



Akutfunktionen II – tre mulige lokationer

Center Pleje og Omsorg, 2018

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	2
1. Organisering af akutfunktionen og mulige modeller	3
1.1 Belægningsprocent på plejeboliger, aflastningspladser og rehabiliteringspladser	4
1.2 Bygningsmæssige bemærkninger	5
1.3 Fordele gældende for alle modeller	5
1.4 Model 1 - Alle pladser samlet i ét hus samt base for sygeplejen i Haverslev	6
Model 1 har følgende logistiske konsekvenser:	6
1.5 Model 2A - Alle pladser samlet i ét hus – dog med bevarelse af én aflastningsplads på ældrecentrene samt base for sygeplejen i Skørping	7
Model 2A har følgende logistiske konsekvenser:	7
1.6 Model 2B - Alle pladser samlet i ét hus – dog med bevarelse af én aflastningsplads på ældrecentrene samt base for sygeplejen i Støvring	8
Model 2B har følgende logistiske konsekvenser:	8

1. Organisering af akutfunktionen og mulige modeller

Sundhedsudvalget besluttede d. 15.5.2018, at der skal ske en samling af akutpladser, rehabiliteringspladser og aflastningspladser, som beskrevet i model 1 og 2 i første oplæg omkring akutfunktionen. Der er således arbejdet videre med forslag til en permanent placering af akutfunktionen på forskellige lokationer i Rebild Kommune. I nedenstående beskrives generelle forhold omkring akutfunktionen, hvorefter to modeller præsenteres på tre forskellige lokationer.

Kommunen har gennem de seneste år styrket indsatsen for at forebygge indlæggelser og u hensigtsmæssige genindlæggelser og for hurtigere at kunne hjemtage borgere fra sygehus til videre pleje og behandling i kommunal regi. Det indebærer blandt andet, at kommunen har oprustet på sygepleje- og terapeutfaglige kompetencer, og det kræver løbende kompetenceudvikling og tilpasning.

I denne fremstilling bruges såvel begrebet borger som patient, fordi kommunen overtager borgere, der er i et patientforløb, og som modtager hjælp efter Sundhedsloven, idet flere og flere borgere færdigbehandles i kommunalt regi.

Der forslås tre mulige lokationer, hvor akutfunktionen kan organiseres i Rebild Kommune så, der leves op til Sundhedsstyrelsens krav til akutfunktionen.

1. Alle pladser samles i ét hus – herunder aflastnings-, rehabiliterings- og akutpladser. Sygeplejen har base i samme hus i Haverslev
2. Alle pladser samles i ét hus – dog med en enkelt aflastningsplads på ældrecentrene. Sygeplejen har base i samme hus i Skørping
3. Alle pladser samles i ét hus – dog med en enkelt aflastningsplads på ældrecentrene. Sygeplejen har base i samme hus i Støvring

Rebild Kommune har for nuværende 8 rehabiliteringspladser og 16 aflastningspladser. De 16 aflastningspladser er geografisk fordelt på otte ældrecentre i kommunen. I dag bruges aflastningspladserne også til borgere, som har et langt større behov for sygepleje end aflastningspladserne reelt er tiltænkt, fordi der ikke er andre døgndækkede tilbud i Rebild Kommune, hvor der er sundhedsfagligt personale – herunder social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker med særlige kompetencer jf. kvalitetsstandard. Opgaverne på ældrecentrene varetages primært af social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere. I dagtimerne har ældrecentrene en centersygeplejerske. I aften, nat og weekender dækkes sygeplejeopgaverne af den udekørende hjemmesygepleje.

En udfordring ved, at borger med komplekse behov eksempelvis efter indlæggelse, tilbydes ophold på en aflastningsplads er, at de ofte har et stort pleje- og behandlingsbehov – herunder behov for indsatser jf. Sundhedsloven, som skal udføres af personale med en sundhedsfaglig uddannelse, et relevant kompetenceniveau samt erfaringsgrundlag. Det opleves endvidere ofte, at der efter udskrivelse fra sygehus er en manglende eller uklar plan for det videre forløb, som kræver genkontakt til sygehuset eller egen læge.

Borgere i komplekse terminale forløb på aflastningspladserne kræver en særlig indsats, hvor personalet bør have viden om palliation, og som kan varetage de af lægen uddelegerede ordinationer i forhold til smerte, angst og uro. Kompetencer, som kræver en sygeplejerske eller en erfaren social- og sundhedsassistent.

For de faste beboere kan det virke forstyrrende, at der kommer borgere med komplekse behov ind på aflastningsstuerne, fordi de kræver ekstra mange ressourcer, som vil gå fra de faste beboere. På den måde kan kontinuiteten i hverdagen forsvinde fra de faste beboere, da borgere med akut opstået behov har brug for hjælpen først. Det er derfor vigtigt, at akutfunktionen samles som én selvstændig enhed på et af ældrecentrene, idet pladserne forventes benyttet af ca. 250 forskellige borgere i løbet af et år. Det bliver således en "livlig" afdeling med stor borgerudskiftning, mange besøgende og hele det faglige forløb som skal koordineres.

Det skal bemærkes, at der fortsat er borgere på aflastningspladserne i dag, som matcher den målgruppe, der skal tilbydes aflastningsophold i henhold til Servicelovens § 84.

Når aflastningsopholdet finder sted på et af de 8 ældrecentre, som har aflastningspladser i dag, er fordelingen, at disse borgere får mulighed for at blive i deres nærmiljø, idet pladserne er geografisk fordelt i kommunen. En anden fordel ved de decentrale aflastningspladser er, at borgere som får brug for en fast plejebolig oplever en mere glidende overgang fra egen bolig til plejebolig, hvis de har været på et aflastningsophold på et ældrecenter, hvor de gerne vil bo på sigt.

De to modeller, der præsenteres, er placeret på tre forskellige lokationer med et varieret boligantal. Når boligantallet varierer i modellerne skyldes det de fysiske rammer og en prioritering af at samle den nye akutfunktion som én enhed på ældrecentret.

Det anbefales, at akutpladserne får en central geografisk placering i kommunen, hvor der er god kollektiv trafik. Den centrale placering er af stor betydning for de praktiserende læger - både af hensyn til lægerne og deres transporttid på vejene og af hensyn til de pårørende, som gør brug af offentlig transportmidler og for at kunne rekruttere medarbejdere med de rette kompetencer. Den centrale placering har endvidere stor betydning for driften af sygeplejen, som skal køre rundt til alle borgere i kommunen.

1.1 Belægningsprocent på plejeboliger, aflastningspladser og rehabiliteringspladser

I nedenstående illustreres belægningsprocenten på plejeboliger på Rebild Kommunes ti ældrecentre i det første skema. Efterfølgende illustreres belægningsprocenten på Rebild Kommunes aflastningspladser og rehabiliteringspladser.

Plejeboliger, 1. januar til 23. juli 2018		
Ældrecenter	Antal boliger	Belægning
Bælum	30	97%
Haverslev	22	80%
Nørager	21	86%
Rørbæk	21	85%
Skørping	41	94%
Støvring	37	92%
Suldrup	31	93%
Terndrup	28	77%
Øster Hornum	15	89%
Ådalscentret	30	92%
Total	276	89%

Aflastningspladser, 1. januar til 23. juli		
Ældrecenter	Antal boliger	Belægning
Bælum	3	81%
Haverslev	3	91%
Nørager	1	73%
Rørbæk	1	96%
Skørping	3	65%
Suldrup	1	84%
Terndrup	3	86%
Øster Hornum	2	85%
Total	17	83%

Rehabiliteringspladser, 1. januar til 31. maj		
Ældrecenter	Antal boliger	Belægning
Støvring	8	53%

1.2 Bygningsmæssige bemærkninger

Gældende for alle tre ældrecentre medfører projektet inddragelse af areal, der er omfattet af støttet byggeri, hvorfor det kræver en nærmere undersøgelse og beregning for at prisfastsætte tilbagebetaling af støtte. Projektet medfører i varieret omfang bygningsmæssige ændringer, renovering og istandsættelser. Omfattende i hovedtræk: Delvist nye overflader på gulve/vægge/lofter, eventuelt tilpasning af vægge/døre, fast inventar, edb-, el-, vvs- og ABA-installationer og tilpasning af ventilation. Projektet vil højst sandsynligt kræve en byggeansøgning. Ansøgning forventes udført af ekstern rådgiver.

1.3 Fordele gældende for alle modeller

Fordel ved at samle alle funktioner i ét hus er:

- Sammenhængende borgerforløb med flerfaglighed omkring borgeren – både i den akutte fase og herefter/eller sideløbende med den rehabiliterende fase
- Under hele forløbet kommunikerer teamet tæt omkring borgerne og den enkelte, hvilket sikrer et sammenhængende og helhedsorienteret forløb
- Tværfaglig viden og samarbejde omkring borgerne, hvorved der sker en optimal udnyttelse af viden på tværs af faggrupper.
- Bedre udnyttelse af personaleressourcer
- At der skabes et videnscenter, hvor alle kan få vejledning og support, og der sikres et tæt samarbejde med hjemmesygeplejen og hjemmeplejegrupperne ved udskrivelse

For en kommune af Rebilds størrelse vil det være en fordel såvel økonomisk som fagligt at samle de midlertidige pladser, idet det giver mulighed for at anvende pladserne fleksibelt. Pladserne skal således ikke være fastlåste til én bestemt type ophold – men brugen af pladsen skal afhænge af borgerens behov. På den vis sikres også en højere udnyttelse af pladskapaciteten, da én borger, som skal på et akutophold eksempelvis, ikke skal "stå i kø" og vente på en specifik ledig plads, fordi pladsens funktion tilpasses efter borgers behov.

Borgerne på en akutplads vil i den akutte fase kræve særlige sygeplejefaglige indsatser. Sideløbende hermed vil der kunne igangsættes tidlige rehabiliterende indsatser, så borgerens tilstand forbedres, og borgerne hjælpes tilbage til et ønsket og realistisk funktionsniveau via den tværfaglige og helhedsorienterede indsats.

Samarbejde med den øvrige del af hjemmesygeplejen og den rehabiliterende indsats

Akutfunktionen dækker som udgangspunkt indsatser i den del af patientens forløb, der kræver særlige kompetencer, og som derfor ikke kan varetages af den øvrige kommunale hjemmesygepleje. Det betyder, at den samlede indsats for patienten ydes i et tæt samarbejde mellem akutfunktionen og den øvrige hjemmesygepleje. Det tætte samarbejde sikrer, at patienten kan modtage det særlige observations-, pleje- eller behandlingstilbud samtidig med, at de modtager den grundlæggende sygepleje, som de har behov for.

Ofte vil patienter i akutfunktionen have behov for en bred rehabiliterende indsats. Disse indsatser bør tænkes ind og koordineres tæt med akutfunktionens forløb. Derfor er samarbejdet med andre faggrupper som for eksempel fysio- og ergoterapeuter vigtigt. Det kan for eksempel være i forhold til en vurdering af funktionsevne, basal mobilisering, lejrning, vurdering af behov for hjælpemidler, respiration mm.

Efter akutfasen vil der naturligt opstå et visiterings-/rehabiliteringsforløb, der skal sikre, at borger er klar til hjemsendelse eller til en plejebolig, når borger er rehabiliteret til habitualniveau, og hjemme- og sygeplejen kan overtage opgaven. Et ophold på et specialafsnit kan eventuelt afsluttes med en tværfaglig konference, så aftaler om behandling, træning og rehabilitering fortsættes i eget hjem.

1.4 Model 1 - Alle pladser samlet i ét hus samt base for sygeplejen i Haverslev

Ved valg af lokation til model 1 har flere faktorer været i spil, og ældrecentrene i såvel Terndrup, Nørager, Rørbæk og Haverslev har været drøftet som mulige rammer for den permanente akutfunktion.

Belægningsprocenten på plejeboliger er en faktor, og her har de fire ældrecentre den laveste belægningsprocent i perioden fra 1. januar til 23. juli 2018. Bygningerne på Rørbæk Ældrecenter er imidlertid grundet deres spredning ikke egnede til etablering af akutfunktionen.

I forlængelse heraf er de fysiske rammer og centrets størrelse endvidere en faktor, og om det er muligt at etablere sygeplejen sammen med akutfunktionen. Det er nemlig et nødvendigt kriterie, at der er plads til sygeplejen, fordi den skal være i forlængelse af akutfunktionen.

Derudover er beliggenhed en faktor, og Haverslev Ældrecenter har den mest centrale beliggenhed af de fire, hvilket er vigtigt for de praktiserende læger, for pårørende, for sygeplejen og for muligheden for at rekruttere nye medarbejdere.

Set ud fra hvor den mest centrale beliggenhed er i kommunen gældende for de fire ældrecentre, og hvor de fysiske rammer åbner op for en mulig placering af såvel akutfunktionen som sygeplejen anbefales alle pladser – herunder aflastnings-, rehabilitering- og akutpladser i model 1 samlet på Haverslev Ældrecenter.

Model 1 har følgende logistiske konsekvenser:

- De 25 pladser etableres på Haverslev Ældrecenter. Af de 25 boliger på Haverslev Ældrecenter skal der minimum være 6 boliger til akutpladser. De øvrige 19 boliger vil blive brugt efter behov til rehabilitering og aflastning

- Den udekørende sygepleje skal flytte fra Skørping Ældrecenter til Haverslev. Salen på Haverslev Ældrecenter kan fungere som kontor for sygeplejen og skal derfor indrettes hertil. Det kræver flytteudgifter og indretningsudgifter og gør, at salen ikke kan bruges til fællesarrangementer som tidligere.
- De 25 boliger på Haverslev Ældrecenter skal indrettes og møbleres til formålet, hvilket forventes at koste ca. 100.000 kr. pr. bolig. Indretningen består blandt andet af seng, loftslift, indskud, lænestol, gardiner m.m.
- Rehabiliteringspladserne på Mastruplund flytter til Haverslev
- Alle 13 aflastningspladser på de øvrige ældrecentre skal så vidt det er muligt laves om til almindelige plejeboliger, idet alle aflastningspladser samles i model 1.
- Der vil ikke være lokale aflastningspladser
- Ved etableringen af en stor akutfunktion med flere boliger giver det større fleksibilitet i forhold til samarbejdet med hjemmesygeplejen, når borger skal hjem til egen bolig. Det giver mulighed for at reducere lønudgiften for 1 medarbejder i den udekørende hjemmesygepleje pga. stordriftsfordele.

1.5 Model 2A - Alle pladser samlet i ét hus – dog med bevarelse af én aflastningsplads på ældrecentrene samt base for sygeplejen i Skørping

I model 2A fastholdes muligheden for at komme på et aflastningsophold decentralt i kommunen i henhold til Servicelovens § 84. Herudover forslås akut-, rehabiliterings- og aflastningspladser samlet på Skørping Ældrecenter med 19 boliger. Af de 19 udvalgte boliger skal der minimum være 6 boliger til akutpladser. De øvrige 13 boliger vil blive brugt efter behov til rehabilitering og aflastning. Fordelen ved at samle funktionerne i ét hus er de samme, som der er beskrevet under afsnit 1.3 herunder muligheden for det tværfaglige samarbejde, den helhedsorienterede indsats og den bedste mulige udnyttelse af pladskapaciteten set ud fra såvel en faglig som en økonomisk tilgangsvinkel.

Sygeplejen forbliver på Skørping Ældrecenter og skal også i model 2A køre ud fra den fælles base.

Model 2A har følgende logistiske konsekvenser:

- Den udekørende sygepleje forbliver på Skørping Ældrecenter, hvorfor der ingen flytteudgifter er hertil
- De 19 boliger på Skørping ældrecenter skal indrettes og møbleres til formålet, hvilket forventes at koste ca. 100.000 kr. pr. bolig. Indretningen består blandt andet af seng, loftslift, indskud, lænestol, gardiner m.m.
- Rehabiliteringspladserne på Mastruplund flytter til Skørping.
- De ældrecentre, der i dag har aflastningsboliger, vil fortsat have én aflastningsplads hver, mens resten af aflastningsboligerne vil blive lavet om til almindelig plejeboliger, så vidt det er muligt. I denne model bevares altså 1 lokal aflastningsplads i Bælum, Haverslev, Nørager, Suldrup, Terndrup, Rørbæk og Øster Hornum
- Skørping Ældrecenter vil blive reduceret med de 19 boliger, der inddrages til de nye pladser, hvilket betyder, at der efterfølgende vil være 22 af de nuværende 41 boliger til rådighed.
- Vælges model 2A kan borgere, der ønsker en plejebolig i Skørping området som udgangspunkt få en bolig på ældrecentret i Terndrup eller Bælum, hvis ikke der er plads i Skørping.
- Ved etableringen af en stor akutfunktion med flere boliger giver det større fleksibilitet i samarbejdet med den udekørende sygepleje. Det giver mulighed for at reducere lønudgiften for 1 medarbejder i centersygeplejen pga. ændringer af plejeboligpladser til akutpladser.

1.6 Model 2B - Alle pladser samlet i ét hus – dog med bevarelse af én aflastningsplads på ældrecentre samt base for sygeplejen i Støvring

I model 2B fastholdes muligheden for at komme på et aflastningsophold decentralt i kommunen i henhold til Servicelovens § 84. Herudover forslås akut-, rehabiliterings- og aflastningspladser samlet på Støvring Ældrecenter med 18 boliger. Af de 18 udvalgte boliger skal der minimum være 6 boliger til akutpladser. De øvrige 12 boliger vil blive brugt efter behov til rehabilitering og aflastning. Fordelen ved at samle alle funktioner i ét hus er de samme, som der er beskrevet under afsnit 1.3 herunder muligheden for det tværfaglige samarbejde, den helhedsorienteret indsats samt den bedste mulige udnyttelse af pladskapaciteten set ud fra såvel en faglig som en økonomisk tilgangsvinkel.

Udover de 18 boliger vil der være behov for at inddrage Center Sundheds lokaler for at skabe plads til sygeplejen, som skal ligge i umiddelbar forlængelse af akutfunktionen, hvorfor der ved model 2B gøres opmærksom på, at etableringen af akutfunktionen kun er muligt såfremt, der bygges et nyt sundhedshus til Center Sundhed. Det bemærkes, at Sundhedscentret allerede i dag er udfordret med henblik på de borgerrettede faciliteter.

Model 2B har følgende logistiske konsekvenser:

- Den udekørende sygepleje skal flytte fra Skørping til Støvring og etableres i lokalerne, som Center Sundhed har
- De 18 boliger på Støvring Ældrecenter skal indrettes og møbleres til formålet, hvilket forventes at koste ca. 100.000 kr. pr. bolig. Indretningen består blandt andet af seng, loftslift, indskud, lænestol, gardiner m.m.
- De ældrecentre, der i dag har aflastningsboliger, vil fortsat have én aflastningsplads hver, mens resten af aflastningsboligerne vil blive lavet om til almindelig plejeboliger, så vidt det er muligt. I denne model bevares altså 1 lokal aflastningsplads i Bælum, Haverslev, Nørager, Suldrup, Terndrup, Rørbæk og Øster Hornum
- Støvring Ældrecenter vil blive reduceret med de 18 boliger, der inddrages til de nye pladser, hvilket betyder, at der efterfølgende vil være 19 boliger af de nuværende 37 boliger til rådighed.
- Vælges model 2B kan borgere, der ønsker en plejebolig i Støvring området som udgangspunkt få en bolig på ældrecentret i Øster Hornum, Suldrup eller på Ådalscentret for borgere med demens, hvis ikke der er plads i Støvring.
- Ved etableringen af en stor akutfunktion med flere boliger giver det større fleksibilitet i samarbejdet med den udekørende sygepleje. Det giver mulighed for at reducere lønudgiften for 1 medarbejder i centersygeplejen pga. ændringer af plejeboligpladser til akutpladser.

Akut-pladser scenarier	Haversdal ÆC, 25 pladser til rehab, paliation og alle		ÆC, rehab og aflastning inkl. 1 aflastning pr. ÆC - 19 pladser		rehab og aflastning inkl. 1 aflastning pr. ÆC - 18 pladser til	
	Antal	Årsforbrug	Antal	Årsforbrug	Antal	Årsforbrug
Sygeplejersker - døgn dækning	21	9.023.116	17	7.334.109	17	7.334.109
SSA'ere - døgn dækning	17	6.220.422	14	5.394.581	14	5.394.581
Ledelse/Koordinator	1	500.000	1	500.000	1	500.000
Terapeuter	1	400.000	1	400.000	1	400.000
Samlet	40	16.143.537	34	13.628.691	34	13.628.691

Beløb i 2018-priser

Budget og udgifter	Antal	Budget	Antal	Budget	Antal	Budget
Rehabiliteringscenter på Mastruplund - budget og indsats flytter til nyt tilbud	1	2.646.300	1	2.646.300	1	2.646.300
Boliger beslaglægges til AKUT-pladser - fast ramme ca. 280.000 kr. pr. bolig fjernes fra ældrecentrenes ramme	25	7.000.000	19	5.320.000	18	5.040.000
Boliger - huslejudgift (tomgangsleje til boliger)	25	-1.950.000	19	-1.482.000	18	-1.404.000
Øget fast ramme til ældrecentre hvor antallet af boliger falder til under 30, 25 eller 20 boliger i alt.	Haverslev - fjernes under 30	150.000	Skørping - ramme øges under 25	-300.000	Støvring - ramme øges under 20	-450.000
Bløttiskud til sygeplejen til akutfunktion i 2018	1	663.000	1	663.000	1	663.000
Fast ramme i udekørende sygepleje til AKUT-funktion	1	400.000	1	400.000	1	400.000
Afløst effekt - reduktion af centersygepleje fordi vil være færre plejeboliger	1	400.000	1	400.000	1	400.000
Ingen opkrævning af kost og vask på tilbuddet vil give merforbrug 134 kr. pr. dag i potentielt mistet indtægt (ca. 90% belægningsprocent i dag) - de 8 rehabiliteringsboliger vil ikke miste indtægt, da der i dag ikke opkræves for kost og vask, derfor tæller de ikke med.	17	-748.323	11	-484.209	10	-440.190
I alt - Budget til rådighed		8.560.977		7.163.091		6.855.110

Samlet - årlige merudgifter til drift	7.582.560	6.465.600	6.773.581
--	------------------	------------------	------------------

Beløb i 2018-priser

Engangsudgifter ved de forskellige modeller	Antal	Budget	Antal	Budget	Antal	Budget
Engangsudgifter til inventar, seng, loftflise, møbler, gardiner osv., ca. 100.000 kr. pr. bolig.	25	2.500.000	19	1.900.000	18	1.800.000
Indskud - 3 måneders husleje til hver bolig	25	487.500	19	370.500	18	351.000
Opdeling af kaldeanlæg mellem akutpladser og ældrecentre			1	100.000	1	100.000
Engangsudgifter i alt		2.987.500		2.370.500		2.251.000

Beløb i 2018-priser