
- 13:23 Thuesen, F., H.B. Bach, K. Albæk, S. Jensen, N.L. Hansen & K. Weibel: *Socialøkonomiske virksomheder i Danmark. Når udsatte bliver ansatte*. 216 sider. ISBN: 978-87-7119-183-7. e-ISBN: 978-87-7119-184-4. Vejledende pris: 210,00 kr.
- 13:24 Larsen, M. & H.S.B. Houlberg: *Lønforskelle mellem mænd og kvinder 2007-2011*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-185-1. e-ISBN: 978-87-7119-186-8. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 13:25 Larsen, M. & H.S.B. Houlberg: *Mere uddannelse, mere i løn?* 50 sider. e-ISBN: 978-87-7117-188-2. Netpublikation.
- 13:26 Damgaard, M., Steffensen, T. & S. Bengtsson: *Hverdagsliv og levevilkår for mennesker med funktionsnedsættelse. En analyse af sammenhænge mellem hverdagsliv, samliv, udsatthed og type og grad af funktionsnedsættelse*. 193 sider. ISBN: 978-87-7119-189-9. e-ISBN: 978-87-7119-190-5. Vejledende pris: 190,00 kr.
- 13:27 Holt, H. & K. Nilsson: *Arbejdsfastholdelse af skadelidte medarbejdere. Virksomhedernes rolle og erfaringer*. 100 sider. ISBN: 978-87-7119-191-2. e-ISBN: 978-87-7119-192-9. Vejledende pris: 100,00 kr.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt
Bilag 1 - Side -150 af 154

- 13:28 Rosdahl, A., T. Fridberg, V. Jakobsen & M. Jørgensen: *Færdigheder i læsning, regning og problemløsning med IT i Danmark*. 410 sider. ISBN: 978-87-7119-193-6. e-ISBN: 978-87-7119-194-3. Vejledende pris: 400,00 kr.
- 13:29 Rosdahl, A., T. Fridberg, V. Jakobsen & M. Jørgensen: *Færdigheder i læsning, regning og problemløsning med IT i Danmark. Sammenfatning af resultater fra PLAAC*. 62 sider. ISBN: 978-87-7119-195-0. e-ISBN: 978-87-7119-196-7. Vejledende pris: 60,00 kr.
- 13:30 Christensen, E.: *Børn i Mælkebøtten. Fra socialt udsat til mønsterbryder?* 125 sider. ISBN: 978-87-7119-197-4. e-ISBN: 978-87-7119-198. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 13:31 Christensen, E.: *Meeqqat Mælkebøttenimiittut. Isumaginninnikkut aarlerinartorsortumiit ileqqunik allannortitsisumut?* 149 sider. ISBN: 978-87-7119-199-8. e-ISBN: 978-87-7119-200-1. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 13:32 Bengtsson, S., H.E.D. Jørgensen & S.T. Grønfeldt: *Sociale tilbud til mennesker med sindslidelse. Den første kortlægning på personniveau*. 130 sider. ISBN: 978-87-7119-201-8. e-ISBN: 978-87-7119-202-5. Vejledende pris: 130,00 kr.
- 13:33 Benjaminsen, L., J.F. Birkelund & M.H. Enemark: *Hjemløse borgers sygdom og brug af sundhedsydelser*. 206 sider. ISBN: 978-87-7119-203-2. e-ISBN: 978-87-7119-204-9. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 13:34 Larsen, L.B. & S. Bengtsson: *Talblindhed. En forskningsoversigt*. 175 sider. ISBN: 978-87-7119-205-6. e-ISBN: 978-87-7119-206-3. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 13:35 Larsen, M.: *Lønforskelle mellem mænd og kvinder i industrien. Medarbejdere med håndværkspræget arbejde eller operator- og monteringsarbejde*. 978-87-7119-207-0. Netpublikation.
- 13:36 Bille, R., M.R. Larsen, J. Høgelund & H. Holt: *Falcks partnerskabsmodel på sygedagpengeområdet. Evaluering af et offentligt-privat samarbejde*. 234 sider. ISBN: 978-87-7119-208-7. e-ISBN: 978-87-7119-209-4. Vejledende pris: 230,00 kr.
- 13:37 Kjeldsen, M.M. & J. Høgelund: *Effektmåling af Forebyggelsesfondens projekter*. 96 sider. ISBN: 978-87-7119-210-0. e-ISBN: 978-87-7119-211-7. Vejledende pris: 90,00 kr.
- 13:38 Björnberg, U. & M.H. Ottosen (red.): *Challenges for Future Family Policies in the Nordic Countries*. 260 sider. ISBN: 978-87-7119-212-4. e-ISBN: 978-87-7119-213-1. Vejledende pris: 250,00 kr.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt
Bilag 1 - Side -151 af 154

- 13:39 Christoffersen, M.N. & A. Højen-Sørensen: *Børnehavens normeringer. En forskningsoversigt over opgørelsesmetoder*. 116 sider. e-ISBN: 978-87-7119-214-8. Netpublikation.
- 13:40 Holt, H., V. Jakobsen & S. Jensen: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2013*. 170 sider. ISBN: 978-87-7119-216-2. e-ISBN: 978-87-7119-217-9. Vejledende pris: 170,00 kr.
- 13:41 Aner, L.G., A. Høst, W. Alim, A. Amilon, I.K. Nielsen & C.L. Rasmussen: *Boligsociale indsatser og huslejestøtte. Midtvejsevaluering af Landsbyggefondens 2006-2010 pulje*. 220 sider. ISBN: 978-87-7119-218-6. e-ISBN: 978-87-7119-219-3. Vejledende pris: 220,00 kr.
- 13:42 Bengtsson, S. & S.G. Knudsen: *Integration af behandling og social indsats over for personer med sindslidelse. Evaluering af seks forsøg*. 124 sider. ISBN: 978-87-7119-220-9. e-ISBN: 978-87-7119-221-6. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 14:01 Bach, H.B. & M.R. Larsen: *Dagpengemodtageres situation omkring dagpengeophør*. 135 sider. e-ISBN: 978-87-7119-223-0. Netpublikation.
- 14:02 Loft, L.T.G.: *Parinterventioner og samlivsbrud. En systematisk forskningsoversigt*. 81 sider. e-ISBN: 978-87-7119-225-4. Netpublikation.
- 14:03 Aner, L.G. & H.K. Hansen: *Flytninger fra byer til land- og yderområder. Højtuddannede og socialt udsatte gruppers flytninger fra bykommuner til land- og yderkommuner – Mønstre og motiver*. 169 sider. e-ISBN: 978-87-7119-226-1. Netpublikation.
- 14:04 Christensen, E.: *2 år efter starten på Nakuusa*. 57 sider. e-ISBN: 978-87-7119-228-5. Netpublikation.
- 14:05 Christensen, E.: *NAKUUSAP aallartimmalli ukiut marluk qaangiunneri*. 61 sider. e-ISBN: 978-87-7119-230-8. Netpublikation.
- 14:06 Bengtsson, S., L.B. Larsen & M.L. Sommer: *Dødfødte børn og deres livsbetingelser*. 147 sider. ISBN: 978-87-7119-232-2. e-ISBN: 978-87-7119-233-9. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 14:07 Larsen, L.B., S. Bengtsson & M.L. Sommer: *Døve og døvblevne mennesker. Hverdagsliv og levevilkår*. 169 sider. ISBN: 978-87-7119-234-6. e-ISBN: 978-87-7119-235-3. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 14:08 Oldrup, H. & A.-K. Højen-Sørensen: *De aldersopdelte fokusområder i ICS. Kvalificeringen af den socialfaglige metode*. 189 sider. e-ISBN: 978-87-7119-236-0. Netpublikation.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt
Bilag 1 - Side -152 af 154

- 14:09 Fridberg, T. & L.S. Henriksen: *Udviklingen i frivilligt arbejde 2004-2012*. 304 sider. ISBN: 978-87-7119-237-7. e-ISBN: 978-87-7119-238-4. Vejledende pris: 300,00 kr.
- 14:10 Lauritzen, H.H.: *Ældres ressourcer og behov i perioden 1997-2012. Nyeste viden på baggrund af aldredatabasen*. 142 sider. ISBN: 978-87-7119-239-1. e-ISBN: 978-87-7119-240-7. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 14:11 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Litteraturstudie af handicap og beskæftigelse*. 202 sider. ISBN: 978-87-7119-241-4. e-ISBN: 978-87-7119-242-1. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 14:12 Bille, R. & H. Holt: *Kommunal praksis på arbejdsskadeområdet. En kvalitativ analyse af fire jobcentres håndtering af arbejdsskader*. 102 sider. ISBN: 978-87-7119-243-8. e-ISBN: 978-87-7119-244-5. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 14:13 Rosdahl, A.: *Fra 15 år til 27 år. PISA 2000-eleverne i 2011/12*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-245-2. e-ISBN: 978-87-7119-246-9. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 14:16 Weatherall, C.D., H.H. Lauritzen, A.T. Hansen & T Termansen: *Evaluering af "Fast tilknyttede læger på plejecentre". Et pilotprojekt*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-250-6. e-ISBN: 978-87-7119-251-3. Vejledende pris: 160,- kr.

Punkt nr. 3 - Fast tilknyttet læge på plejehjem - evaluering af projekt
Bilag 1 - Side -153 af 154

EVALUERING AF "FAST TILKNYTTETE LÆGER PÅ PLEJECENTRE"

ET PILOTPROJEKT

Denne rapport evaluerer pilotprojektet "Fast tilknyttede læger på plejecentre" fra 2012 til 2014. Projektets overordnede formål er at skabe en bedre kvalitet for beboerne på syv plejecentre ved at tilknytte en fast læge på centrene, som skal styrke kommunikationen og samarbejdet mellem plejecentrene og de praktiserende læger. Dette samarbejde skal skabe større faglig indsigt, bedre medicin håndtering, større kontinuitet i pleje- og behandlingsforløb samt reducere antallet af indlæggelser.

Evalueringen viser, at der er sket en reduktion i indlæggelser for beboerne på de syv plejecentre, og at der er sket en reduktion i kontakten til lægevagten og en forbedring af medicin håndteringen gennem forsøget. Desuden forbedres samarbejdet mellem læge og plejepersonale, når der tilknyttes en fast læge.

Læger og plejepersonale vurderer, at beboernes pleje- og behandlingsforløb er forbedret via pilotprojektet. Projektets perspektiver rummer også økonomiske fordele.

Rapporten er bestilt af Socialstyrelsen, som varetager projektledelsen af pilotprojektet.



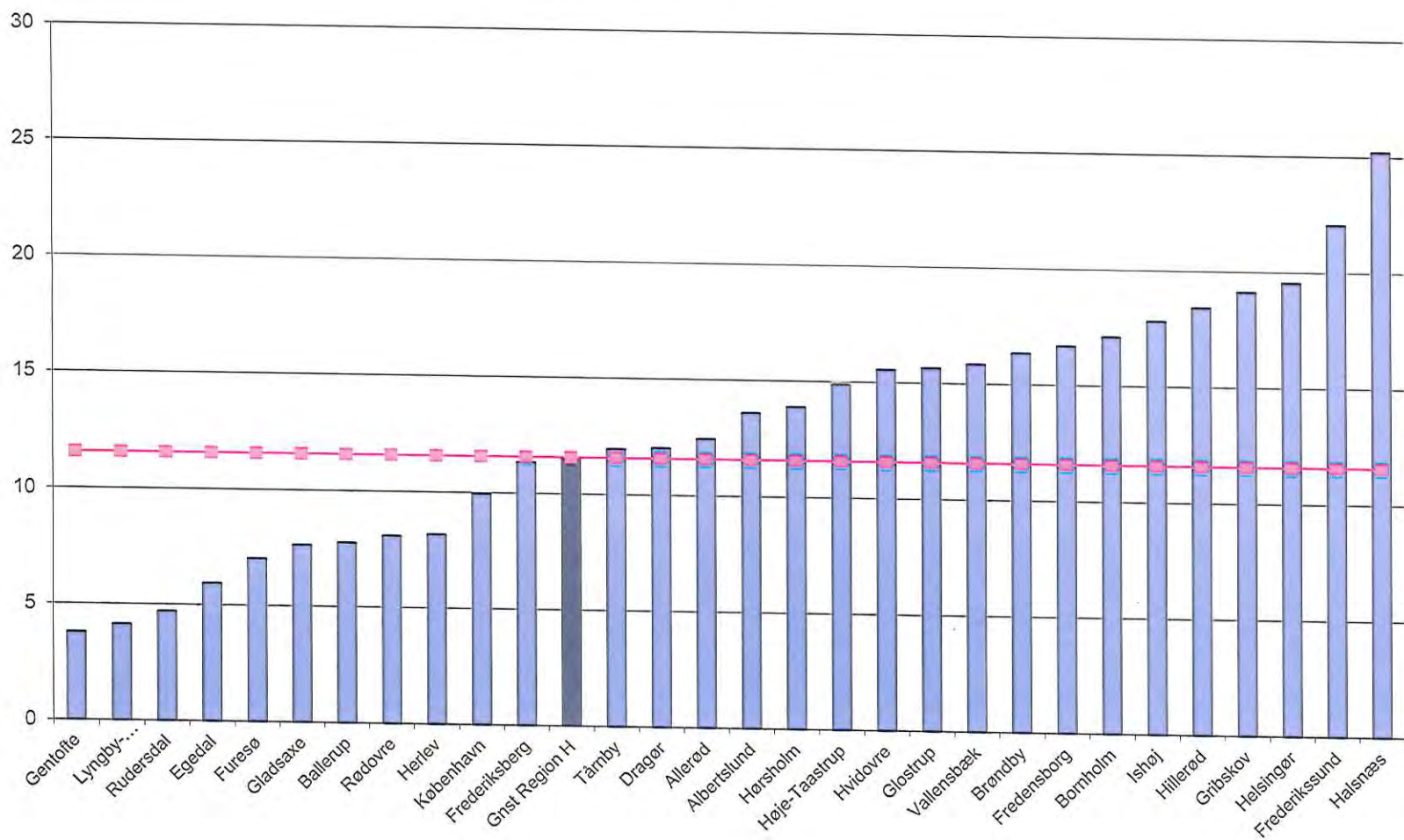
Opgørelse over antal betalte liggedage 2010 - 2014

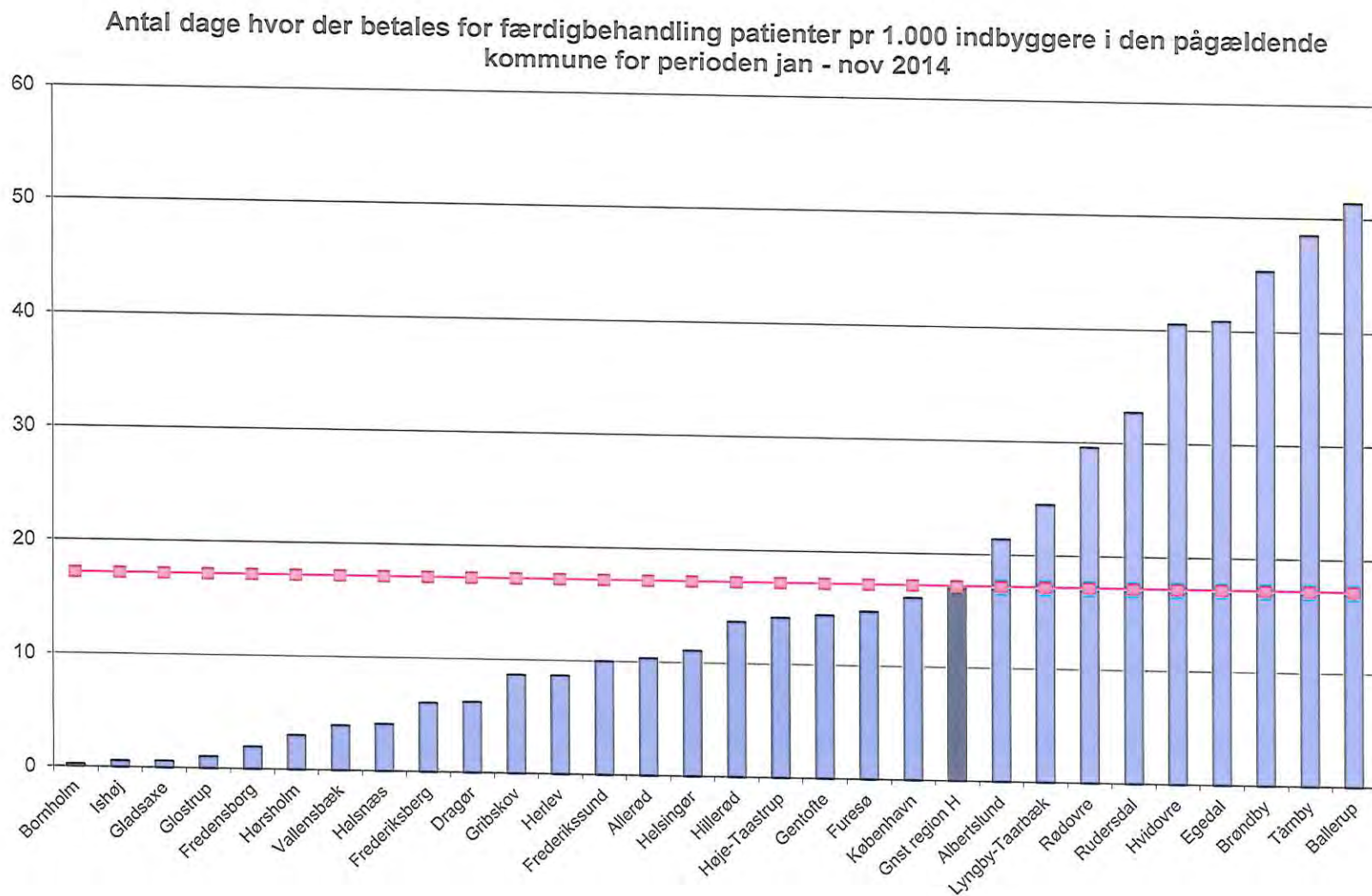
År	Mån.	Antal liggedage
2010	I	412
	II	352
	III	199
	IV	90
	V	74
	VI	111
	VII	82
	VIII	105
	IX	84
	X	57
	XI	68
	XII	64
sum		1698
2011	I	78
	II	60
	III	34
	IV	28
	V	9
	VI	53
	VII	29
	VIII	69
	IX	44
	X	67
	XI	149
	XII	24
sum		644
2012	I	29
	II	68
	III	123
	IV	73
	V	95
	VI	199
	VII	189
	VIII	23
	IX	107
	X	233
	XI	191
	XII	58
sum		1388

2013	I	83
	II	177
	III	266
	IV	246
	V	216
	VI	29
	VII	21
	VIII	72
	IX	9
	X	15
	XI	78
	XII	60
sum		1272
2014	I	20
	II	9
	III	82
	IV	102
	V	118
	VI	122
	VII	39
	VIII	99
	IX	65
	X	118
	XI	269
	XII	269
sum		1312
2015	I	583
	II	
	III	
	IV	
	V	
	VI	
	VII	
	VIII	
	IX	
	X	
	XI	
	XII	

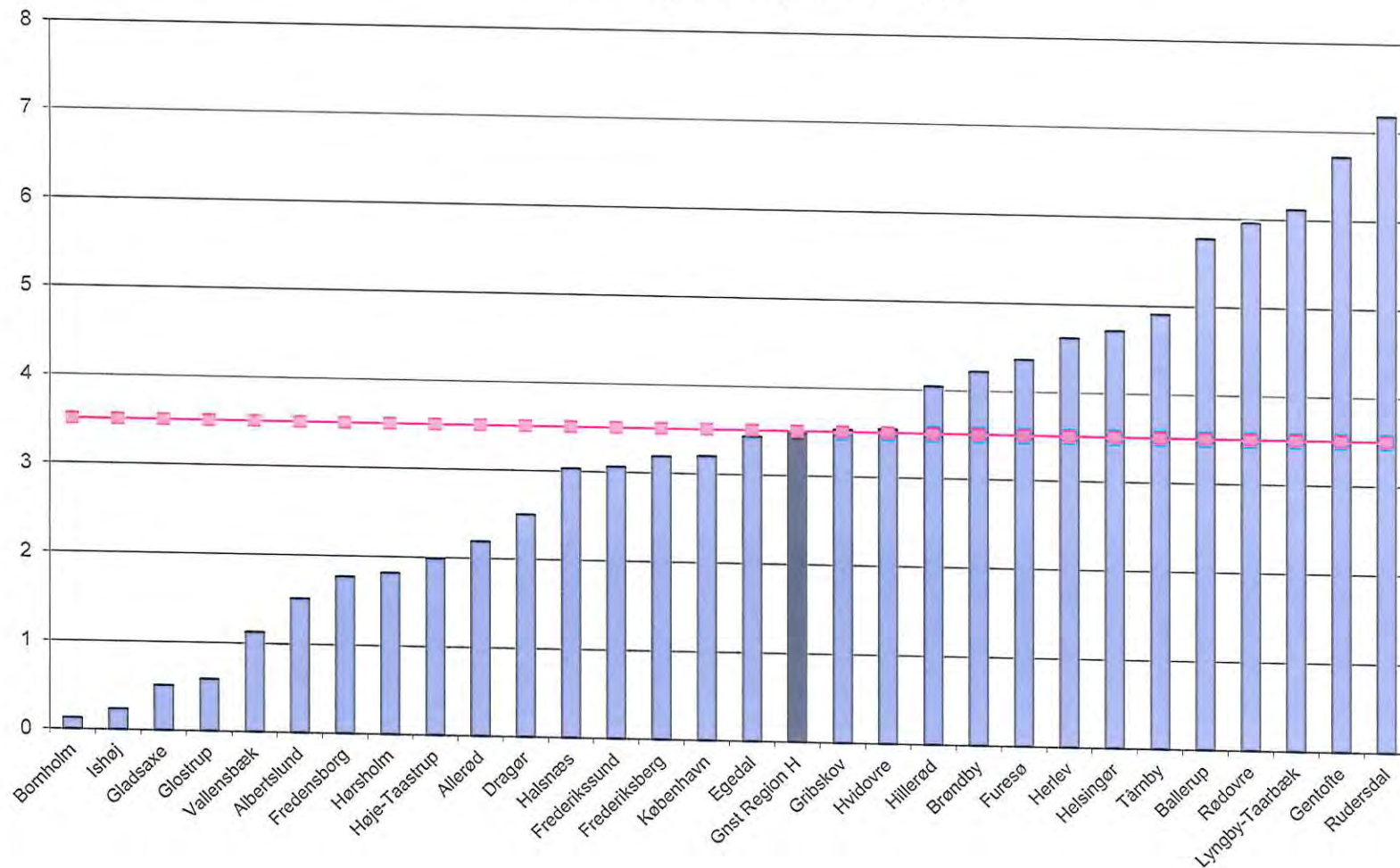
Note: Foreløbige regnskabstal, idet regionen kan revidere dem i 5 års periode

Antal genindlæggelser pr 1.000 indbyggere i den pågældende kommune for
perioden jan - nov 2014





Antal patienter hvor der betales for færdigbehandling pr 1.000 indbyggere i den pågældende kommune for perioden jan - nov 2014



Journalnr. :
Dato : 18.02.2015
Skrevet af : PERNH

NOTAT

om

Kort redegørelse for tidsforløbet for iværksættelse af ekstraordinære tiltag i forbindelse med hjemtagelse af færdigbehandlede patienter fra sygehus

Tidspunkt	Aktivitet
Medio uge 3 2015	<p>Koordinerende sygeplejersker i Sundhed og Omsorg melder, at antallet af liggedage er meget højt.</p> <p>Direktør, afdelingschef i Sundhed og Omsorg og myndighedschef i Sundhed og Omsorg aftaler at indkalde til møde hurtigst muligt.</p>
Torsdag den 22. januar 2015	<p>Direktør, afdelingschef i Sundhed og Omsorg, myndighedschef i Sundhed og Omsorg, koordinator i visitationen samt koordinerende sygeplejersker holder møde om sagen.</p> <p>På mødet drøftes problemstillingen, herunder mulige årsager og handlemuligheder. Det aftales på mødet at udrede problemstillingen yderligere, herunder omfang af liggedage og antal færdigbehandlede, samt at undersøge konkrete handlemuligheder, herunder mulighed for at tage borgere hjem i eget hjem med et særligt hjemmetræningstilbud samt mulighed for at etablere ekstra midlertidige pladser på Møllebo.</p> <p>Kommunaldirektør underrettes kort om, at der er et stort problem med antal liggedage, og at forvaltningen undersøger nærmere.</p>
Torsdag den 22. januar 2015	<p>Direktør orienterer formand for Social- og Sundhedsudvalget om problemstillingen umiddelbart efter Kommunalbestyrelsens møde samme dag.</p>
Mandag den 26. januar 2015	<p>Borgmesteren orienteres om problemstillingen, herunder om de undersøgelser, som administrationen har iværksat.</p>

	<p>Problemstillingen drøftes på direktionmøde.</p>
<p>Fredag den 23. - torsdag den 29. januar 2015</p>	<p>Forvaltningen udreder talmateriale samt afklarer muligheder for iværksættelse af ekstraordinære indsatser, herunder særligt hjemmetræningstilbud og etablering af 3 ekstra midlertidige pladser på Møllebo i en periode på 3 måneder.</p>
<p>Onsdag den 28. januar 2015</p>	<p>Kommunaldirektør, centerchef for Økonomi og Personale og direktør drøfter håndtering af bevillingsmæssig hjemmel og grundlag for at træffe en borgmesterbeslutning om iværksættelse af de ekstraordinære indsatser så hurtigt som muligt med efterfølgende forelæggelse for udvalg og kommunalbestyrelse.</p> <p>Forvaltningen vurderer, at der med hjemmel i Styrelsesloven kan træffes en borgmesterbeslutning.</p> <p>Efter den kommunale styrelseslov har kommunalbestyrelsen den bevillingsmæssige kompetence. Formanden for kommunalbestyrelsen kan dog på kommunalbestyrelsens vegne afgøre sager, som ikke tåler opsættelse eller ikke giver anledning til tvivl, jf. paragraf 31 i Styrelsesloven. Formanden orienterer på førstkommende ordinære møde kommunalbestyrelsen om afgørelser truffet i medfør af paragraf 31.</p> <p>Med baggrund i det ekstraordinært høje antal liggedage i januar 2015 vurderer forvaltningen, at iværksættelse af ekstraordinære indsatser ikke tåler opsættelse, hvorfor det aftales at anbefale borgmesteren at benytte sig af paragraf 31.</p> <p>Derudover aftales, at der skal ske orientering af Social- og Sundhedsudvalget (og kommunalbestyrelsen) ved udarbejdelse af sag til Social- og Sundhedsudvalgets ekstraordinære møde den 6. februar 2015. Direktør aftaler efterfølgende med udvalgsformand, at sag sættes på udvalgets dagsorden som meddelelsessag den 6. februar 2015.</p>
<p>Fredag den 30. januar 2015</p>	<p>Direktør holder møde fredag morgen med borgmester, hvor sagen drøftes, herunder behov for iværksættelse af ekstraordinære indsatser samt iværksættelse straks muligt ved borgmesterbeslutning. Det aftales, at indsatser iværksættes ved borgmesterbeslutning, jf. Styrelseslovens paragraf 31.</p>

	Idet borgmesteren er på vej på vinterferie aftales, at direktør sørger for udarbejdelse af sag samt orientering af den samlede kommunalbestyrelse.
Fredag den 30. januar 2015	Forvaltning færdiggør sag om status for situationen og ekstraordinære indsatser og udsender denne sammen med dagsorden til Social- og Sundhedsudvalgets ekstraordinære møde den 6. februar 2015. Direktør sender mail til kommunalbestyrelsen med orientering om sagen.

Att.: Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold, Kontoret for Handicap

Ansøgning om forsøgsgodkendelse af udvidet serviceniveau for ledsagelse efter SEL § 97 til borgere over 67 år i Lyngby-Taarbæk Kommune

Baggrund for ansøgningen

Kommunalbestyrelsen i Lyngby-Taarbæk Kommune har som led i budgetaftalen for 2014-17 afsat en pulje til bedre hjemmehjælp til bl.a. ældre med særlige behov.

Social- og Sundhedsudvalget har besluttet, at en del af puljen ønskes udmøntet til udvidet serviceniveau for ledsagelse efter SEL § 97 til borgere over 67 år.

Lyngby-Taarbæk Kommune ansøger på den baggrund om godkendelse efter SEL § 184, stk. 2, af en forsøgsordning med udvidet serviceniveau for ledsagelse efter SEL § 97 til borgere over 67 år.

Forsøgsordningens indhold

Det eksisterende serviceniveau for ledsagelse efter SEL § 97 omfatter borgere i aldersgruppen 18-67 år, som har ret til 15 timers ledsagelse om måneden.

Kommunalbestyrelsen i Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker at fravige den absolutte øvre aldersgrænse på 67 år.

Kommunalbestyrelsen ønsker endvidere at fravige antallet af ledsagetimer for den nye målgruppe over 67 år, således at denne målgruppe får ret til højst 5 timers ledsagelse om måneden.

Det er kommunens estimat, at forsøgsordningen vil give mulighed for at tilbyde omkring 25 borgere over 67 år 5 timers ledsagelse om måneden indenfor rammerne af den pulje på kr. 300.000,-, som er afsat til forsøgsordningen på årsbasis.

Serviceniveauet vil således fortsat adskille sig for borgere over og under 67 år, men alt i alt er der tale om et udvidet serviceniveau.

Målgruppen for forsøgsordningen

Målgruppen for forsøgsordningen er borgere over 67 år, som i øvrigt opfylder betingelserne for visitering til ledsagelse efter SEL § 97.

Forsøgsordningens organisering

Som det fremgår af ovenstående, vil visitering af den nye målgruppe over 67 år ske på samme måde som for den eksisterende målgruppe.

Dette indebærer en række fordele, fordi Lyngby-Taarbæk Kommune allerede er i besiddelse af den fornødne administrative og praktiske kapacitet til at administrere en ledsageordning med udvidet serviceniveau.



Derudover vil anvendelsen af de eksisterende præcise kriterier for visitation sikre, at kommunen løbende har indsigt i ordningens udvikling, og herunder særligt overholdelsen af de økonomiske rammer samt borgernes anvendelse af forsøgsordningen.

For borgerne i den nye målgruppe vil organiseringen indebære en høj grad af retssikkerhed, fordi kommunen vil være i stand til at ekspedere ansøgninger efter forsøgsordningen i lige så høj kvalitet som ansøgninger efter den gældende ordning.

Forsøgsordningens tidsperiode

Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker, at forsøget skal strække sig over seks måneder. Dette giver mulighed for at vurdere om de kr. 300.000 der er afsat på årsbasis kan imødekomme efterspørgselen.

Opfølgning og evaluering

Efter forsøgsperioden foretages en evaluering af forsøgsordningen med fokus på:

1. Antallet af borgere i målgruppen over 67 år, der er blevet visiteret til forsøgsordningen.
2. Antal ledsagetimer, som de visiterede borgere i målgruppen over 67 år i gennemsnit har anvendt pr. måned.
3. Hvorvidt den bevilgede økonomiske ramme vil være tilstrækkelig til at mødekomme den registrerede efterspørgsel på årsbasis.
4. Hvorvidt der ud fra en samlet vurdering er grundlag for at etablere en permanent ordning.



Bilag 1 - Oversigt over udgifterne til de gennemførte og foreslåede initiativer i 2014 og 2015 i forbindelse med Ældremilliarden

Titel	2014	2015
Kørsel til visiterede aktivitetstilbud		
- Flere busser til visiterede aktivitetstilbud	339.340 kr.	226.427 kr.
Genindførelse af uvisiterede aktivitetstilbud		
- Opstart af åbne uvisiterede tilbud, som bridge, sangcafe, banko, træning, åben cafe	1.256.324 kr.	729.514 kr.
Tilbud om årlig hovedrengøring		
- Borger som modtager rengøring får tilbud om 5 timer ekstra i den måned de har fødselsdag	2.341.105 kr.	1.452.225 kr.
Kompetenceudvikling af sygeplejersker		
- Alle 106 spl. tilbydes et diplom modul på UCC i Hillerød. 2 hold i 2014 og 2 hold i 2015	1.924.944 kr.	1.000.000 kr.
Bedre overgange mellem kommunale indsatser		
- 1. Møde i hjemmet med plejepersonalet fra Fortunen/ Møllebo og hjemmeplejen efter endt indlæggelse	1.158.075 kr.	979.903 kr.
- 2. rehabiliterende møder med hjemmeplejen, visitationen, træning før varig hjælp 1 x hver 2. uge		
Udvidelse af Epital- projektet		
- Udvidelse af antallet af borgere	3.031.785 kr.	2.185.8383 kr.
Ombygning af plejehjemskøkkener så der kan laves mad fra bunden		
- 2 plejehjem ombygges i 2014 og 2 i 2015	1.700.000 kr.	1.730.620 kr.
Styrkelse af høj faglighed og fortsat udvikling af indsatsen på plejehjemmene		
- Ansættelse af udviklingskonsulent på plejecentre	436.006 kr.	602.023 kr.
Øget fokus på kvalitet og effekt af kommunens indsatser i ældreplejen		
- Ansættelse af kvalitetsmedarbejder		650.000 kr.
Etablering af aktivitetstilbud på Møllebo mhp. at styrke indsatsen for de borgere, der venter på en permanent plejebolig		
- Oprettelse af aktivitetstilbud på Møllebo for demente borgere		500.000 kr.
Bekæmpelse af ensomhed		
- Samarbejde med <i>Aktivt Ældre</i> om oprettelse af hjemmeside og kompetenceudvikling af alt front personale (1 dags undervisning)		952.218 kr.
Øget mulighed for flere selvtrænere på Virumgård		
- Ombygning af træningslokalet på Virumgård		750.000 kr.
Lægedækning		
- Ansættelse af "læge korps" på Møllebo til Epitalet, akut og subakutte pladser m.m.		2.500.000 kr.
Øget fokus på demens		
- Til beboere med demens med særlige behov: Aktiviteter, der tilgodeser beboernes fysiske og sociale behov, ekstra normering, Pårørende til beboere med demens		650.000 kr.
I alt	12.187.579 kr.	16.103.542 kr.

Når udgiften visse steder er lavere i 2015 end i 2014 skyldes det, at der er overført uforbrugte midler mellem årene. Der er overført 4.042.928 kr. fra 2014 til 2015

Beskrivelse af indsats i forbindelse med Ældre milliarden

Indsatsens kaldenavn: 1.1 Øget bevilling til kørsel til aktivitetstilbud

Indsatsen vedrører: Styrket rehabiliterings- og genoptræningsindsats

Under titel: Styrke rehabiliteringsindsatsen, styrke genoptræningsindsatsen

Formålet med indsatsen: Øge sundheden og modvirke ensomhed hos de ældre gennem deltagelse i aktivitetstilbud.

Lyngby-Taarbæk Kommune har i dag et velfungerende aktivitetstilbud til de borgere, der har behov. Da der fortsat er kapacitet i de eksisterende aktivitetstilbud, vurderes det, at en udvidelse af kørselstilbuddet til også at omfatte de marginale (lettere) borgere kan betyde, at flere borgere benytter sig af det tilbud om aktivitet, som de er visiteret til.

Et udvidet tilbud om kørsel til visiteret aktivitet er i tråd med det igangværende paradigmeskift på ældreområdet, hvor man går fra at tænke kompenserende til at tænke aktiverende og tage afsæt i borgernes egne ressourcer.

Et udvidet tilbud om kørsel vil sandsynligvis betyde, at flere marginale (lette) borgere vil deltage i den visiterede træning og aktivitet. Effekten heraf forventes at være, at flere borgere kan fastholde deres funktionsniveau og forebygger funktionstab. I sidste ende udskyder det behovet for praktisk hjælp og personlig pleje.

De planlagte aktiviteter: Kørsel til og fra visiteret aktivitetstilbud.

Initiativets målgruppe: Borgere med et lettere aktivitetsbehov. Omfanget skønnes at være 50 - 60 borgere pr. uge.

Beskrivelse af indsats i forbindelse med Ældre milliarden

Indsatsens kaldenavn: 1.2 Genindførelse af uvisiterede aktiviteter på aktivitetscentrene

Indsatsen vedrører: Styrket rehabiliterings- og genoptræningsindsats

Under titel: Styrke rehabiliteringsindsatsen og styrke genoptræningsindsatsen

Formålet med indsatsen: Modvirke ensomheden hos de ældre og øget aktivitets deltagelse.

I dag er det kun muligt for borgere i Lyngby-Taarbæk Kommune at benytte faciliteterne i kommunens aktivitetscentre, hvis man er visiteret til ydelsen. De fysiske rammer muliggør en større anvendelse, og det foreslås derfor, at der oprettes et uvisiteret aktivitetstilbud. Dette skal hovedsageligt være selvkørende på den måde, at brugerne som udgangspunkt selv planlægger og driver aktiviteterne med lidt understøttelse fra aktivitetsmedarbejderne i det visiterede tilbud.

Forventningen er at kommunen herved kan styrke den rehabiliterende indsats med et øget fokus på deltagelse i aktiviteter, samtidig med at faciliteterne åbnes op for en større målgruppe.

De planlagte aktiviteter:

- Åbne 3 cafeer op i weekenden
- Åbne op for hygge klubber på alle aktivitetscentre
- Åbne op for træning på Lystoftebakken
- Bridge på Lystoftebakken
- Arrangement 24.12.14

Initiativets målgruppe: De ældre borgere, der ønsker at deltage i et uvisiteret aktivitets tilbud.

Beskrivelse af indsats i forbindelse med Ældre milliarden

Indsatsens kaldenavn: 2.1 Tilbud om en årlig hovedrengøring

Indsatsen vedrører: Bedre praktisk hjælp og personlig pleje

Under titel: Øge serviceniveauet på praktisk hjælp

Formålet med indsatsen: Borgerne skal tilbydes en hovedrengøring en gang årligt.

1.492 borgere er i dag visiteret til rengøring af ca. 1 times varighed hver 14 dag. Det serviceniveau muliggør at hjemmet holdes rent, men en mere grundig rengøring er ikke mulig. Med denne indsats suppleres den nuværende rengøring med én årlig hovedrengøring af 5 timer. Hovedrengøringen kan f.eks. bestå i at afvaske karme/døre, fjerne spindelvæv, afvaske køkken, afvaske fliser i badeværelse, vask af gardiner, støvsugning af møbler eller andet. Formålet er at borgerne får gjort grundigere rent efter eget ønske.

De planlagte aktiviteter: Borgere, der er visiteret til en rengøringsydelse, tilbydes en årlig hovedrengøring af 5 timer. Hovedrengøringen skal leveres af et hovedrengøringsteam for de borgere som har kommunal leverandør, men for borgere som har en private leverandør eller privat udpeget hjælper til rengøring, er det den private leverandør eller den privat udpeget hjælper som udfører hovedrengøringen.

Initiativets målgruppe: Nuværende og kommende borgere der er visiteret til en eller flere rengøringsydelser.

LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE
Center for Sundhed og Omsorg

Beskrivelse af indsats i forbindelse med Ældre milliarden

Indsatsens kaldenavn: 2.3 Bedre overgange mellem kommunale indsatser ved fælles besøg i borgerens hjem.

Indsatsen vedrører: Bedre praktisk hjælp og personlig pleje samt styrket rehabiliterings- og genoptræningsindsats

Under titel: Andet

Formålet med indsatsen:

Formålet er at skabe en sammenhængende og helhedsorienteret indsats for borgerne ved at sikre bedre overgange mellem kommunale behandlingstilbud og eget hjem.

I de seneste år er der arbejdet målrettet via forløbsprogrammer med at sikre overgange mellem Region og Kommune. I den forbindelse er det blevet tydeligt, at det også er relevant at forbedre de interne overgange i kommunen. Fremtiden fordrer et betydeligt stærkere samarbejde på tværs af de kommunale ydelser, således at borgerne vil opleve en helhedsorienteret indsats. Bedre overgange anbefales derfor også af hjemmehjælpskommissionen.

For at realisere en sammenhængende og helhedsorienteret indsats for borgerne i overgangen fra en genoptræningsplads eller midlertidig plads til eget hjem, er der behov for, at en relevant medarbejder fra genoptræningspladsen eller den midlertidige plads mødes med borgeren og borgerens kontaktperson i hjemmet. Det giver mulighed for dialog om pleje- og eller træningsindsatsen, om de funktioner borgeren har opnået samt at vurdere hjemmet og borgerens funktion i hjemmet. Det fælles besøg i hjemmet vil samtidig give mulighed for instruktion og vejledning af borgeren og borgerens kontaktperson samt eventuelle pårørende. Når borgeren er udskrevet, er der behov for at der fortløbende afholdes et tværfaglig møder, hvor komplekse borgere bliver diskuteret tværfagligt. Dette møde afholdes hver 2. uge og betegnes som rehabiliterende teams møder.

De planlagte aktiviteter:

- At en relevant medarbejder fra træningsenheden eller de midlertidige pladser mødes med borgeren og borgerens kontaktperson (altså hjemmepleje kontaktperson) i hjemmet.

- At fysioterapeut, ergoterapeut, visitator, sygeplejerske og medarbejdere fra hjemmeplejen mødes hver 2. uge for tværfagligt at gennemgå komplekse borgere.

Formålet med møderne er:

- En dialog om den afsluttet og kommende trænings indsats, herunder rådgivning og sparere af både borger og hjælper i relevant vedligeholdende træning i dagligdagen
- Borgerens mulige funktionsniveau skal i talesættes,
- Hjemmet skal vurderes og i forlængelse her af skal borgerens funktion i hjemmet kortlægges herunder borgerens mulighed for aktive deltagelse i den almindelige daglige livsførelse.
- At udarbejde en tværfaglig aftale og plan omkring det videre forløb og hvor det beskrives, hvad de enkelte medarbejdergrupper kan bidrage med i det tværfaglige arbejde

Initiativets målgruppe:

De borgere, der forlader kommunens midlertidige pladser eller døgngenoptræning for at vende tilbage til eget hjem. Omfanget skønnes at være 160 borgere om året.

Borgere som har behov for en tværfaglig indsats i hjemmet.

Komplekse borgere i eget hjem som har behov for en tværfaglig indsats og det skønnes til at der skal afholdes 234 møder i 2015 for hjemmeplejens 4 områder.

LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE
Center for Sundhed og Omsorg

Beskrivelse af indsats i forbindelse med Ældre milliarden

Indsatsens kaldenavn: 3.1 Udvidelse af Epital-projektet

Indsatsen vedrører: Bedre forhold for de svageste ældre fx på plejehjem

Under titel: Velfærdsteknologiske løsninger

Formålet med indsatsen:

At involvere og empower ældre borgere med kroniske lidelser i egen pleje og omsorg med henblik på øget mestring af egen sygdom.

Epitalet er en telemedicinsk løsning, der skal styrke borgeres egen mestring af deres kroniske sygdom gennem empowerment, monitorering, målinger, målrettet medicinering og udvidet lægedækning. Borgerne kan døgnet rundt kontakte sygeplejefaglig bistand på en kommunal vagtcentral via en interaktiv skærm og får råd og vejledning, hvis de oplever forværring af deres tilstand eller bliver utrygge. Herefter kan eventuel behandling iværksættes og indlæggelse på hospital undgås.

På nuværende tidspunkt henvender projektet sig til borgere med en KOL-diagnose. Projektet ønskes at indlemme ældre medicinske patienter samt ældre borgere med flere kroniske sygdomme. Ældre borgere lider ofte af flere kroniske lidelser og er samtidig ofte under medicinsk behandling for andre lidelser.

Vagt centralen der tager sig af borgere i Epitalet er døgnbemandet. En udvidelse af målgruppe forudsætter en opnormering af det sundhedsfaglige personale.

De planlagte aktiviteter:

1. Der skal indkøbes egnede tablets til borgerne.
2. Opnormering af sundhedsfagligt personale i aften- og nattetimerne.

Initiativets målgruppe:

Projektet er under udvikling med fokus rettet mod KOL, men udvides med 50 ældre borgere, der er karakteriseret ved at have flere kroniske lidelser (multisygdom)

Beskrivelse af indsats i forbindelse med Ældre milliarden

Indsatsens kaldenavn: 3.2 Mad fra bunden

Indsatsen vedrører: Bedre forhold for de svageste ældre på plejehjem

Under titel: Andre indsatser vedrørende bedre forhold for de svageste ældre

Formålet med indsatsen: At højne livskvaliteten for beboerne på kommunens plejehjem

Ældrekommissionen vurderer, at livskvaliteten for beboere på plejehjem kan forbedres ved at sikre, at maden både smager og dufter godt. For mange beboere på plejehjem er undervægt et større problem end overvægt. Der er behov for at skærpe beboernes appetit og lyst til at spise ved måltiderne. Ældrekommissionen anbefaler derfor, at der skal dufte af mad forud for måltiderne.

Den kommunale madservice i Lyngby-Taarbæk kommune har netop afprøvet et såkaldt mønsterprojekt, hvor maden blev lavet fra bundet i køkkenet på et af kommunens plejehjem. Formålet var at afprøve, hvorvidt kvaliteten og madoplevelsen – duft og smag – kunne forbedres ved at lave maden fra bunden lokalt på plejehjemmet. Projektet har været en stor succes og har imødekommet ønsker og behov både blandt beboere, pårørende og medarbejdere.

De gode erfaringer ønskes udbredt til kommunens øvrige plejehjem. En forudsætning for at lave mad fra bunden er imidlertid, at plejehjemskøkkenerne kan blive godkendt til madproduktion. Det kræver, at køkkenerne i større eller mindre omfang ombygges og renoveres, samt at der indkøbes det nødvendige køkkeninventar, der gør det muligt at lave mad fra bunden.

De planlagte aktiviteter:

1. Køkkenerne på 2 af kommunens plejehjem ombygges og renoveres, så de lever op til kravene, der stilles til produktionskøkkener.
2. Der indkøbes køkkeninventar til 2 af kommunens plejehjem, så køkkenerne har det basale inventar, der er nødvendigt for at fungere som et produktionskøkken.

Initiativets målgruppe: Beboere på kommunens plejehjem

LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE
Center for Sundhed og Omsorg

Beskrivelse af indsats i forbindelse med Ældre milliarden

Indsatsens kaldenavn: 4.1 En styrket koordinering, sammenhæng og kvalitet i initiativerne på plejehjemmene

Indsatsen vedrører: Andre initiativer, som ikke er forslået i vejledningen, men som kommunen ønsker at gennemføre for midler fra puljen.

Under titel: Andet

Formålet med indsatsen: At styrke en høj faglig kvalitet og udvikle indsatsen på plejecentrene.

Der ønskes ansat en kvalitets- og udviklingskonsulent i Center for Træning og Omsorg, der skal arbejde målrettet med kvalitet og udvikling på plejecentrene.

Langt hovedparten af de ældre, der i dag bliver visiteret til en plads på et plejehjem, er stærkt fysisk eller psykisk svækkede, og dybt afhængige af den hjælp, de får på plejehjemmet. Det vurderes, at 2/3 af beboerne lider af en eller anden form for demens, hvilket stiller særlige krav til ledelserne og medarbejderne om at skabe en hverdag på plejehjemmene hvor beboerens behov og livskvalitet kommer i centrum (Ældrekommissionen).

Det seneste halve år er der igangsat flere forskellige initiativer for at understøtte beboernes livskvalitet og selvbestemmelse på kommunens plejehjem. Der er fokus på at skabe "hjemlighed" og ansat terapeuter der skal skabe aktiviteter, der styrker beboerne fysisk, socialt og psykisk. De pædagogiske måltider genindføres og der ansættes en diætist som skal styrke det faglige arbejde med beboernes ernæring.

Der er behov for at koordinere de mange gode udviklingsinitiativer og sikre sammenhængen i initiativerne, så de samlet set giver den enkelte borger mest mulig livskvalitet samtidig med at den monofaglige og tværfaglige kvalitet udvikles og styrkes.

Den nye kvalitets- og udviklingskonsulent skal forankres decentralt og skal bl.a.:

- Medvirke til at sikre en høj faglig, ensartet og evidensbaseret indsats

- Bidrage til arbejdet med at udvikle metoder til at måle kvaliteten i den service beboerne får gennem deltagelse i centeret kvalitetsudvalg
- Koordinere det løbende arbejde med kvalitet på plejehjemmene
- Yde vejledning, rådgivning og undervisning af medarbejdere
- Bidrage til at der sker en koordinering af udviklingsinitiativer og sikres en sammenhæng i initiativerne

De planlagte aktiviteter: Der ansættes en fuldtids kvalitets- og udviklingskonsulent.

Initiativets målgruppe: Medarbejderne i Center for Træning og Omsorg

Beskrivelse af indsats i forbindelse med Ældre milliarden

Indsatsens kaldenavn: Øget fokus på hygiejne med henblik på at sikre bedre forhold for de svageste ældre

Indsatsen vedrører: Bedre forhold for de svageste ældre fx på plejehjem

Under titel: Andre indsatser vedrørende bedre forhold for de svageste ældre

Formålet med indsatsen:

Samfundsmæssigt er der en øget bevågenhed på at bekæmpe infektionssygdomme. Infektionssygdomme er årsag til stor sygdomsforekomst og dermed øget belastning for den enkelte. Hertil kommer de samfundsmæssige konsekvenser i form af øget sundhedsudgifter, sygefravær og tabt arbejdsevne.

Særligt de ældre og svage borgere er i øget risiko for at pådrage sig infektioner, som let kan blive alvorlige for den enkelte borger. Kortere indlæggelser, accelererede patientforløb og flere ældre borgere er med til at øget behovet for en bedre kvalitet af hygiejneindsatsen i kommunerne.

Forebyggelse af infektioner er reguleret ved national lovgivning, herunder vejledning, overvågning og meldepligt, såvel som regionale og kommunale retningslinjer.

Primærsektor har ikke haft samme tradition for organisering af infektionshygiejnen med fastlæggelse af en hygiejnepolitik, oprettelse af hygiejnekomite, udarbejdelse af retningslinjer og udnævnelse af et infektionshygiejnisk team, som der ses på sygehusene. En stigning i forekomsten af resistente mikroorganismer som fx MRSA (Methicillin resistente Staphylococcus aureus) og Clostridium difficile 027 har dog de senere år sat fokus på nødvendigheden af at organisere infektionshygiejnen også i primærsektoren.

Med de gældende sundhedsaftaler mellem regionen og kommunerne er der taget initiativ til et øget samarbejde om hygiejneindsatsen. Siden foråret 2012 har kommunerne i klynge MIDT indgået i et netværk med Mikrobiologisk afdeling, Herlev Hospital, som bl.a. har omfattet generel såvel som specifik rådgivning, undervisning af medarbejderne i ældreplejen og netværks-samarbejde kommunerne imellem. Samarbejdet har været frugtbart, men har også vist, at der er

behov for at strukturere hygiejneindsatsen på det kommunale niveau for at kunne minimere sygdomsforekomsten hos kommunens borgere.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2013 Hygiejnepakken, som har til formål at understøtte den kommunale hygiejneindsats, såvel som det tværsektorielle samarbejde. I hygiejnepakken konkretiseres, at opgaven for kommunen er at organisere, planlægge, udvikle og monitorere hygiejneområdet.

På denne baggrund er der behov for, at der afsættes midler til en hygiejnesygeplejerske, som kan løfte denne opgave.

De planlagte aktiviteter: Der skal ansættes en fuldtids hygiejnesygeplejerske

Initiativets målgruppe: Beboere på kommunens plejehjem og medarbejdere i Center for Sundhed og Omsorg.

LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE
Center for Sundhed og Omsorg

Beskrivelse af indsats i forbindelse med Ældre milliarden

Indsatsens kaldenavn: Etablering af aktivitetstilbud på Møllebo mhp. at styrke indsatsen for de borgere der venter på en permanent plejebolig – særligt borgere med demens

Indsatsen vedrører: Bedre forhold for de svageste ældre på plejehjem

Under titel: Bedre indsats målrettet personer med demens eller deres pårørende

Formålet med indsatsen:

I vinteren 2011/2012 blev Møllebo omdannet fra et traditionelt plejehjem til kommunes ”akut center” mhp. at kunne varetage plejen til borgere, der er indlæggelsestruede eller har brug får en mellemstation efter udskrivelse fra hospitalet, før de venter tilbage til deres egen bolig.

Møllebo er i dag et center med fokus på Det Nære Sundhedsvæsen, hvor der både er tilknyttet et subakut døgntilbud og et mobilt udgående team. Stedet har således særligt fokus på pleje til den akutsyge/svækkede borger og har i mindre udstrækning fokus på at sikre hjemlighed og miljøskabende aktiviteter til de demente borgere, som bor i en midlertidig plejebolig, og som venter på et tilbud om en permanent plejebolig. Opgørelser viser, at 30 % af borgerne i de midlertidige boliger er demente borgere. Disse borgere opholder sig ofte på Møllebo i flere måneder, før de flytter til en permanent plejebolig.

Netop det at borgerne på Møllebo har så forskellige behov gør, at det er en daglig udfordring for personalet både at sikre hurtig pleje/behandling til borgere i et ustabil akut plejeforløb og samtidig sikre at der er det fornødne nærvær i forhold til de svage demente borgere, som har behov for skærmede, faste rammer med megen omsorg og stimulering, der er afpasset den enkelte dementes behov.

I hverdagen prioriteres borgere, som er i et ustabil komplekst og akut forløb først, og derefter prioriteres den hukommelsessvækkede eller demente borgers behov. Der er aktuelt ansat en ufaglært medarbejder på 30 timer, som efter bedste evne tilrettelægger gåture og små aktiviteter for demente borgere i hele huset. Disse forhold er ikke optimale, idet medarbejderne ofte føler sig splittet i forhold til at skulle foretage denne prioritering, og de stærkt hukommelsessvækkede borgere bliver utrygge, bange og ængstelige.

For at tilgodese den enkelte demente borgers behov for guidning, nærvær og aktiviteter i nogle faste rammer, er der behov for at ansætte mere sundhedsfagligt uddannet aktivitetspersonale, som skal være til stede i dagtimerne mellem kl. 10 - 17 både på hverdage og i weekender. En udvidelse af normeringen sv.t. 50 ti/uge ~en årlig merudgift på 0,5 mio.kr.

Gennemførelsen af de daglige aktiviteter for de demente kunne med fordel foregå i de ledige lokaler på 6. sal på Møllebo. Her kunne aktivitetsmedarbejderne og frivillige tillige sammen arrangere aktiviteter som banko, højtlesning osv. for alle som havde lyst til at deltage i disse aktiviteter.

De planlagte aktiviteter: Ansættelse af sundhedsfagligt uddannet aktivitetspersonale, som skal være til stede i dagtimerne mellem kl. 10 -17 både på hverdage og i weekender.

Initiativets målgruppe: Demente beboere på en midlertidig plads på Møllebo

LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE
Center for Sundhed og Omsorg

Beskrivelse af indsats i forbindelse med Ældre milliarden

Indsatsens kaldenavn: Bekæmpelse af ensomhed

Indsatsen vedrører: Styrket rehabiliterings- og genoptræningsindsats

Under titel: Andre indsatser vedrørende styrket rehabiliterings- og genoptræningsindsats

Formålet med indsatsen: Mindske ensomhed blandt ældre mennesker gennem øget samarbejde mellem kommunerne og civilsamfundet, for at øge deltagelse i aktivitetstilbud.

En afgørende byggesten i at forebygge ensomhed ligger i samarbejdet mellem kommunen og det lokale foreningsliv. Kommunerne spiller en central rolle i at forebygge ensomhed blandt ældre – bl.a. ved at understøtte foreningslivet og klæde de ansatte i ældresektoren godt på.

Derfor har Marselisborg udviklet redskaber og metodikker i forhold til:

- At gøre det omfattende aktivitetsudbud, der allerede eksisterer, mere tilgængeligt, søgbart og indbydende gennem en overskuelig hjemmeside.
- At give kommunens medarbejdere på ældreområdet viden om risikofaktorer for ensomhed og handlemuligheder for at få flere ældre motiveret til aktiviteter lokalt.
- At få foreninger og aktivitetstilbud til ældre til at vende blikket indad og fokusere på den gode velkomst, at passe bedre på de ældre, der allerede er i foreningerne og at være bedre til at støtte andre ældre i sårbare situationer.

Ældre som oplever ensomhed har et ønske om at deltage mere aktivt i foreningsaktiviteter, men de har ofte ikke overblik over, hvilke aktiviteter der findes i deres lokalområde. Søgema-skinen på AktivtÆldre.dk er et redskab til hurtigt og nemt at skabe overblik over de aktiviteter, som findes i den ældres lokalområde.

Aktivt Ældre.dk vil i løbet af de næste år i samarbejde med frivillige, kommunale medarbejdere på ældreområdet og de ældre selv afprøve og udvikle metoder og redskaber til at forebygge og mindske ensomhed, samt udvide indsatserne i projektet til at omfatte flere kommuner og foreninger landet over.

Ved at Lyngby-Taarbæk Kommune deltager i samarbejdet med Marselisborg centeret og Aktivt Ældrelev, får Kommunen mulighed for at sætte fokus på de allerede eksisterende aktivitets-tilbud og foreninger og bliver bedre rustet til at støtte den ældre ensomme borger.

De planlagte aktiviteter: Kommunen øger samarbejdet med Marselisborg Centeret som vil udarbejde en hjemmeside omkring aktivitetstilbud og de vil kompetenceudvikle medarbejdere i Center for Sundhed og Træning omkring viden om risikofaktorer for ensomhed samt handlemulighederne herpå.

Marselisborg Centeret vil, i samarbejde med kommunen, øge samarbejdet med foreninger og aktivitetstilbud og herigennem medvirke til forebyggelse af ensomhed.

Initiativets målgruppe: Ensomme ældre borgere.

LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE
Center for Sundhed og Omsorg

Beskrivelse af indsats i forbindelse med Ældre milliarden

Indsatsens kaldenavn: Øge muligheden for flere selvtrænere på Virumgård

Indsatsen vedrører: Styrket rehabiliterings- og genoptræningsindsats

Under titel: Styrke rehabiliteringsindsatsen, styrke genoptræningsindsatsen

Formålet med indsatsen: Øge sundheden og øge træningen hos de ældre borgere.

I dag træner 350 ældre hver uge på Virumgaard i regi af tilbuddet "Selvtræning din styrke", som er et samarbejde mellem kommunen og Ældresagen. Der er godt 200 borgere på venteliste til ordningen.

Det er blevet erfaret, at den nuværende bygningskonstruktion ikke kan holde til belastningen af træningsmaskinerne, der er indkøbt til lokalet og derfor er dele af træningstilbuddet stoppet.

For at udbygge og fortsætte det gode samarbejde omkring "Selvtræning din styrke" er der behov for en ombygning af træningslokalerne, således at træningsfaciliteterne udnyttes fuldt ud.

De planlagte aktiviteter: Træningsfaciliteterne på Virumgård ombygges og renoveres, således at tilbuddet omkring selvtræning kan udbygges og øges til at rumme flere ældre borgere.

Initiativets målgruppe: Omfanget skønnes til at være 350 ældre pr uge.

LYNGBY-TAARBÆK KOMMUNE
Center for Sundhed og Omsorg

Beskrivelse af indsats i forbindelse med Ældre milliarden

Indsatsens kaldenavn: Lægedækning

Indsatsens kaldenavn: Øget fokus på hygiejne med henblik på at sikre bedre forhold for de svageste ældre

Indsatsen vedrører: Bedre forhold for de svageste ældre fx på plejehjem

Under titel: Andre indsatser vedrørende bedre forhold for de svageste ældre

Formålet med indsatsen:

En effektiv forebyggelse giver behov for at afprøve alternative sundhedsmodeller i praksis. I Lyngby-Taarbæk Kommune er derfor etableret Epitalet samt de subakutte pladser/Mobilt Akutteam på Møllebo.

De 4 subakutte pladser er på Træningscenter Møllebo, og retter sig mod borgere med behov for akut overvågning og særlig pleje, og som med en hurtig simpel lægefaglig indsats kan undgå indlæggelse på hospital. Pladserne har bl.a. været ønsket af de praktiserende læger, der gennem en årrække har efterspurgt flere midlertidige pladser, der med kort varsel kan modtage svage borgere som alternativ til en indlæggelse på hospital.

Epitalets lægefaglige medicinske bagvagtsfunktion yder i dag støtte til sygeplejerskerne og igangsætter lægefaglig behandling hos borgere med almindeligt forekommende og forbyggelige diagnoser, som er indlagt på de subakutte pladser. Epitalets læger kan komme og være fysisk tilstede på de subakutte pladser indenfor 24 timer efter, at borgeren er indlagt.

Som supplement til de subakutte pladser startede i juni 2014 Mobilt Akutteam. Teamet er tilknyttet de subakutte pladser og består udelukkende af sygeplejersker. Indsatsen retter sig mod borgere i eget hjem, som har behov for akut overvågning og særlig pleje, og som med en hurtig og simpel lægefaglig indsats kan undgå indlæggelse på hospital. Epitalets lægefaglige medicinske bagvagtsfunktion sikrer i dag, at akutteamets sygeplejersker i dagtimerne kan få lægefaglig støtte og vejledning i opgavevaretagelsen, samt sikrer hurtigt medicinsk indsats til borgere i eget hjem, som modtager ydelser fra det mobile akutteam.

På denne baggrund er der behov for, at der afsættes midler til en ansættelse af en læge, som kan løfte opgaverne på de subakutte pladser, Mobilt Akutteam og Epitalet.

De planlagte aktiviteter: Der skal ansættes et lægekorps.

Initiativets målgruppe: Beboere på subakutte pladser, borgere i eget hjem som modtager ydelser fra Mobilt Akutteam og medarbejdere i Center for Sundhed og Omsorg.

Lyngby-Taarbæk Kommune, Center for Sundhed og Omsorg

Udbud af madservice til hjemmeboende borgere på ældreområdet

Kravspecifikation

Kapitel 2

Indholdsfortegnelse

1	Madservice til hjemmeboende ældre	2
2	Kvalitet	2
2.1	Målsætning	2
2.2	Kvalitetskrav	3
2.3	Produktudvikling	3
2.4	Menuvariation	3
2.5	Menuplaner	5
2.6	Temperatur ved levering	5
2.7	Emballage	5
2.8	Kontrol og mærkning	5
3	Til- og framelding	6
3.1	Bestillinger og ændringer	6
4	Levering	7
4.2	Leveringshyppighed	7
4.1	Transport	7
4.2	Chauffører	7
5	Tavshedspligt	8
6	Information om produkt og priser	8
7	Pris og betaling	9
7.1	Borgerens egen betaling	9
7.2	Afregning	9

Bilagsfortegnelse

Bilag 1	Lyngby-Taarbæk Kommunes kvalitetsstandard for madservice	10
----------------	---	-----------

1 Madservice til hjemmeboende ældre

Lyngby-Taarbæk Kommune inviterer hermed til at afgive tilbud på levering af middagsretter, hoved- og boret til ca. 405 inuisiterede borgere. Der skal kun leveres boret, hvis der samtidig leveres hovedret.

Der skal minimum kunne vælges mellem to hovedretter og to boretter dagligt.

Der skal både kunne leveres

- varmholdt mad og
- kølet mad, alternativt frostmad

Der leveres på nuværende tidspunkt 51% kølemad og 49% varm mad. Der forventes fremadrettet en ændring i fordeling mellem køle- og varmmad, hvor andelen af kølemad er stigende.

Der skal i øvrigt leveres specialkost til ca. 1/5 af borgerne, det er f.eks. tyggevenlig kost, kost til diabetikere eller undervægtige.

Der skal være mulighed for tilkøbsydelse, herunder at bestille gæstemenuer.

2 Kvalitet

2.1 Målsætning

Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker at tilbyde kommunens ældre borgere en kost, der er ernæringsrigtig, varieret, appetitvækkende, velsmagende og tilstrækkelig. Ligeledes tilstræbes det, at kosten i størst muligt omfang giver en oplevelse af hjemmelavet mad. Maden skal tilberedes i overensstemmelse med *Anbefalinger for den danske institutionskost*.

Formålet med kosten til de ældre borgere i Lyngby-Taarbæk Kommune er at sikre sufficient ernæring, at styrke borgernes helbred og medvirke til oplevelse af livskvalitet. Desuden er det vigtigt, at både maden og serveringen afspejler respekt for borgeren, samt at maden varierer i forhold til årstiderne.

De ældre skal have valgmuligheder og opleve fleksibilitet, herunder hurtig levering, hvis der ønskes ekstra ydelser, f.eks. ved særlige arrangementer.

Det er et krav, at madordningen så vidt muligt er miljøvenlig f.eks. i forhold til emballage.

2.2 Kvalitetskrav

De følgende kvalitetskrav gælder for leverancer til Lyngby-Taarbæk Kommunes ældre, der bor hjemme.

Det er centralt for kvaliteten af måltiderne, at leverandørerne lever op til de gældende regler om hygiejne og egenkontrol samt kontrolmærkning af animalske fødevarer.

Råvarerne skal være af højeste kvalitet, dvs. 1. sortering, som skal kunne dokumenteres på Lyngby-Taarbæk Kommunes foranledning. Kosten skal bestå af friske råvarer i forhold til årstiderne, som f.eks. friske kartofler om sommeren, og der skal i videst muligt omfang anvendes råvarer med lav forarbejdningsgrad. Anvendelse af tilsætningsstoffer skal holdes på et absolut minimum.

Menuplaner og produktionsforskrifter skal være udarbejdet af faglært personale med relevant uddannelse. Dette personale skal tillige forestå vægt- og kvalitetskontrol på produktionsstedet.

Lyngby-Taarbæk Kommune forbeholder sig ret til at gennemføre stikprøvekontroller herunder tilfredshedsundersøgelser, laboratoriekontrol af vægt og kvalitet eller lignende. Direkte omkostninger afholdt til dette betales af kommunen.

Kommunen kan til enhver tid kontakte leverandører for at afholde samarbejds-møde, hvor den forløbne periode drøftes – herunder resultater fra eventuelle stikprøver og tilfredshedsundersøgelser samt klager. Desuden skal leverandøren levere måltider til Lyngby-Taarbæk Kommunes madpanel samt indgå i dialog med dette. Møderne afholdes uden beregning.

Resultater fra Fødevedirektoratets kontrol, der vedrører leverandørens engagement i ordningen, skal til enhver tid fremsendes til Lyngby-Taarbæk Kommune.

2.3 Produktudvikling

Leverandøren skal indgå i en konstruktiv og sundhedsfremmende dialog med kommunen. Dette kan f.eks. være dialog om initiativer til speciel kost til svage ældre eller andre udviklingsinitiativer, der kan sikre sundhedsfremme blandt borgerne.

Leverandøren skal være indstillet på at deltage i løbende udviklingsarbejde i forhold til at gøre borgerne mere selvhjulpne i forbindelse med tilberedning af måltider, f.eks. ved at tilbyde grøntsager og tilbehør i ikke tilberedt stand, så borgere, der visiteres til det, kan generhverve deres færdigheder i tilberedning af mad.

2.4 Menuvariation

Der skal dagligt være mulighed for at vælge mellem to forskellige hovedretter og to forskellige boretter uanset om retterne er varme eller kølede. Samme vilkår skal gælde for borgere, der vælger specialkost.

Der skal kunne leveres tre forskellige portionsstørrelser:

- Lille portion (7 MJ)
- Almindelig portion (9 MJ)
- Stor portion (12 MJ)

Det er leverandørens ansvar at sikre, at energiindholdet i måltidet (hovedret og biret) svarer til minimum 30% af energiindholdet indtaget i løbet af et døgn som anbefalet i *Anbefalinger for den danske institutionskost*.

Måltiderne skal tage udgangspunkt i sæsonvarer og årstiderne, og menuplanen sammensættes primært af traditionelle retter, men med hensyntagen til nye ønsker fra borgerne.

Der skal være en variation af forskellige kødudskæringer, fokus på farvesammensætning samt variation i præsentationen.

Den samlede ugentlige menuplan skal indeholde et bredt udvalg af grøntsager. Fisk, indmad, lammekød og vildt må ikke tilbydes borgerne på en fast ugedag.

Følgende krav gælder for begge delaftaler:

Indhold	Minimum antal gange pr. måned
Fisk	4-6
Indmad	2
Fjerkræ	4
Helt svinekød	3-4
Lammekød/vildt	1
Helt oksekød	2-4
Helt kalvekød	2-4
Farsretter	4-5
Sammenkogte retter	4-6

2.4.1 Specialkost

Specialkost kan være diæter, såsom glutenfri eller laktosefri kost, diabeteskost eller fedtreduceret kost. Specialkost kan ligeledes være energitæt ældrekost svarende til sygehuskost eller kost til småtspisende. Både normalkost, energitæt ældrekost og kost til småtspisende skal kunne tilbydes i tygge/synkevenlig form.

2.4.2 Norm for energifordeling

Såvel normalkost som specialkost skal indeholde de fornødne næringsstoffer og den energiprocentfordeling, som er beskrevet i *Anbefalinger for den Danske*

Institutionskost. Den gennemsnitlige energi- og energiprocentfordeling skal kunne dokumenteres.

2.5 Menuplaner

Leverandøren skal løbende fremstille og distribuere menuplaner til Lyngby-Taarbæk Kommune og de hjemmeboende ældre, der er tilmeldt madservice. Dertil kommer skriftlig information om opbevaring af maden, forholdsregler ved opbevaring af rester m.m.

Menuplanerne skal udarbejdes månedligt. Menuplanerne skal være letlæselige og overskuelige for ældre svagsynede borgere. Der skal være mulighed for at se menuplanerne online.

2.6 Temperatur ved levering

Maden skal ved levering overholde gældende lovgivning for minimums- og maksimumstemperaturer.

Den nedkølede mad skal kunne opvarmes i mikrobølgeovn. Instruktion om opvarmning skal leveres i forbindelse med levering af nedkølet mad.

2.6.1. Mikrobølgeovn

Leverandøren skal levere og opstille mikrobølgeovne hos borgerne efter bestilling fra visitationen. Mikrobølgeovne skal endvidere kunne leveres som tilkøbsydelse.

2.7 Emballage

Emballagen skal være brugervenlig for ældre og handicappede og specielt tage hensyn til ældre med gigtsvage fingre og synshandicappede. Emballagen skal være hygiejnisk forsvarlig, og skal have en sådan standard, at madkomponenterne ikke kan løbe sammen.

2.8 Kontrol og mærkning

Leverandøren skal dokumentere egenkontrol af hygiejne og kvalitet mindst en gang årligt. Leverandøren skal sende resultaterne af egenkontrollen til Lyngby-Taarbæk Kommune.

Hygiejnestandarden hos leverandøren skal opnå den højeste eller næsthøjeste karakter ved Fødevaredirektoratets tilsyn. Leverandøren skal sende resultaterne af dette tilsyn til Lyngby-Taarbæk Kommune.

Leverandøren er ansvarlig for datomærkning af hver enkelt leverance både med hensyn til produktionstidspunkt og holdbarhed, jfr. Levnedsmiddelstyrelsens bekendtgørelser. Desuden skal alle kostportioner være tydeligt mærket med indhold, energifordeling (KJ), sidste holdbarhedsdato og anbefalet dag for indtagelse. Endelig skal det fremgå, hvordan maden skal opbevares, og hvordan den opvarmes korrekt.

Gentagende overtrædelse af ovenstående vil blive opfattet som misligholdelse af kontrakten.

3 Til- og framelding

Center for Sundhed og Omsorg i Lyngby-Taarbæk Kommune visiterer borgerne til kommunens madservice, herunder også til specialkost. Leverandører må kun udbringe menuer som led i kommunens madservice til borgere, der er visiteret til ordningen.

Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker en enkel og brugervenlig proces med indbygget fleksibilitet, som tilgodeser borgernes behov.

Visitationen i Lyngby-Taarbæk Kommune varetager kontakten mellem borgeren og leverandøren, både hvad angår tilmeldinger og afmeldinger (ophør). Den enkelte borger vælger leverandør på baggrund af det i afsnit 6 omtalte informationsmateriale. Borgeren tilmeldes og afmeldes leverandøren ved, at visitationen kontakter leverandøren. Leverandøren modtager tilmeldinger, afmeldinger og ændringer elektronisk via omsorgssystemet Avaleo. Leverandøren vil få adgang til dette system. Ændringer, som foretages i Avaleo inden kl. 12.00 skal effektueres dagen efter.

De hjemmeboende ældre, der er tilmeldt Madservice, skal selv kunne foretage ekstrabestillinger og afbestillinger, og skal selv frit kunne ændre deres leveringer i forhold til antal dage. I tilfælde af varige ændringer eller ændringer i en længere periode, f.eks. ved sommerferie, skal leverandøren orientere visitationen. Aflysninger eller andre ændringer, f.eks. flytning af en aftale, aftales mellem borger og leverandør.

Borgeren skal have mulighed for at skifte leverandør i henhold til den til enhver tid gældende kvalitetsstandard (bilag 1). Borgeren henvender sig til kommunen ved ønske om leverandørskifte. I særlige tilfælde kan varslet om leverandørskifte gøres kortere, hvis det accepteres af parterne.

3.1 Bestillinger og ændringer

Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker, at borgere, som er tilknyttet madservice, opnår en hurtig og nem bestillingsproces.

Leverandøren skal have en call-funktion, der håndterer borgerens bestillinger, afbestillinger og ændringer i overensstemmelse med Lyngby-Taarbæk Kommunes til enhver tid gældende kvalitetsstandard (bilag 1).

Leverandøren skal kunne modtage bestillinger på en måde, der er tilpasset borgerens behov og medfører mindst mulige omkostninger og besvær for kommunen. Suppleres manuelle bestillinger med internetløsninger, skal disse være brugervenlige og sikre borgerne en enkel og effektiv bestilling af varerne. Leverandørerne skal udfærdige vejledninger og yde support til borgere, der anvender leverandørens online løsninger. Leverandøren betaler alle omkostninger til udvikling, implementering og drift af onlineløsninger.

4 Levering

Leverandøren skal ved leveringen ringe på, præsentere sig tydeligt i eventuel dørtelefon, vente på at døren bliver åbnet eller eventuelt benytte elektronisk nøgle og bære maden til borgerens køle/fryseskab eller spisebord, hvis borgeren ikke kan modtage maden i døren. Såfremt der er behov for det, skal chaufføren åbne emballagen.

Hvis chaufføren ikke kan komme i kontakt med de hjemmeboende ældre, eller hvis andre uregelmæssigheder i forbindelse med madudbringningen iagttages, skal der straks gives besked til hjemmeplejen i Lyngby-Taarbæk Kommune.

Leverandøren er forpligtet til at tilpasse tidspunktet for madlevering med dagtilbud, sundheds- og træningscenter og lignende. Tidspunktet for levering må ikke afskære borgere fra disse tilbud.

4.2 Leveringshyppighed

Varm mad skal kunne leveres alle ugens dage. Kølemad skal kunne leveres to gange ugentligt med minimum to kalenderdage imellem, f.eks. tirsdag og fredag.

4.1 Transport

De borgere, som tilknyttes madlevering, har krav på, at maden transporteres forsvarligt. Transporten skal foretages under hensyntagen til den til enhver tid gældende lovgivning vedrørende transport af fødevarer og lovgivning vedrørende transport generelt.

Transporten skal foregå i lukkede biler, der til enhver tid kan opfylde danske lovgivningskrav til renlighed og hygiejne under hensyntagen til de transporterede produkters beskaffenhed.

Biler skal kunne genkendes og være påmonteret synligt logo på leverandøren.

Såfremt der leveres varmholdt mad til de ældre hjemmeboende, skal bilerne være forsynede med udstyr til at holde maden varm undervejs ved den beskrevne korrekte temperatur.

Alle involverede parter skal respektere de oplyste tidspunkter i forbindelse med den daglige kørsel.

Transporten til de hjemmeboende ældre afregnes pr. adresse. Leveres der således mad til to hjemmeboende ældre på samme adresse, kan der kun opkræves betaling for én transport. Transporten afregnes pr. levering. Der kan kun opkræves betaling for levering af varm mad for de dage, den er leveret, og for frost/kølemad for de dage måltiderne er leveret.

4.2 Chauffører

Chaufførerne skal bære synligt ID med navn, billede og leverandørnavn, som på tydelig og let genkendelig måde sikrer, at de hjemmeboende ældre ved,

hvem de står overfor. Billede og tekst skal udformes således, at svagsynede kan læse det.

Chaufførerne skal kunne tale og forstå dansk.

Chaufførerne skal være gjort bekendte med de hjemmeboende ældres eventuelle særlige problemer og skal udvise forståelse og fleksibilitet.

Leverandøren skal tilstræbe, at distributionen sker med faste chauffører med mindst mulig udskiftning.

Chaufførerne skal være velsoignerede og benytte passende arbejdsbeklædning, der tager hensyn til, at der arbejdes med levnedsmidler, samt være bekendt med og overholde hygiejniske principper i forhold til opgaveløsningen.

Leverandøren skal sikre, at chaufførerne er vidende om, at de ikke må modtage eller give gaver – herunder arv – eller låne penge til eller af borgeren. Endvidere må leverandørens medarbejdere ikke opholde sig i borgerens hjem uden borgerens tilstedeværelse eller borgerens samtykke.

Udviser chaufføren ikke respekt og drager fornøden omsorg for de pågældende hjemmeboende ældre og/eller personalet, betragtes dette som misligholdelse af kontrakten, jf. afsnit om misligholdelse. Lyngby-Taarbæk Kommune er ved gentagen påtale berettiget til at kræve, at den pågældende chauffør fjernes fra den af kontrakten omfattede kørsel.

5 Tavshedspligt

Leverandøren, dennes ansatte og eventuelle underleverandører herunder chauffører er undergivet samme tavshedspligt jf. retssikkerhedslovens § 43, stk. 2 og 3, omkring forhold, som de i forbindelse med deres arbejde måtte få kendskab til. Denne tavshedspligt ophører ikke ved fratræden eller ved kontraktforholdets ophør.

6 Information om produkt og priser

Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker, at borgere, som er tilknyttet madservice, informeres om udbud og priser på tilkøbsretter på en måde, der gør dem i stand til at vælge mellem retterne og aktuelle leverandører på et velinformeret grundlag.

Brochuremateriale om leverandøren og leverandørens ydelser skal leveres i hand-copy til kommunen og de visiterede borgere. Der skal til enhver tid kunne rekvireres flere eksemplarer bekostet af leverandøren.

Leverandøren skal præsentere udvalget af retter på en hjemmeside, der viser billeder af retterne med tilhørende beskrivelser.

7 Pris og betaling

7.1 Borgerens egen betaling

Borgere, der er pensionister, betaler for madlevering via deres pension. Borgere, der ikke er pensionister, eller for hvem den udbetalte pension ikke vurderes at kunne dække den forventede opkrævning, skal af leverandøren have udstedt et indbetalingskort eller kontooplysninger til brug for betaling af leverancen. På forlangende sendes specifikation på leverance fra leverandør til borger.

Priserne for egen betaling reguleres en gang årligt i henhold til statens takster. Tvist mellem leverandør og borger om betaling af antal leverede gange afgøres mellem leverandør og borger.

Leverandøren er forpligtet til at sende en liste med leverancer på alle borgerne til KMD.

7.2 Afregning

Kommunen afregner leverandøren månedligt efter modtagelse af elektroniske fakturaer, der sendes til EAN nr. 5798008469656. Fakturaen skal indeholde beløb, samt cpr.numre. Betalingsbetingelser er 30 dage netto fra korrekt faktura. Lyngby-Taarbæk Kommune er kun ansvarlig for betaling af kommunens andel i det omfang borgeren er visiteret til madlevering.

Afregning af tilkøbsydelse hos borgere, der er visiteret til madlevering, kan ske via pensionssystemet, men kommunen indestår ikke for beløbet, såfremt der ikke er dækning.

Bilag 1

Lyngby-Taarbæk Kommune

Visitationsafsnittet

Kvalitetsstandard

for personlig hjælp og pleje samt hjælp eller støtte til nødvendige praktiske opgaver i hjemmet, jævnfør § 83, i lov om social service.

Ydelsestype: Madservice

Kategori: 1 + 2 + 3 + 4

1) Hvad er formålet med ydelsen?	Formålet med kosten til ældre er, at styrke borgernes helbred gennem sufficient kost og medvirke til oplevelse af livskvalitet.
2) Hvilke aktiviteter indgår i ydelsen?	Praktiske elementer der efter behov kan indgå i ydelsen: <ul style="list-style-type: none">• Kølet eller frosset hovedret eller hoved og boret i portioner pakket efter en medfølgende ugeplan.• Varm hovedret eller varm hovedret og boret• Diætkost f.eks. diabeteskost, glutenfri eller lactosefri kost, fedtbegrænset kost /MCT kost) og speciel kost til svært undervægtige borgere (BMI under 20).• Tyggevenlig kost, sondemad• Lån af microovn, når medarbejdere skal varme maden op.
Hvilke aktiviteter indgår ikke i ydelsen?	
4) Hvem kan modtage ydelsen?	<p>Ydelsen kan først modtages efter en konkret individuel vurdering af borgers behov.</p> <p>Borgere der pga. sygdom/handicap ikke selv eller med hjælp fra pårørende i husstanden er i stand til at tilberede mad.</p> <p>Borgere, der selv kan varme mad, får leveret kølet eller frosset mad afhængig af leverandørens tilbud.</p> <p>Borgere, der ikke selv kan varme mad, får leveret varm mad. Dog kan borgere i denne målgruppe, der får hjælp til indtagelse af måltidet eller personlig hjælp på spisetidspunktet få leveret kølet/frosset mad og hjælp til at varme maden op.</p> <p>Diætkost leveres kun til borgere, hvor diætkost er nødvendig som led i forebyggelse af forværring af en sygdom. Diæten skal være lægeordineret,</p>

	<p>eller der er et oplagt behov for diæt ud fra undersøgelser eller behandling, der fremgår af kommunens oplysninger om borgeren.</p> <p>Borger kan låne en microovn, hvis pågældende er visiteret til hjælp til tilberedning og servering af mad, og borgeren kun har en almindelig ovn til rådighed.</p>
5) Ydelsens omfang	Kølet/frosset mad leveres 1-2 gange ugentligt afhængig af leverandøren. Varm mad leveres dagligt.
6) Hvem leverer ydelsen?	Frit valg leverandører, som kommunen har godkendt til levering af madservice.
7) Kompetencekrav til udføreren	Menu og produktionsforskrifter skal være udarbejdet af faglært personale med relevant uddannelse. Leverandørens personale skal opfylde de til hver en tid gældende krav, der stilles i love og bekendtgørelser i relation til madproduktion og – distribution, og skal være kompetent til at udføre opgaverne.
8) Krav til chauffører, der udbringer mad	Chaufførerne skal: <ul style="list-style-type: none">• Have ren straffeattest.• Bære synligt identifikationskort.• Kunne tale og forstå dansk, være velsoignerede og benytte passende arbejdsbeklædning, der tager hensyn til, at der arbejdes med levnedsmidler.• Være gjort bekendte med de hjemmeboende ældres eventuelle særlige problemer og skal udvise forståelse og fleksibilitet.• Give besked til kommunen, hvis der ikke opnås kontakt med borgeren eller ved evt. andre uregelmæssigheder i forbindelse med madleveringen.• Overholde gældende regler om tavshedspligt.
9) Hvad koster ydelsen for brugerne?	Der betales for valgte måltider afhængig af leveringsform og kommunens priser for madservice, der som udgangspunkt reguleres 1 gang om året.
10) Hvordan følges op på ydelsen?	<p>Der foretages løbende brugertilfredshedsundersøgelser i samarbejde mellem kommunen og aktuelle private leverandører.</p> <p>Levnedsmiddelkontrollen gennemfører ét årligt tilsyn med køkkenerne.</p> <p>Derudover har Lyngby-Taarbæk Kommune nedsat et madkvalitetspanel, der består af repræsentanter udpeget af Seniorrådet, samt modtagere af mad fra kommunens leverandører, en visitator og en hjemmehjælper. Prøvesmagning af mad fra kom. lev. ca. 1 gang mdr.</p>

<p>11) Hvad er kommunens servicemål?</p>	<p>Lyngby-Taarbæk Kommune ønsker at tilbyde kommunens ældre borgere en kost, der er ernæringsrigtig, varieret, appetitvækkende, velsmagende og tilstrækkelig. Ligeledes tilstræbes det, at kosten giver en oplevelse af hjemmelavet mad i størst mulige omfang. Maden skal tilberedes i overensstemmelse med ”Anbefalinger for den danske institutionskost”, udgivet af Fødevarerministeriet og Økonomiskolen i København.</p> <p>De ældre skal have valgmuligheder og opleve fleksibilitet f.eks. ved hurtig levering, hurtig ændring, eller hvis der ønskes ekstra ydelser f.eks. gæstemener og særlige arrangementer.</p> <p>At borgeren kan vælge mellem 2 hovedretter og 2 biretter pr. dag.</p> <p>At borgeren ved første levering får udleveret bestillingsliste samt vejledning om bestilling og andre praktiske oplysninger vedr. madservice.</p> <p>At borgeren ved første levering får udleveret en udførlig skriftlig vejledning om opbevaring og tilberedning af maden.</p> <p>At maden er tilberedt, opbevaret og transporteret, så eventuelle tab af næringsværdi og kvalitet holdes på et minimum.</p> <p>At maden er leveret i brugervenlig emballage med deklaration på emballagen om hver portion.</p> <p>At borgeren kan kontakte leverandøren telefonisk mellem kl. 8-14.</p> <p>At borgeren kan skifte leverandør med 3 dages varsel.</p> <p>Afgørelsen foreligger 2 arbejdsdage efter henvendelsen.</p>
--	--

Udmøntning af Ældremilliarden for 2015

Sagsnummer: 20150110185

Oprettet: 20-01-2015

Dokumentejer: Susie Vogt Poulsen

Dagsorden

Generel

Emne: Udmøntning af Ældremilliarden for 2015

Dokumenttype: Sagsfremstilling til Dagsordensystem

Dato: 20-01-2015

Organisation: Center for Træning og Omsorg

Navn:

ID-Nummer:

Journalnøgle(r): 00.01.00-P20 Kommunens styrelse i almindelighed, Projekter

Besked:

Udvalg: SSU Social- og Sundhedsudvalget**Sagsfremstilling:**

I forbindelse med Aftale om Finanslov for 2014 blev der afsat 1 mia. kr. årligt til et varigt løft af indsatsen på det kommunale ældreområde. De afsatte midler udmøntes til kommunerne for et år ad gangen. Udmøntningen i 2014 og i 2015 sker på baggrund af ansøgninger fra kommunerne. Formålet med midlerne er at løfte ældreplejen, hvor der er størst behov i den enkelte kommune.

Der kan via Løft af ældreområdet, Ældremilliarden, ansøges om midler til eksempelvis en styrket rehabiliterings- og genoptræningsindsats, en bedre praktisk hjælp og personlig pleje og bedre forhold for de svageste ældre.

Social- og Sundhedsudvalget godkendte på mødet den 25. september 2014 forvaltningens forslag til udmøntning for 2015.

Lyngby-Taarbæk Kommune har fået afsat 12,065 mio. kr. for 2015 og der er otte tiltag, som fortsætter fra 2014, og herudover er der ansøgt om midler til seks nye

tiltag i 2015. De nye tiltag er:

- Etablering af aktivitetstilbud på Møllebo for de borgere, der venter på en permanent plejebolig, således at borgere, der lever med demens, får efterkommet deres behov for guidning, nærvær og aktiviteter efterkommes.
- Fokus på bekæmpelse af ensomhed blandt ældre borgere gennem øget samarbejde mellem kommunen og det lokale foreningsliv for at øge deltagelse i aktivitetstilbud. Borgerne får herved et overblik over, hvilke aktiviteter, der findes i deres lokalområde samtidig med at medarbejdere fra kommunen og fra frivillige organisationer kompetenceudvikles.
- Lægedækning af indsatsen i Epitalet, på de subakutte pladser og Mobilt Akutteam på Møllebo.
- Øget fokus på kvalitet og effekt af kommunens indsatser i ældreplejen, både i hjemmeplejen, sygeplejen, træningsenheden og på plejecentre for at sikre, at vi yder den bedste service til de ældre borgere
- Ombygning af træningsfaciliteterne på Områdecenter Virumgård for at rumme flere selvtrænere, for således at øge sundheden og øge træningen.
- Øget fokus på demens ved oprettelse af netværksgrupper og aktivitetstilbud for demente borgere med særlige behov og deres pårørende

Uddybninger og beskrivelser af de enkelte forslag til 2015 er vedlagt som beskrivelse af de enkelte tiltag (bilag) samt en kort oversigt over tiltag for 2014 og 2015 (bilag).

Økonomiske konsekvenser

Holdes inden for rammen

Beslutningskompetence

Kommunalbestyrelsen.

Indstilling

Forvaltningen foreslår at, orienteringen om udmøntning af midler til Løft af ældreområdet tages til efterretning.

'Min vej' App

Oplæg

Indledning

Københavns Kommune og BridgeIT præsenterede 20. oktober 2014 app'en 'Min vej' for en bredere kreds i LTK's socialpsykiatriske indsats. App'en er et redskab i dialogen og samarbejdet mellem bruger og behandler i socialpsykiatrien, og er udviklet i et samarbejde mellem Københavns Kommune og BridgeIT.

Baggrunden for mødet var, at ansatte på Slotsvænget mv. havde hørt om og fattet interesse for app'en.

På baggrund heraf er der fra Københavns Kommune fremskaffet diverse materiale, der fremgår nedenfor.

Pilotprojekt – faglighed

Den faglige ambition med implementering af Min Vej applikationen i Lyngby-Taarbæk Kommune er:

- at understøtte et mere kvalificeret hverdagsliv for borgere med sindslidelser og komplekse sociale problemer, og
- at forebygge akutte psykiske kriser.

Min Vej støtter borgeren i:

- at have fokus på en god hverdag gennem meningsfulde aktiviteter,
- at lære egne adfærdsmønstre at kende,
- at forebygge tilbagefald gennem selvmonitorering, opstille konkrete mål, arbejde på at realisere målene og kortlægge eget netværk.

Det personlige arbejde med Min Vej er en proces, hvor brugeren kan arbejde med de elementer, der giver mening for den enkelte. Min Vej er brugernes eget redskab til at håndtere hverdagslivets udfordringer og forebygge akutte psykiske kriser. Det giver brugerne et godt grundlag for at kunne tage en større grad af kontrol over deres eget hverdagsliv. Det er et centralt element i recovery-processer.

Målgruppen i Københavns Kommunes Min Vej projekt var primært borgere som samtidig var i målgruppen for SEL §§ 85, 107 eller 108 ydelser. Det vil være oplagt at indtænke den samme målgruppe i f.m. afprøvning af Min Vej i Lyngby-Taarbæk Kommune.

Målgruppen er karakteriseret ved omfattende hverdagslivsproblemer og mange kontakter til og indlæggelser i behandlingspsykiatrien.

Mange oplever at deres hverdage er ens, og at deres egen dagsform eller mentale tilstand ikke varierer. Mange borgere, der modtager SEL § 85, lever et hverdagsliv uden mange sociale kontakter og har en tendens til at isolere sig i deres bolig. Her er håbet, at Min Vej kan blive et redskab til at håndtere problemerne og tage kontrol i hverdagen.

Fra Københavns Kommune er modtaget to beskrivelser (ligger i sagen):

- Et "minibrief"-notat (3 sider): "Minvej: En metode indlejret i en app, som ..." (udateret, men formentlig stammende fra opstarten af deres projekt i 2012). Notatet sammenfatter meget fint, hvad det handler om.
- Et notat (9 sider): "Minvej applikationen – et personligt hverdagsværktøj", der beskriver selve app'ens indhold og funktion (for de særligt interesserede i det).

Derudover er modtaget en større evalueringsrapport fra 12. september 2014 (26 sider). Rapporten ligger i sagen.

Afsnit "Resultater i projekt Min Vej" (s. 17-23) beskriver de konkrete og positive resultater af pilotprojektet i København. I 'udpluk' har vi hæftet os ved bl.a.:

- Alle brugerne benytter sig i beskrivelsen af ordet 'accept'
- En grundlæggende accept af deres begrænsninger
- Medvirkende til at vække håbet om et meningsfuldt arbejde på egne vilkår
- Oplevelse af ligestilling i deres kontakt med ...
- Oplevede sig selv som mennesker i relationen og ikke som en diagnose

Og for dem, der arbejdede som 'brugerkonsulenter':

- Genvandt tillid og tro på egne evner

Det er med udgangspunkt i disse positive resultater, at Slotsvænget mv. og forvaltningen anbefaler et pilotprojekt i Lyngby-Taarbæk Kommune.

Alt i alt er der grundlag for en forventning om, at brugerne af Min Vej vil få mindre behov for sociale ydelser, forhåbentlig forstærket af at brugerne ved, at de vil have en lettilgængelig adgang til støtte fra Akuttilbuddet, hvis de skulle få en akut psykisk krise.

Det vurderes at det vil være hensigtsmæssigt at starte op med et pilotprojekt, men det vil være forholdsvis enkelt at udvide antallet af brugere op til de 30 brugere, der alligevel betales driftsafgift for.

Målgruppe for pilotprojektet

Det bør overvejes, om et inklusionskriterie for de 12 brugere i pilotprojektet bør være:

- At brugerne har en smartphone (for at sikre at de i forvejen er fortrolige med teknikken), hvilket kan understøtte at pilotprojektet kommer godt fra start
- At brugerne i forvejen er fortrolige med brugen af forskellige applikationer
- At brugerne er en nogenlunde homogen gruppe med hensyn til alder f.eks. unge i alderen 18-30 år

Pilotprojekt – økonomi

BridgeIT, som står for den tekniske leverance, har fremsendt en prislister over app'en og relevante tilknyttede ydelser i f.m. en introduktion og implementering af app'en (ligger i sagen).

Selve app'en koster 150 kr./md./bruger – dog minimum 4.500 kr./md./kommune (dvs. 1.800 kr./år/bruger hhv. 54.000 kr./år for kommunen). Minimumsprisen dækker for op til 30 brugere.

Fra bruger 51 falder prisen til 1.500 kr./år/bruger. Fra bruger 101 falder prisen til 1.200 kr./år/bruger.

Redskabet (app'en) hostes og drives af en ekstern leverandør (BridgeIT), som der skal laves en databehandlingsaftale med, men derudover skulle der ikke være tekniske udfordringer i det. Det involverer ikke kommunens egne IT-systemer.

På mødet i oktober gav Københavns Kommune for, at det sig i deres brede forsøgsgruppe viste sig, at deltagerne selv havde de nødvendige mobilapparater til app'en, selvom evalueringsrapporten giver indtryk af noget andet.

Pilotprojekt i Lyngby vil tage udgangspunkt i, at deltagerne selv skal have den nødvendige mobiltelefon e.lign. Mobile platforme er også blevet meget mere almindeligt udbredte fra 2012 til 2015. Om forudsætningen kan holde, hvis brugen bredes mere ud, må der ses på, når det kan blive aktuelt.

Tilsvarende forudsætter det formentlig, at de involverede medarbejdere skal have adgang til et tilsvarende mobilt apparat. Igen her kan det formentlig i pilotprojektet antages, at det har de relevante medarbejdere allerede.

Der tages i LTK udgangspunkt i 12 deltagere/brugere (+ nogle ansatte).

Hvad	Udgift	Bemærkninger
12 brugere – løbende abonnement á 1.800 kr./år	54.000 kr./år	Kommune-minimumstakst (for op til 30 brugere)
Mobile apparater til brugere	0 kr.	Antaget unødvendig i pilotprojektet
Mobile apparater til ansatte	0 kr.	Antaget unødvendig i pilotprojektet, men ellers arbejdsstedet
Borger-/brugerworkshops: et forløb med 2 workshops til 16.500 kr.	16.500 kr.	Med 12 brugere, jf. mail af 20/11-2014
Sparringsgrupper for brugere: 5 sessioner á 3.550 kr./session	17.750 kr.	Jf. mail af 20/11-2014
Kompetenceudvikling for medarbejdere : Workshop á 6 timer	8.500 kr.	Max. 10 medarbejdere, jf. mail af 20/11-2014
Kompetenceudvikling for brugerkonsulenter: Workshops á 4.000 kr.	0 kr.	Antaget unødvendig ved pilotprojekt, hvor LTK kan købe ydelsen af BridgeIT
Køb af eksterne brugerkonsulenter á 275 kr./time	3.300 kr.	Antaget 12 timer i løbet af et pilotforløb
Samlet	100.050 kr.	

Umiddelbart vil det være relevant at betragte det som et udviklingsprojekt med en væsentlig grad af central finansiering (mest i starten), hvor udgifterne over tid skal indgå i den almindelige drift på fagområdet.

Fagområdet må finansiere udgifterne inden for eget budget; ved effektivisering af arbejdsgange (som udgangspunkt). Det gælder både egentlige udgifter og tidsforbrug hos personalet. Det må fagområdet forholde sig til.

Københavns Kommune peger i evalueringen på, at de app'en medvirker til færre indlæggelser, mindre behov for støtte fra og mindre 'administrativt' hos ansatte som effektiviseringseffekter; men specificeres dem ikke præcist. Noget tilsvarende må kunne forventes i LTK, hvorfor redskabet over tid må kunne finansieres af området selv.

Om der over tid kan argumenteres for en endnu større effektiviseringsgevinst end de faktiske driftsudgifter til app'en, må være op til en efterfølgende dialog og vurdering i fagområdet og fagcentret; men det vil være relevant at 'genbesøge' overvejselsen i f.m. en evaluering af pilotprojektet.

Hvis nye grupper brugere ønskes sat i gang med redskabet, vil opstartsudgiften for hvert nyt hold af ca. 10 brugere være ca. 50.000 kr. i år 1 og ca. 5.000 kr./år efterfølgende (for op til 30 brugere i alt).

Når de 30 brugere passerer, stiger udgiften for 10 ekstra brugere til 68.000 kr. i år 1 og ca. 23.000 kr. i efterfølgende år.

Fra bruger 51 falder den løbende pris/bruger med 17 % - og fra bruger 101 med endnu 20 %.

Hvis der tages udgangspunkt i en forventet samlet udgift på ca. 110.000 kr. i år 1 og 60.000 kr./år i de efterfølgende år (**pilotprojektet for 12 brugere**), kunne en finansieringsmodel se således ud:

12 brugere - pilotprojekt	Centralt - CBD mv.	Fagområdet - CSI / institutioner	I alt
År 1	100.000 kr.	0 kr.	100.000 kr.
År 2	60.000 kr.	0 kr.	60.000 kr.
År 3	30.000 kr.	30.000 kr.	60.000 kr.
År 4 og efterfølgende	0 kr.	60.000 kr.	60.000 kr.

Når det måtte blive relevant at udvide brugerkredsen, må det som udgangspunkt være en ren fagområde-finansiering. Pilotprojektet afprøver redskabet / udviklingen af arbejdsgangen. Herfra er det 'almindelig drift'.

Det afgørende for igangsætning af et pilotprojekt er således at få klarlagt (i fagområdet), hvordan finansieringen af den decentrale udgift kan ske - for pilotprojektet alene og for evt. udvidelser senere.

Som det fremgår, er det ikke en uvæsentlig udgift for kommunen at benytte app'en 'Min Vej' i den socialpsykiatriske indsats. Derfor er det vigtigt, at det skaber en bedre og/eller mere effektiv faglig indsats. Det tyder Københavns Kommunes evaluering på.

Effektiviserings-overvejelse

Effekten af app'en fremgår for mig af evalueringen fra Københavns Kommune: Brugere bliver mere 'selvhjulpne' - og vil således trække mindre på akut-beredskabet og formentlig kunne visiteres til lidt mindre fast kontaktpersonetid. Det kan være, at fagområdets personer i løbet af forsøget kan se andre relevante ting, der ændrer sig.

Dokumentation af, at det faktisk sker kan for mig nemmest ske ved at lave en 'før'-status på hver af forsøgsgruppens brugere - og en status sidenhen. At få lavet en tydelig før-status er måske det eneste, der behøves.

Det indgår i praksis allerede (måske lidt mere upræcist) i de løbende 'opfølgninger' på den faglige indsats for hver bruger.

Vi er på nuværende tidspunkt kun i stand til at lave en 'teoretisk' udgave af et regnestykke, da også Københavns Kommunes evaluering mangler en præcis udgave af en egentlig beregning.

Regnestykket kan tage udgangspunkt i en timelønsudgift på 200 kr. (for ikke at sætte den for højt).

60.000 kr./år svarer til 300 timer/år => der svarer til ca. 6 timer/uge
=> der svarer til ca. ½ time/uge for hver af de 12 forsøgspersoner (i gennemsnit).

Udvides forsøgsgruppen til 30 personer, svarer 300 timer/år til 12 min./bruger/uge (i gennemsnit).

Om det vil være muligt at spare dette (eller mere), når app'en mv. er kørt ind, må være op til en faglig vurdering i Center for Social Indsats og på Slotsvænget. Det må være en af de ting, forsøget netop skal vise.

Budget Seniorråd 2014

XG-8230100007-00002

	Budget
Diæt - ordinære møder	50.000,00
Kontorhold	9.500,00
Kurser og godtgørelse	15.500,00
Restbeløb fra borgermøde	4.000,00
I alt	79.000,00

lf. mail fra Dorte Var

Januar	Beløb
Forplejning januar møde	370,00
8 diæter	3.200,00
Forplejning ekstraordinært møde den 23. januar	310,00
7 diæter - ekstraordinært møde	2.800,00
Blomst til Ebba	125,00
I alt januar	6.805,00

Februar	Beløb
Forplejning februar møde	315,00
8 diæter	3.200,00
Temadag: Retsgrundlag	2.325,00
Juleafslutning for NØ-gruppen - Aase	85,00
I alt februar	5.840,00

Marts	Beløb
Forplejning marts møde	331,00
7 diæter	2.800,00
Kørselsgodtgørelse for perioden 2011 - 2013	1.562,87
I alt marts	4.693,87

April	Beløb
Forplejning april møde	344,00
7 stk. diæter	2.800,00
Konference i Nyborg - togbilletter	1.350,00
I alt april	4.494,00

Maj	Beløb
Forplejning maj møde	312,00
8 stk. diæter	3.200,00
Konference i Nyborg - Lis B. Olesens billet d. 29/4-14	238,00
Repræsentantskabsmøde og konference i Nyborg	13.830,00
I alt maj	17.580,00

Juni	Beløb
Forplejning juni møde	189,00
9 stk. diæter	3.600,00
I alt juni	3.789,00

Juli	Beløb
Forplejning juli møde	0,00
x stk. diæter	0,00
I alt juli	0,00
August	Beløb
Forplejning august møde	347,00
8 stk. diæter	3.200,00
I alt august	3.547,00
September	Beløb
Forplejning september møde	333,00
9 stk. diæter	3.600,00
Bårebuket til Boel Bøggild-Andersens begravelse	210,00
Formands- og næstformandsmøde 3/9-14 i Allerød	800,00
7 stk. diæter - SSU-møde den 22/8-14	2.800,00
Tjenestekørsel - Niels Peter Arskog og Ebba Ravn	716,16
Temadag i Allerød d. 8/10-14 - Danske Ældreråd	1.550,00
I alt september	10.009,16
Oktober	Beløb
Forplejning oktober møde	362,00
9 stk. diæter	3.600,00
I alt oktober	3.962,00
November	Beløb
Forplejning november møde	359,00
7 stk. diæter	2.800,00
Vingstedkonference 12. nov.	1.700,00
Transportudgift - ældrepolitisk konference	864,00
I alt november	5.723,00
December	Beløb
Forplejning december møde	130,00
7 stk. diæter	2.800,00
Seniorrådets julefrokost	1.500,00
Kontorhold - 2014	4.500,00
Julefrokost med NØ-gruppen (Aase og Niels Peter)	150,00
Tjenestekørsel - Aase Steffensen	463,92
Tjenestekørsel - Niels Peter Arskog	55,95
Tjenestekørsel - Tommy Wedel	432,68
I alt december	10.032,55
I alt 2014	76.475,58
Rest 2014	2.524,42

ogsø af 13/11-14

forventet udgift

Kære Bodil og Pernille

Jeg skriver til jer, fordi Seniorrådet har haft problemer med at overholde budgettet for 2014.

Hvis vi går tilbage i tiden, kan vi se, at Seniorrådet har haft et forbrug på omkring 103.000,00 kr. i 2013.

I 2014 fik vi et budget på i alt **95.000,00 kr.** (75.000,00 kr. til drift og 20.000,00 kr. til borgermøder). Vi har kørt et meget stramt budget og har gjort, hvad vi kunne for at overholde budgettet, heriblandt:

- Har gjort os nøje overvejelser om, hvem og hvor mange af os skulle repræsentere Seniorrådet til forskellige arrangementer.
- Takket være mine egne forbindelser sparede jeg Seniorrådet for udgift på 4.000,00 kr. for leje af lokaler i Virumhallen ved vores borgermøde i oktober. Allerede der kunne jeg se, at vi vil komme til at mangle penge til vores drift. Derfor indgik jeg en aftale med Dorte Vangsø om at flytte de 4.000,00 kr. til vores driftsbudget.
- Derudover fik vi lov til at flytte udgift på 2.730,00 kr. for tryk af Årsberetning 2013 fra driftsbudgettet til budgettet for borgermøder, da der er tale om borgerrelateret udgift.
- Ydermere har vi udsendt udbetaling af kontingent til Danske Ældreråd til 2015 på 6.870,00 kr., ellers havde vi sluttet 2014 med minus.

Vi har endnu ikke modtaget regning for vores julearrangement i december måned 2014. Derfor er vi nødt til at gætte os frem til det endelige resultat. Men hvis vi satser på, at det kommer til at koste omkring 1.500,00 kr., slutter vi med et samlet forbrug på **92.507,58 kr.** (Drift: 76.475,58 kr. + Borgermøder: 16.032,00 kr.). Havde vi betalt for leje af lokaler ved sidste borgermøde, og havde vi betalt kontingent til Danske Ældreråd til tiden, havde vi endt med udgifter på omkring 104.000,00 kr. Det er det samme beløb, som Seniorrådet havde brugt i 2013. Jeg tør derfor roligt at sige, at vores udgifter ligger på minimum 104.000,00 kr. Se vedlagte kopi af budget for 2014.

I 2015 bliver der igen afholdt årsmøde i Danske Ældreråd, og vi bliver inviteret til flere konferencer, som vi gerne vil deltage i. Hvis kommunen ønsker et aktivt Seniorråd, håber jeg at vi får et budget, som ikke kun afspejler vores reale udgifter, men også giver os mulighed for at deltage i flere relevante kurser og arrangementer.

På forhånd tak!

Venlig hilsen

Lone Schou-Hansen

Venteliste plejebolig 2010 - 2014

2012							
	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul
Hvor mange venter samlet?	87	78	87	91	94	108	94
Demens	26	26	27	29	28	35	34
Somatisk	61	52	60	62	66	73	60
Ønsker til bolig / plads							
Specifikt	71	62	64	66	71	80	72
Ikke specifikt	16	16	23	25	23	28	22
Ledige pladser	19	14	10	9	3	3	11
Antal borgere med ønske om udenbys bolig							
I alt reelt ventende borgere på bolig i LTK							
Samlet antal plejeboliger	538	518	486	486	497	497	497
Antal permanente boliger	482	447	447	447	447	447	447

2013							
	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul
Hvor mange venter samlet?	77	76	70	76	57	65	65
Demens	34	33	27	22	18	17	16
Somatisk	43	43	43	54	39	48	49
Ønsker til bolig / plads							
Specifikt	71	72	62	64	49	54	60
Ikke specifikt	6	4	5	12	8	11	5
Ledige pladser	8	15	12	8	24	23	15
Antal borgere med ønske om udenbys bolig						5	7
I alt reelt ventende borgere på bolig i LTK						28	23
Samlet antal plejeboliger	497	497	497	506	506	506	506
Antal permanente boliger	447	447	447	456	456	456	456

2014							
	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul
Hvor mange venter samlet?	62	63	61	80	83	77	103
Demens	28	31	30	34	41	38	46
Somatisk	34	32	31	46	42	39	57
Ønsker til bolig / plads							
Specifikt	57	54	47	62	65	64	86
Ikke specifikt	5	9	14	18	18	13	17
Ledige pladser	11	12	10	11	9	6	8
Antal borgere med ønske om udenbys bolig	7	12	10	9	11	13	12
I alt reelt ventende borgere på bolig i LTK	34	35	38	43	46	44	83
Samlet antal plejeboliger	536	536	536	536	536	536	536
Antal permanente boliger	486	486	486	486	486	486	486

	2015						
	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul
Hvor mange venter samlet?	116	103					
Demens	31	32					
Somatisk	85	71					
Ønsker til bolig / plads							
Specifikt	91	84					
Ikke specifikt	25	19					
Ledige pladser	12	16					
Antal borgere med ønske om udenbys bolig	8	8					
I alt reelt ventende borgere på bolig i LTK	91	77					
Samlet antal plejeboliger	520	527					
Antal permanente boliger	470	477					

Note: tallene opgøres primo måneden

aug	sep	okt	nov	dec
93	98	92	85	79
33	32	33	33	28
60	66	59	52	51
73	79	76	73	65
20	19	16	12	14
18	5	10	10	18
497	497	497	497	497
447	447	447	447	447

aug	sep	okt	nov	dec
57	54	60	73	59
24	27	33	36	30
33	27	27	37	29
51	52	53	67	54
6	2	7	6	5
27	13	20	9	14
	7	8	8	8
	31	33	43	44
536	536	536	536	536
486	486	486	486	486

aug	sep	okt	nov	dec
90	105	117	115	117
40	39	35	34	35
50	66	82	81	82
72	81	89	90	94
18	24	28	25	23
3	9	9	6	9
9	11	12	7	11
65	81	90	94	95
535	528	520	520	520
485	478	470	470	470

aug	sep	okt	nov	dec

Plejeboliger – oversigt over ansøgere på ventelisten 3.2.2015

Punkt nr. 13 - Meddelelser til udvalgets medlemmer - februar 2015

Bilag 2 - Side -1 af 1

103 borgere – heraf 12 udenbysborgere - står på ventelisten og er godkendt til plejebolig – heraf 32 til demensbolig.

28 borgere i alt er tilbudt plejebolig.

14 borgere har accepteret og afventer indflytning - 6 til demensbolig, 6 til somatisk plejebolig og 2 til ægteparbolig.

4 borger er tilbudt bolig og vi afventer svar

Disse 18 borgere betragtes derfor ikke som reelt ventende d.d.

De øvrige 10 borgere er tidligere tilbudt plejebolig, men har af forskellige årsager sagt nej tak.

Disse er stadig visiteret og afventer nyt tilbud.

12 borgere søger plejebolig i anden kommune – 8 ønsker specifik bolig i anden kommune og ønsker kun dette.

4 ønsker også bolig i LTK, og indgår derfor i opgørelsen over reelt ventende på bolig i LTK.

77 borgere er lige nu reelt ventende på tilbud om plejebolig i LTK – 53 til almindelig somatisk plejebolig, 21 til demensbolig og 3 til ægteparbolig.

Vedr. plejeboligaranti:

12 reelt ventende borgere søger ikke-specifikt – heraf 2 udenbys borgere - d.v.s. de er omfattet af plejeboligarantien på to måneder.

5 er godkendt til demensplejebolig, 7 til alm. plejebolig og ingen til ægteparbolig

Disse 12 borgere – med ikke-specifikt ønske har garanti som flg.:

1 borger til 26.1.15 – somatisk plejebolig

I alt **1 borger – udenbys - hvor plejeboligarantien er overskredet** gr. manglende pladser

De øvrige 11 borgere – heraf 1 udenbys - med plejeboligaranti har garanti som flg.:

2 borgere til 10.2.15 – 1 til demensbolig og 1 til somatisk plejebolig

1 borger til 16.2.15 – til somatisk plejebolig

5 borgere til 7.3.15 – 2 til demensbolig og 3 til somatisk plejebolig.

1 borger til 13.3.15 – til somatisk plejebolig

2 borgere til 21.3.15 – begge til demensbolig

Disse afventer alle tilbud inden garantiens udløb.

Herudover er 7 borgere med garanti tilbudt bolig, 5 har sagt ja tak og 2 hvor vi afventer svar. Disse er derfor ikke reelt ventende.

Ældreboligrådsgiverne