



SUI4 Sundhedspakke 3.0: Forslag til anvendelse af midler til det kommunale sundhedsområde fra Økonomiaftale 2015

Baggrund

Med økonomiaftalen for 2014 aftalte regeringen og KL en kommunal prioritering af 300 mio. kr. til at understøtte indsatsområderne i sundhedsaftalerne og ikke mindst samarbejdet mellem regioner og kommunerne.

Regeringen og KL er med økonomiaftalen for 2015 enige om, at der afsættes yderligere 350 mio. kr. i 2015 med henblik på, at der i de fælles sundhedsaftaler opstilles fælles målsætninger inden for følgende mål for den patientrettede forebyggelse:

- Færre færdigbehandlede patienter, der optager en seng på sygehusene
- Færre forebyggelige indlæggelser
- Færre uhensigtsmæssige akutte korttidsindlæggelser
- Færre uhensigtsmæssige genindlæggelser

Københavns Kommunes andel af de 350 mio. kr. svarer på baggrund af bloktilskudsnøglen i 2015 til 35,6 mio. kr.

Kommunerne forventes at levere en forbedring på de fire målsætninger fremadrettet. Dermed er der behov for at anvende midlerne til indsatser som har en direkte og forholdsvist kortsigtet effekt på de fire mål.

Nationale sundhedsdata fra 2013 viser, at Københavns Kommune har særlige udfordringer i forhold til antallet af færdigbehandlede somatiske patienter +65 år og antallet af forebyggelige indlæggelser for 65+ årige. For begge indikatorer ligger Københavns Kommune et godt stykke over både regions- og landsgennemsnittet. I forhold til uhensigtsmæssige genindlæggelser og uhensigtsmæssige korttidsindlæggelser ligger Københavns Kommune på niveau med de øvrige kommuner i regionen og landsgennemsnittet – dog væsentligt højere end landsgennemsnittet, hvad angår de uhensigtsmæssige korttidsindlæggelser.

Tabel 1: Status for de fire målsætninger 2013

Område	Niveau i København 2013 (65 +)	Sammenligning (pr. 1.000 indbyggere)
Færre ventedage for færdigbehandlede	7.901 ventedage (135 dage pr. 1.000 indbygger)	Landsgennemsnit: 30 dage Regionsgennemsnit: 85 dage 6-By-gennemsnit: 47 dage

Færre forebyggelige indlæggelser	5.445 forebyggelige indlæggelser (93,5 pr. 1.000 indbyggere)	Lands gennemsnit: 67,7 Regions gennemsnit 75,2 6-By gennemsnit: 73,9
Færre u hensigtsmæssige korttidsindlæggelser	6.215 korttidsindlæggelser (106,7 pr. 1.000 indbyggere)	Lands gennemsnit: 74,5 Regions gennemsnit: 106,6 6-By gennemsnit: 77,1
Færre u hensigtsmæssige genindlæggelser	9 pct. af alle indlæggelser	Lands gennemsnit: 9 pct. Regions gennemsnit 8,7 pct. 6-By gennemsnit: 9,2 pct.

Indhold

KL har i supplementsskrivelse til budgetvejledningen oplyst, at de prioriterede indsatser skal beskrives i sundhedsaftalerne. Prioriteringen af indsatser ligger i direkte forlængelse af indsatser, der blev sat i gang med implementeringen af "Det nære Sundhedsvæsen" og løftet på 300 mio. kr. i økonomiaftalen i 2014. I forbindelse med økonomiaftalen for 2014 blev følgende indsatser i kommunerne således beskrevet:

- Rehabilitering og træningstilbud, herunder døgntilbud og telemedicinske løsninger til ældre og kronikere, der ofte indlægges på sygehuset.
- Styrket sygepleje evt. med særlige kompetencer indenfor det akutte, herunder akutpladser og akutteams i samarbejde med sygehuset målrettet ældre medicinske patienter og psykiatriske patienter.
- Beredskab til modtagelse af færdigbehandlede patienter i form af aflastnings- og døgnrehabiliteringspladser.
- Kompetenceudviklingsprogrammer for personale i ældre- og sygeplejen med henblik på tidlig opsporing.
- Integrated care modeller med fælles kapacitets- og/eller finansiering med det formål fx at opstille fælles alternativer til korttids- og medicinske indlæggelser.
- Samarbejde om opgaveoverdragelser.

Nedenstående er forslag til indsatser inden for disse områder, som målrettet kan opfylde de fire målsætninger.

A) Intensivering af rehabiliterende pleje og træning på midlertidige døgnpladser og øget kapacitet

For at borgere med et genoptræningspotentiale kan genvinde deres funktionsevne hurtigst muligt, bør de tilbydes en intensiv multidisciplinært tilrettelagt rehabiliteringsindsats bestående af både genoptræning og rehabiliterende pleje i en tæt koordineret indsats. For at imødekomme dette, vil Københavns Kommune intensivere borgernes genoptræning og rehabiliterende plejeindsats på de midlertidige døgnpladser, da det kan

være med til at sikre borgerne en hurtigere tilbagevenden til deres habituelle tilstand samt øge flowet på rehabiliteringspladserne.

Det vil i praksis betyde, at der på de midlertidige døgnophold tilbydes genoptræning som hold eller individuelt 5 hverdage om ugen i stedet for de nuværende 3-4 gange om ugen, samt at der etableres lørdagstræning. Dog med undtagelse af Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, der i dag allerede tilbyder dette.

For at understøtte genoptræningen i døgnets 24 timer opnormeres den rehabiliterende pleje på de almene rehabiliteringspladser og på de neurologiske rehabiliteringspladser, så grundnormeringen går fra en vægtnings(basisenhed) på 1,255 til 1,350.

Der gennemføres som en del af den styrkede rehabiliteringsindsats samtidig et pilotafprøvning af et træningskoncept til yngre og ældre borgere med slidgigt smerter i knæ og hofter, jf. budgetnotat SU11. Sundhedsstyrelsens retningslinjer fra 2012 konkluderer at borgere med slidgigt smerter i knæ, skal gennemgå et informations og træningsforløb inden der tages stilling til operation. Forskere ved AAU og SDU har udviklet et samlet tilbud, Godt Liv med Artrose (GLA:D), som vi ønsker at pilotafprøve i Københavns Kommune.

En intensivering af indsatsen kan – udover at have god effekt for borgeren – betyde et øge flow på MTO-pladserne og skabe rum for borgere, der kommer fra hospitalerne, så der er færre færdigbehandlede patienter, der optager en seng på hospitalerne.

Der er taget en række initiativer til at nedbringe ventetiden på hospitalerne for borgere over 65 år, jf. bilag 1. Udover de allerede vedtagne justeringer vurderes det, at der er et 2-årigt behov for øget kapacitet på de midlertidige døgnpladser til borgere over 65 år. Det skyldes, at der forudses en midlertidig ophobning på de nuværende pladser på grund af intensiveringen af indsatsen.

Med 20 nye pladser til borgere over 65 år i 2015 og 2016 bør antallet af ventedage for færdigbehandlede patienter blive mærkbart reduceret som følge af allerede vedtagne justeringer og den øgede kapacitet. Ønskes på kort sigt alene en mindre reduktion til omkring 6-by-gennemsnittet peger beregningerne på et behov for 11 nye pladser til borgere over 65 år i 2015 og 2016. Analysen er baseret på et stabilt antal udskrivninger fra hospitalerne og et skøn over effekterne, som er behæftet med en væsentlig usikkerhed. Ikke alle ventedage kan henføres til manglende kapacitet på midlertidige døgnophold, men kan blandt andet skyldes fejl, manglende kommunikation, specifikke forhold hos borgerne og lignende.

B) Fokuseret indsats for færre indlæggelser fra plejecentre

Hvert år er der godt 1.000 forebyggelige indlæggelser fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningens plejecentre. 46 pct. af disse skyldes nedre luftvejssygdomme, mens 28 pct. skyldes væskeman-

gel/forstoppelse/blærebetændelse. Dvs. indlæggelser som i mange tilfælde kunne være forhindret ved en tidlig indsats. Antallet af forebyggelige indlæggelser med nedre luftvejs sygdom samt væskemangel/forstoppelse/blærebetændelse udgør således ca. 800 indlæggelser pr. år. Dette tal skal ned. Det kræver, at sygdomstegn og ændringer i borgerens almene tilstand opspores tidligt. Der forudsætter samtidig, at man handler tidligt og målrettet for at forhindre, at borgeren bliver så syg, at indlæggelsen ikke kan forebygges. Hvis kommunale medarbejdere bliver bedre til at opspore sygdomstegnene tidligt, kan man sætte ind med øget pleje med henblik på at forebygge indlæggelsen¹.

Særligt på plejecentrene, hvor der hele døgnet er sundhedsfaglige medarbejdere tæt på borgerne, er der gode muligheder for at opspore de tidlige sygdomstegn og hindre forværring af borgerens tilstand. For at udnytte potentialet på plejecentrene er der behov for en fokuseret indsats på tre felter:



På den baggrund foreslås en fokuseret indsats på plejecentrene baseret på to tiltag:

- I. **Elektronisk app** til tidlig opsporing (fokus på observation og kommunikation)
- II. **Faglige kampagner** for de to hyppigste årsager til forebyggelige indlæggelser (fokus på handling).

I. **Elektronisk app til tidlig opsporing**

Der arbejdes i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen med at afprøve en elektronisk app, som understøtter plejepersonalets tidlige opsporing af

¹ En undersøgelse fra 2012 viser, at langt størstedelen af de forebyggelige indlæggelser bedst forebygges, hvis kommunerne sætter ind på et tidligt tidspunkt, hvor borgerens almentilstand bliver ændret og/eller forværret. Samtidig viste undersøgelsen, at patienterne var syge, da de blev indlagt, og at der på indlæggelsestidspunktet ikke var noget alternativ til en indlæggelse. "Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser", projektsamarbejde mellem Allerød Kommune, Frederikssund Kommune, Gribskov Kommune, Halsnæs kommune, Hillerød Kommune, Frederikssund Hospital og Hillerød Hospital, Maj 2012.

ændringer hos borgerne. En udrulning på alle plejecentre vil kunne sikre en tidlig opsporing af sygdomstegn. App'en understøtter det brede faglige fokus på forandringer hos borgeren, og sikrer en effektiv kommunikation om de ændringer der ses.

II. Faglige kampagner til forebyggelse af indlæggelser

Med udgangspunkt i det daglige arbejde på plejecentrene vil det være meningsfuldt at samle indsatsen i to faglige kampagner, der retter sig mod:

1. **Lungebetændelse** (største kategori af forebyggelige indlæggelser inden for nedre luftvejsygdomme)
2. **Væskemangel/ forstoppelse/ blærebetændelse** (områderne leder alle tilbage til indtagelse af væske)

De faglige kampagner skal sikre en systematisk brug af viden samt et nært samarbejde mellem plejepersonalet og sygeplejen således, at borgere i risiko for at udvikle disse sygdomme får den rette pleje og behandling. En vellykket behandling er afhængig af et godt samarbejde med borgers læge. Fx rettidig opstart af antibiotisk behandling i tabletform, som forhindrer at man senere ender ud i en indlæggelse med henblik på intravenøs behandling.

Elementer i de faglige kampagner vil derfor være:

- Styrke brugen af **faglige retningslinjer** på områderne (bl.a. fokus på fysisk aktivitet og mobilisering af immobile borgere samt fokus på væskeindtag)
- Udvikle **samarbejdet** mellem plejecentrene og de praktiserende læger
- Bred **oplysningskampagne** med henblik på at øge fokus blandt ledere og medarbejdere på plejecentrene
- Understøtte det **sygeplejefaglige miljø** og kvalitetsarbejdet på plejecentrene

Kampagnerne gennemføres i en to-årig periode, hvorefter deres effekt evalueres. For at sikre forankringen og udviklingen af de sygeplejefaglige miljøer på og mellem plejecentrene, foreslås det, at de faglige kampagner udvikles og udrulles i tæt samarbejde mellem centralforvaltningen og lokalområderne.

Det vides ikke med sikkerhed, hvor mange og hvilke forebyggelige indlæggelser, der kan spares ved brug af app'en, da der endnu ikke er evidens for effekten af denne type af tidlig opsporing. I kombination med de faglige kampagner er det dog ambitionen at få antallet af forebyggelige indlæggelser på plejecentrene ned under det nuværende regionsgennemsnit. Det indebærer en reduktion på ca. 20 pct. i antallet af forebyggelige indlæggelser svarende til ca. 160 færre indlæggelser pr. år. Det samlede

antal forebyggelige indlæggelser fra plejecentrene vil dermed reduceres fra ca. 1.000 indlæggelser til ca. 840 indlæggelser pr. år.

Det skal i denne sammenhæng bemærkes, at mange faktorer har betydning for plejehjembeboeres indlæggelsesmønstre. Analysen er således baseret på et stabilt antal udskrivinger fra hospitalerne og et skøn over effekterne, som er behæftet med en væsentlig usikkerhed. Effekten er afhængig af, at de praktiserende læger bidrager til indsatsen. Ændringer i demografi, visitationskriterier til plejebolig, hospitalsstruktur, øget aktivitet på hospitalerne mv. kan også betyde, at den forventede effekt ikke opnås. Samtidig er det ikke alle forebyggelige indlæggelser, der kan eller skal forebygges, da helbredsproblemerne kan være symptomer, der kræver udredning og diagnosticering i sygehusregi (en stor del af de forebyggelige diagnoser kan fx være symptomer på en kræftsygdom).

C) Videreførsel af TUE

Tværasektoriel Udredningsenhed, TUE, åbnede i september 2012. Projektet er et unikt samarbejde med Bispebjerg Hospital omkring at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser og afprøve nye samarbejdsmodeller med henblik på at styrke indsatsen omkring den medicinske patient. TUE er et alternativt til indlæggelse, hvor borgeren både ses af kommunale sygeplejersker og af speciallæge. TUE er en fysisk kommunal enhed placeret på hospitalet, hvor hospitalet stiller speciallægekompetencer og lokaler til rådighed, mens kommunen leverer sygepleje.

Målgruppen til TUE er 18+ årige med behov for akut udredning, vurdering og behandling udenfor hjemmet. Hovedparten af patienterne (70 pct) i TUE-projektet afsluttes til eget hjem, frem for hospitalsindlæggelse. Evaluering af projektet foreligger i september 2014. TUE er finansieret frem til og med 2015.

D) Sygeplejetasker og måling af vitale parametre

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunerne har fokus på at udvide sygeplejerskernes adgang til at kvalificere deres observationer af borgernes tilstand.

Indkøb af sygeplejetasker med diverse måleinstrumenter vil give de kommunale sygeplejersker bedre mulighed for at kunne kvalificere deres kliniske observationer og dermed målrette indsatsen. Indsatsen er målrettet borgere i fare for genindlæggelse.

Med afsæt i kvalificerede og præcise observationer og målinger kan sygeplejersken opspore forværring i helbredstilstanden tidligt og har mulighed for en bedre dialog med almen praksis med henblik på at forebygge uhensigtsmæssige genindlæggelser. I Københavns Kommune genindlægges 11,7 pct. blandt indlagte 65+årige med udvalgte diagnoser inden 30 dage efter udskrivelse.

I et samarbejde med Hvidovre Hospital gennemfører Valby, Kongens Enghave og Vesterbro netop nu et projekt, hvor man styrker den syge-

plejefaglige opfølgning efter indlæggelser med fokus på måling af vitale parametre samt igangsættelse af sygeplejefaglige indsatser for grupper i særlig fare for genindlæggelse. Projektet er ikke afsluttet endnu og er derfor ikke evalueret, men det kan tilføje væsentlig indsigt i, hvordan måling af vitale parametre og fokus på, hvordan en styrket sygeplejefaglig indsats og mere intensivt samarbejde med lægen bedst bruges i forebyggelsen af genindlæggelser.

Det foreslås, at sygeplejen tilføres midler til at indkøb af sygeplejetasker og udvikling af indsatsen målrettet borgere i risiko for genindlæggelse.

E) Styrket faglighed for sosu'ere og sygeplejersker

Antallet af borgere med kroniske og komplekse sundhedsproblemer stiger. De har typisk kontakt med mange forskellige enheder. Når borgerne indlægges, behandles de på et eller flere hospitalsafsnit. De vender måske hjem til en akut plejeenhed eller til rehabilitering, inden de igen flytter til eget hjem med genoptræning eller til en plejebolig. Undervejs møder borgerne en række forskellige fagpersoner, fra forskellige enheder, med forskellige opgaver. Hvis den enkelte borger skal være centrum for et sammenhængende forløb, skal medarbejderne koordinere og samarbejde på tværs. Det er nødvendigt for at undgå, at fagpersoner i en enhed slipper borgeren, uden at andre fagpersoner tager over med de tilbud, borgeren har brug for. Ligeledes er der behov for at ruste mellemlederne til at lede den tværfaglige praksis. Behovet for øgede kompetencer til at koordinere sammenhængende borgerforløb er dokumenteret ifm. arbejdet med ny ældrepolitik i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Ovenstående betyder, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningens medarbejdere skal kunne løfte nye og fagligt krævende opgaver. I de senere år har forvaltningen prioriteret en række fagligt komplekse opgaver, som forløbsprogrammer for borgere med komplekse sundhedstilstande, tidlig opsporing af sygdomstegn, forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser og rehabilitering, og indsatsen ligger således i forlængelse af dette arbejde.

F) Kortere ventetid til genoptræning

En afkortning af den maksimale ventetid til genoptræning efter sygdom eller funktionstab vil bidrage positivt til, at borgerne kan opnå samme eller bedst mulig funktionsevne ift. tidligere. Endvidere vil antallet af ventedage for færdigbehandlede patienter kunne reduceres.

Det foreslås, at afkorte den maksimale ventetid indenfor diagnosegrupperne 'den ældre medicinske patient' (geriatri) og blodprop (apopleksi), så borgerne tilbydes at opstarte genoptræningsforløbet indenfor maksimalt 10 hverdage, jf. budgetnotat SU12. Der peges på disse diagnosegrupper på grund af deres meget begrænsede evne til at selvtræne i overgangen fra hospital til kommune. Forslaget indeholder afkortning af ventetid til genoptræning, for den ældre medicinske patient, indenfor både sundhedslov og servicelov, for at tilgodese ligebehandlingsprincippet.

På det psykiatriske område indgår følgende forslag til indsatser i Sundhedspakke 3.0:

G) Fælles team med regionen om dobbeltdiagnosticerede

Der afsættes under Socialudvalget midler til, at der etableres et fælles tværsektorielt team mellem København Kommune og Region Hovedstaden om 15-20 borgere med dobbeltdiagnose, der bor på et botilbud. Teamet giver integreret behandling af misbruget og den psykiske lidelse i en udgående funktion på bostedet og tager udgangspunkt i Assertive Community Team modellen.

I teamet indgår medarbejdere fra den regionale psykiatri, medarbejdere fra den kommunale misbrugsbehandling og medarbejdere fra bostedet. Medarbejderne har specifikke kompetencer i forhold til behandling af målgruppen, og der arbejdes ud fra fælles plan og høj grad af brugerinddragelse. I modellen er personalet ansat i hhv. region og kommune, men samarbejdet formaliseres og styrkes. Der etableres en fælles ledelse af projektet mellem region og kommune.

I sundhedsaftalen er dobbeltdiagnosticerede et aftaleområde, og der lægges op til at afprøve nye modeller for samarbejdet. Bl.a. skal region og kommune implementere en koordineret indsatsplan for mennesker med svær psykisk lidelse og samtidigt misbrug. Projektet vil understøtte dette. Det bemærkes, at projektet forudsætter regionens tilslutning. Projektforslag skal drøftes mellem Socialborgermesteren og Regionsformanden den 13. august.

H) Etablering af socialt akuttillbud

Der afsættes under Socialudvalget midler til at etablere et socialt akuttillbud med mulighed for henvendelse alle døgnets timer ved akut psykisk krise. Baseret på erfaringer fra andre kommuner forventes akuttillbuddet at medvirke til færre genindlæggelser, færre forebyggelige indlæggelser og færre færdigbehandlede sengedage. Akuttillbuddet vil samtidig understøtte, at borgere kan bo i eget hjem med bostøtte frem for på bosted.

Socialministeriet har opslået en pulje, som Socialforvaltningen har ansøgt den 23. juni 2014. Etablering af akuttillbuddet vil uagtet af tilskud fra ministeriet forudsætte kommunal medfinansiering.

I) Specialteam for medicin

Der oprettes et specialteam for medicin i forhold til håndtering af udadreagerende borgere på bosteder, der ikke følger sin medicinske behandling. Teamet er et tværfagligt team med sundhedsfagligt og pædagogisk personale fra region og kommune, for eksempel pædagoger, psykiatriske sygeplejersker, misbrugskonsulenter, farmaceuter og psykiater, der kan faglig rådgivning og støtte til personale på bostedet. Teamet kan foretage udredning, vurdere problemstillingen og aftale en videre plan for indsatsen med medarbejdere på bostedet og den regionale psykiatri, der har ansvaret for den psykiatriske behandling. Teamet er således også brobyggende til psykiatrien. Bostedet kan også trække på teamet til

egentlige behandlingsopgaver. Specialteamet har også en videns- og kompetencefunktion i forhold til undervisning rettet mod personale i region og kommune bl.a. i medicinpædagogik mm.

Overordnede målsætninger og effekter

Tabel 2: Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

(Del)aktivitet	Afledt effekt
A. Intensivering af rehabiliterende pleje og træning på midlertidige døgnpladser og øget kapacitet	Færre færdigbehandlede patienter, der optager en seng på sygehusene
B. Fokuseret indsats for færre indlæggelser fra plejecentre	Færre forebyggelige indlæggelser Færre ubensigtsmæssige korttidsindlæggelser
C. Videreførelse af TUE	Færre forebyggelige indlæggelser Færre ubensigtsmæssige korttidsindlæggelser
D. Sygeplejetasker og måling af vitale parametre	Færre ubensigtsmæssige genindlæggelser
E. Styrket faglighed for sosu'ere og sygeplejersker	Færre forebyggelige indlæggelser
F. Kortere ventetid til genoptræning	Færre færdigbehandlede patienter, der optager en seng på sygehusene
G. Fælles team med regionen om dobbeltdiagnosticerede	Færre færdigbehandlede patienter, der optager en seng på sygehusene Færre ubensigtsmæssige genindlæggelser
H. Etablering af socialt akutt tilbud	Færre ubensigtsmæssige akutte korttidsindlæggelser Færre ubensigtsmæssige genindlæggelser
I. Specialteam for medicin	Færre ubensigtsmæssige akutte korttidsindlæggelser Færre ubensigtsmæssige genindlæggelser

Økonomi

Vedr. intensivering af rehabiliterende pleje og træning på midlertidige døgnpladser og øget kapacitet

En intensivering af rehabiliterende pleje og træning på de almene rehabiliteringspladser i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen medfører en samlet udgift på 12,8 mio.kr. årligt. Fordelingen af udgifterne på de enkelte tiltag fremgår nedenfor.

Forslaget kan skales såfremt man ikke medtager lørdagstræning, og det vil reducere den samlede årlige udgift til 10,5 mio. kr.

Midlerne ønskes varigt.

Rehabiliteringspladser	Antal pladser	Rehabiliterende pleje med normering fra 1,255 → 1,350 Mio. kr.	Genoptræning 5 dage ugentligt på hverdage Mio. kr.	Genoptræning om lørdagen Mio. kr.
I alt	265	6,8	3,7	2,3

Der afsat midler til gennemførelse af en pilotafprøvning af et træningskoncept til yngre og ældre borgere med slidgigt smerter i knæ og hofter. Udgifterne hertil er i 2015 og 2016 henholdsvis 0,75 mio. kr. og 0,2 mio. kr. Dertil kommer en anlægsudgift på 0,1 mio. kr. i 2014 til anskaffelse af it-udstyr.

Oprettelsen af 20 ekstra almene rehabiliteringspladser i 2015 og 2016 medfører en samlet udgift på 14,6 mio. kr. i 2015. Heraf er afsat 4 mio. kr. til istandsættelse og indkøb af udstyr. Anlægsudgiften på 4 mio. kr. svarer til etableringen af en bæredygtig enhed med 35 pladser, som dels skal rumme reetablering af 15 akutplejepladser fra Vigerslevhus, som foreløbigt er tænkt ind på Håndværkerhaven fra 1. januar 2015, og dels skal rumme de 20 nye pladser. En samlet placering af de 35 pladser er endnu ikke afgjort.

Driftsudgiften til de 20 ekstra pladser i 2016 er på 10,6 mio. kr. Det inkluderer midler til træning på intensiveret niveau og pleje og omsorg, jf. oversigten nedenfor.

Oprettelse af 20 nye pladser	Mio. kr.
Ordinær rehabiliteringsplads	1,8
Træning 5 dage ugentligt på hverdage	0,3
Træning om lørdagen	0,2
Pleje og omsorg	8,3
Istandsættelse og indkøb af udstyr	4,0
I alt	14,6

Såfremt der kun etableres 11 nye pladser reduceres driftsudgiften til 5,8 mio. kr. i 2015 og 2016 og anlægsudgiften i 2015 til 3,0 mio. kr.

Vedr. Fokuseret indsats for færre indlæggelser fra plejecentre

Budget til tidlig opsporing indeholder:

- Køb af licens hos Pallas Informatik – 300.000 kr. årligt
- IT-snitflade til KOS2 – 400.000 kr. det første år
- Kompetenceudvikling – 200.000 kr. det første år

Budget til faglige kampagner er to-årigt og indeholder:

- Kampagnemateriale – 0,3 mio. kr. pr. år
- Tilførsel af timer svarende til en fuldtidsstilling pr lokalområde (5*550.000 kr.) – 2,75 mio. kr. pr. år
- Projektledelsestimer svarende til en halvtidsstilling – 0,3 mio. kr. pr. år

Hvis man vælger kun at gennemføre én faglig kampagne frem for to, vil det betyde en reduktion på 1,675 mio. kr. pr. år. Hvis man vælger ikke at implementere app'en vil det betyde en reduktion på 900.000 kr. det første år og 300.000 kr. de efterfølgende år.

Vedr. Sygeplejetasker og måling af vitale parametre

Budget til indkøb og vedligeholdelse af sygeplejetasker:

- 1,5 mio. kr. i 2015 (indkøb af 500 sygeplejetasker)
- 300.000 kr. i de efterfølgende år (vedligeholdelse af 500 sygeplejetasker)

Vedr. Styrket faglighed for sosu'ere og sygeplejersker

Budget til gennemførelse af faglig opkvalificering af sosu'ere og sygeplejersker er skalerbart. For det afsatte beløb kan gennemføres ca.600-900 kursusdage afhængigt af målgruppe og tilrettelæggelse.

Vedr. Kortere ventetid til genoptræning

Budget til at afkorte den maksimale ventetid indenfor diagnosegrupperne 'den ældre medicinske patient' (geriatri) og blodprop (apopleksi) vil være 1,2 mio. kr. til drift af en øget kapacitet samt 0,3 mio. kr. i 2015 til håndtering af indfasningen. Med forslaget vil borgerne tilbydes at opstarte genoptræningsforløbet indenfor maksimalt 10 hverdage.

Vedr. Fælles team med regionen om dobbeltdiagnosticerede

Det vurderes, at samarbejdsprojektet for 15-20 borgere vil kunne finansieres af Københavns Kommune for ca. 900.000 kr. årligt. Dertil kommer regional medfinansiering. Projektet kan skales op og ned afhængigt af antal borgere, ligesom organisationsmodellen kan ændres.

Derudover afsættes midler til implementering af individuelle koordinerede indsatsplaner, som regioner og kommuner skal implementere fra 2015 på baggrund af en vejledning fra Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen. Der er i satspuljen for 2014 afsat 6. mio. kr. årligt til fordeling mellem regioner og kommuner til implementeringsstøtte. Målgruppen for indsatsplanen er borgere med svære psykiske lidelser og samtidigt misbrug og/eller borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug med meget komplekse sociale problemstillinger. I vejledningen fremgår det at indsatsplanen skal udarbejdes mellem relevante parter fra den kommunale misbrugsbehandling og den psykiatriske behandling og evt. øvrige tilbud. Det vurderes, at udarbejdelse af indsatsplanerne vil medføre behov for ressourcer til øget koordinering med regionen, og som ikke er dækket med de midler kommunen får tilført som led i satspuljen. Det foreslås derfor, at der afsættes 700.000 kr. årligt til koordineringsopgaver forbundet med udarbejdelse af planerne fx til en administrativ hjælpefunktion til at planlægge tværsektorielle møder mellem region og kommune til udarbejdelse af indsatsplanen.

Vedr. Etablering af socialt akuttilbud

Socialforvaltningen har ansøgt Socialministeriet om 4,175 mio. kr. i perioden oktober 2014 til udgangen af 2017. Såfremt ansøgningen imødekommes vil *driften* af akuttilbuddet årligt medføre en meromkostning for kommunen på 1,45 mio. kr. i 2015 og 1.1. mio. kr. årligt i 2016 og 2017. Dette er under forudsætning af, at akuttilbuddet i Linnégade nedlægges og midlerne, der udgør 1,8 mio. kr., flyttes til det nye akuttilbud.

Vedr. Specialteam for medicin

Der etableres et udgående specialteam, som ledes og drives i fællesskab mellem København Kommune og Region Hovedstaden. Det bemærkes, at projektet forudsætter regionens tilslutning og medfinansiering. Der skal således arbejdes videre med projektforslaget.

Tabel til udgifter til service

Tabel 3. Serviceudgifter

<i>(1.000 kr. – 2015 p/l)</i>	2015	2016	2017	2018	I alt
A. Intensivering af rehabiliterende pleje og træning på midlertidige døgnpladser og øget kapacitet:					
- Intensivering af rehabiliterende pleje og træning	13.550	13.000	12.800	12.800	51.200
- Øget kapacitet af almene rehabiliteringspladser (20 pladser)	10.600	10.600			21.200
- Kortere ventetid til genoptræning	1.500	1.200	1.200	1.200	4.800
B. Fokuseret indsats for færre indlæggelser fra plejecentre:					
- Elektronisk app til tidlig opsporing	900	300	300	300	1.800
- Faglige kampagner til forebyggelse af indlæggelser	3.350	3.350			6.700
C. Videreførsel af TUE		3.200	3.200	3.200	9.600
D. Sygeplejetasker og måling af vitale parametre	1.500	300	300	300	2.400
E. Styrket faglighed for sosu'ere	1.000	1.000			2.000
F. Fælles team om dobbeltdiagnosticerede	1.600	1.600	1.600	1.600	6.400
G. Etablering af socialt akuttilbud	1.450	1.100	1.100		3.650
H. Specialteam for medicin	2.000	2.000	2.000	2.000	8.000
Udgifter til service i alt	37.450	37.650	22.500	21.400	119.000

Tabel til anlægsudgifter

Tabel 4. Anlægsudgifter og evt. afledte serviceudgifter

<i>(1.000 kr. – 2015 p/l)</i>	2015	2016	2017	2018	I alt	*
Anlæg:						
- Træning i stedet for operation, indkøb af DigiCorpus – 14 stk.	100					*
- Etablering af fysiske rammer for 20 nye rehabiliteringspladser	4.000					*
Anlægsudgifter i alt	4.100					
- heraf til KEjd						

Fordelingen af anlægsmidler mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Københavns Ejendomme vil afhænge af den konkrete placering.

Tekniske oplysninger

Risikovurdering

Ingen bemærkninger.

Tidligere afsatte midler

Tabel 5. Tidligere afsatte midler på området

<i>(1.000 kr., løbende p/l)</i>	2011	2012	2013	2014	2015
Budgetaftale 2011:					
- <i>Flere midlertidige pladser (SOF og SUF)</i>	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000
Budgetaftale 2014 (Ældrepløj 2014)				7.950	7.569
Afsatte midler i alt	15.000	15.000	15.000	22.950	22.950