



Oversigt over SUFs budget på sundhedsområdet

Med henblik på at facilitere en politisk drøftelse af mulighederne for intern omstilling og prioritering i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i forbindelse med budget 2012 er Sundheds- og Omsorgsudvalget på mødet den 16. september præsenteret for et overblik over forvaltningens budget på sundhedsområdet.

Dette notat uddyber overblikket over budgettet på sundhedsområdet, og de fagområder og indsatser, hvor der vurderes at være mulighed for et omstillingspotentiale. Afdækning af eventuelle konkrete potentialer vil kræve yderligere analyser og undersøgelser.

1. Overblik

Ud af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens samlede budget på knap 6,4 mia. kr. i 2011, udgør budgettet på sundhedsområdet ca. 2,2 mia. kr. En stor del af områderne er helt eller delvist bundne, mens andre i højere grad er åbne for en vis intern omstilling og prioritering.

Figur 1. Oversigt over SUFs budget 2011 på sundhedsområdet, mio. kr.

03-09-2010

Sagsnr.
2010-114483

Dokumentnr.
2010-518311

Sagsbehandler
Martin Baunsgaard
Schreiber/
Stine Thalund Petersen

Økonomistaben

Sjællandsgade 40
2200 København N

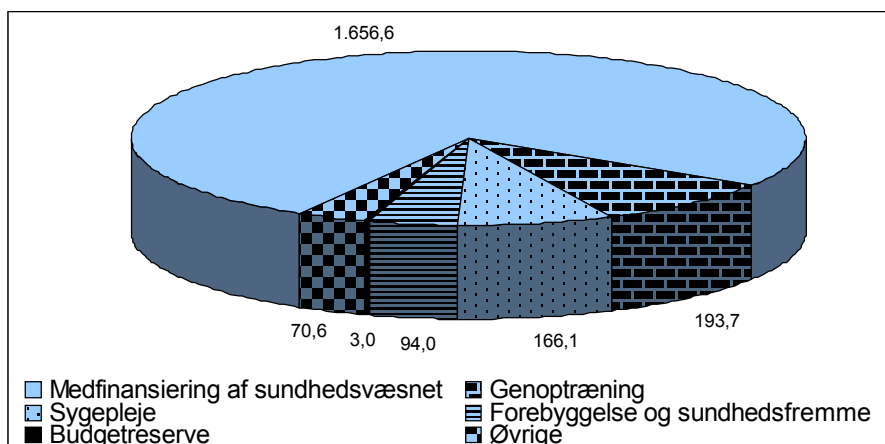
Telefon
3530 3477

Telefax
3366 7070

E-mail
D183@suf.kk.dk

EAN nummer
5798009290809

www.kk.dk



Anm.: Genoptræning går på tværs af ældre- og sundhedsbudgettet og inkluderer både træning efter service- og sundhedsloven. Øvrige dækker over: Voksentandplejen, Arbejdsmiljø København, Genoptræning København, begravelsesgodtgørelse og befordring samt klage og erstatningsansvar. Med undtagelse af budgetreserven, er ændringer i budgetrammen som følge af effektiviseringer og DUT-sager for 2011 ikke medtaget.

Tabel 1. Oversigt over SUFs budget 2011 på sundhedsområdet

	Mio. kr.	Procent
Medfinansiering af sundhedsvæsenet	1.656,6	75,9
Genoptræning	193,7	8,9
Sygepleje	166,1	7,6
Forebyggelse og sundhedsfremme	94,0	4,3
Budgetreserve	3,0	0,1
Øvrige	70,6	3,2
Total	2.184,0	100

Anm.: Genoptræning går på tværs af ældre- og sundhedsbudgettet og inkluderer både træning efter service- og sundhedsloven. Øvrige dækker over: Voksentandplejen, Arbejdsmiljø København, Genoptræning København, begravelsesgodtgørelse og befordring samt klage og erstatningsansvar. Med undtagelse af budgetreserven, er ændringer i budgetrammen som følge af effektiviseringer og DUT-sager for 2011 ikke medtaget.

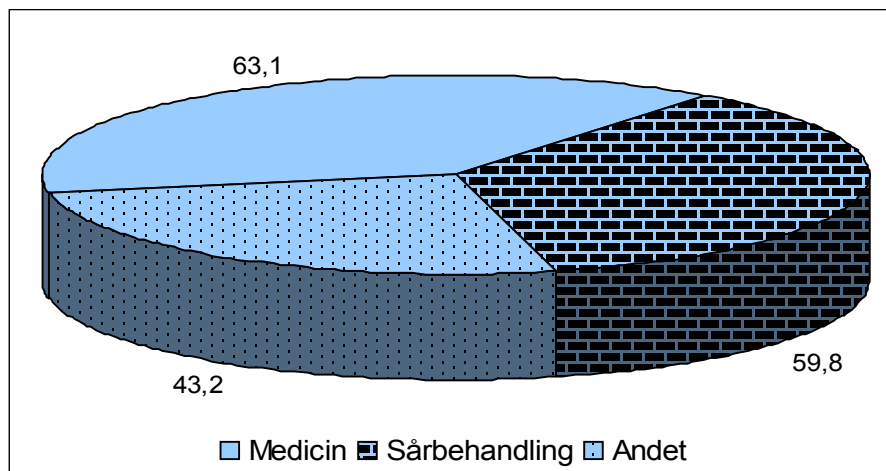
Som det fremgår af både figur 1 og tabel 1 ovenfor, udgør medfinansiering af sundhedsvæsenet langt den største del af budgettet (ca. 76 %). Hovedparten af dette område er bundet i form af grundbidrag og aktivitetsbestemt betaling til regionen. Desuden har Borgerrepræsentationen i forbindelse med udarbejdelsen af Budgetaftale 2010 besluttet, at der ikke må flyttes penge fra området. Konkret betyder det, at selv om Sundheds- og Omsorgsforvaltningen omstiller og igangsætter indsatser med substitutionseffekt i forhold til regionale sundhedsydelser og dermed alt andet lige nedsætter omfanget af den kommunale medfinansiering, så kan forvaltningen ikke finansiere hele eller dele af indsatserne via besparelsen på den kommunale medfinansiering.

De områder, hvor omstillingspotentialet vurderes at være størst, er sygepleje, genoptræning samt forebyggelse og sundhedsfremme. Disse områder gennemgås i det følgende.

2. Sygepleje (166,1 mio. kr.)

Budgettet på sygeplejeområdet udgør i budget 2011 ca. 166 mio. kr. (inkl. de 15 mio. kr. fra Kickstart København til sygepleje på plejehjem) I hjemmesygeplejen (151,1 mio. kr.) anvendes næsten 40 pct. af sygeplejetimerne til medicinhandling, mens godt 1/3 anvendes til sårpleje. Denne ressourcefordelingsnøgle er lagt ned over det samlede sygeplejebudget, jf. figur 2 og tabel 2 nedenfor.

Figur 2. Sygeplejen fordelt på kategorier af sygeplejeydelser, mio. kr.



Anm.: Andet dækker bl.a. over undersøgelser og behandling (30 pct.), undervisning og vejledning (10 pct.) mv.

Tabel 2. Sygeplejen fordelt på kategorier af sygeplejeydelser

	Mio. kr.	Procent
Medicin	63,1	38
Sårbehandling	59,8	36
Andet	43,2	26
Total	166,1	100

Anm.: Se anmærkning til figur 2.

Ydelser

Formålet med hjemmesygepleje er at forebygge sygdom, fremme sundhed, yde sygepleje og behandling samt rehabilitering og palliation til patienter, der har behov for det.

Kommunen er ansvarlig for at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvielse fra praktiserende læge eller hospital. Endvidere kan kommunen træffe afgørelse om tildeling af sygepleje (fx på opfordring fra hjemmeplejen) til borgere, hvor en sygeplejefaglig indsats er påkrævet.

Sygepleje i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen dækker over:

- Hjemmesygepleje
- Sygepleje på plejehjem
- Sygepleje i sundhedshuse/forebyggelsescentre

- Sygepleje på rehabiliteringspladser og på palliative pladser
- Sygepleje på akutte pleje pladser

Sygeplejen i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har en snitflade til sygepleje i Socialforvaltningen. Socialforvaltningen leverer sygepleje til handicappede og psykisk syge samt socialt udsatte borgere, og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen leverer sygepleje til somatiske patienter under 65 år, jf. aftale om visitationsretningslinier mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Socialforvaltningen.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens muligheder for at påvirke det samlede omfang af sygepleje relateres som udgangspunkt til antallet af borgere der modtager sygepleje, omfanget af sygepleje den enkelte borgere modtager (antal timer og varighed) og måden ydelserne leveres på.

Sygeplejen er, som det fremgår nedenfor, lovbundet og styringsmuligheder i forhold til antal af ydelser minimale. Mål med en eventuel omstilling vil være:

- At målrette indsatsen til de svageste
- At fastholde funktionsniveau og sundhedstilstand hos de fleste og undgå behov for sygepleje
- At sikre bedre og billigere leverancer

Antal sygeplejemodtagere

Som udgangspunkt er der begrænsede muligheder for at påvirke antallet af borgere, der henvises til sygepleje fra praktiserende læge eller hospital. Men det er et fokus i det kommunalpolitiske oplæg til sundhedsaftale II, at sundhedsaftalen under hensynstagen til fleksibilitet og faglig udvikling skal sikre, at overdragelse af opgaver fra hospitaler til kommuner og praksissektor finder sted planlagt, aftalt og styret. Sundhedslovens nye opgavedeling og udviklingen i hospitalernes behandlingsformer med pakkeforløb, hurtigere forløb og mere ambulante behandling betyder, at kommunerne i stigende grad overtager opgaver, der tidligere har ligget i hospitalsregi. Fokus på forebyggelse af indlæggelser forstærker også behovet for hjemmesygepleje.

Ligeledes kan det være vanskeligt at påvirke antallet af borgere, der tildeles sygepleje i kommunen, idet hjemmesygepleje skal ydes til alle borgere, hvor en sygeplejefaglig indsats er påkrævet. Observerer hjemmeplejen fx at en borger ikke er i stand til at tage den ordinerede medicin, skal hjemmesygeplejen bistå hermed. Har borgeren feber eller andre tegn på akut sygdom er sygeplejen ligeledes forpligtet til at tilse borger.

Spørgsmålet er derfor hvordan borgere og pårørende kan inddrages i

forhold til at forebygge eller udsætte behovet for sygepleje.

Omfanget af sygepleje

Uanset om der er tale om lægehenvist sygepleje eller kommunalt tildelt sygepleje, skal der foretages en vurdering af, hvilken indsats borgeren skal tildeles. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har mulighed for at påvirke den sygeplejefaglige indsats borgeren tildeles og modtager, og hermed omfanget af sygepleje, der ydes til den enkelte borger.

I forbindelse med tildeling af sygepleje foretages en systematisk vurdering af borgerens mulighed for at udvikle egne færdigheder og dermed mestre egen hverdag uden hjælp fra sygeplejen, fx efter instruktion og vejledning fra sygeplejen.

Skærpede krav til sygeplejen, eksempelvis nye og bindende vejledninger (fx rapportering af utilsigtede hændelser i "Udvidet lov om patientsikkerhed") eller aftalte opgaver i Sundhedsaftaleregimentet medvirker til behov for udvikling af nye eller opskalering af eksisterende ydelser.

Leverance af ydelser – organisering og delegering

Snitfladen til hjemmeplejen giver mulighed for at tilrettelægge sygeplejen efter LEON-princippet, dvs. at borgeren tilbydes behandling på det Laveste Effektive OmkostningsNiveau, således at der sker en systematisk og faglig delegering af sygeplejefaglige opgaver fra sygeplejen til hjemmeplejen. Hjemmeplejen varetager i dag en række opgaver, som tidligere har været kategoriseret som sygeplejeopgaver. Fx er ydelsen "hjælp til medicinindtagelse" kategoriseret som hjemmeplejeydelse - og leveres dermed af hjemmeplejen. Dermed opnås en lavere timepris og mindre køretid såfremt sygeplejen kan leveres i forbindelse med hjemmeplejens besøg i hjemmet.

Udvikling og implementering af faglige standarder bidrager til at sikre, at alle sygeplejefaglige medarbejdere arbejder ud fra et fælles fagligt grundlag baseret på bedste viden nationalt. Dette skal både øge kvaliteten og effektivitet i opgaveløsningen (antal behandlinger og samlet behandlingstid).

Etableringen af kommunale sygeplejeklinikker og forsøg med at få en større andel borgere til at modtage sygepleje på klinik frem for i eget hjem, vil formentlig også kunne påvirke ressourceforbruget i sygeplejen. Udover at skabe øget fleksibilitet og kvalitet for borgerne, samt understøtte princippet om "hjælp til selvhjælp" og øget aktivitet hos borgerne, skal sygeplejeklinikkerne sikre en mere hensigtsmæssig anvendelse af de sygeplejefaglige ressourcer, så sygeplejen undgår unødigt transporttid ud til de borgere, der er mobile nok til at komme i

klinik. Sparet transporttid kan derved anvendes til levering af sygepleje

Endelig er der en række nye it-redskaber og arbejdsgange på vej, som vil understøtte sygeplejens daglige administration, koordinering af sagsgange og kontakt til andre parter på tværs af sektorer, herunder implementering af elektronisk kommunikation med almen praksis og hospitaler i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, anvendelse af NetBooks i sygeplejen, som skal sikre forbedret dokumentation og fjerne dobbeltadministration, samt indførelse af elektronisk medicinkort på nationalt plan.

Trends – udviklingstakter

Konkret kan identificeres en række overordnede udviklingstendenser, der påvirker kravene til sygeplejen:

Udviklingen i det regionale sundhedsvæsen går i retning af en stigende specialisering og et accelererende patientforløb, som medfører et stigende behov for sygepleje efter indlæggelse.

En stigende andel af borgere med en eller flere kroniske sygdomme samt indsatsen i relation til at forebygge indlæggelser hos den ældre medicinske patient stiller krav om styrket sygeplejefaglige kompetencer i kommunerne

Samarbejdet med regionen om mere komplekse indlæggelsesforløb og fastlagte krav til hjemtagning af lægeligt færdigbehandlede patienter stiller krav om den rette infrastruktur til borgere, der efter indlæggelse fortsat har behov for sygepleje.

Palliative forløb og borgere med stadigt stigende kompleksitet i sundhedsudfordringer på plejehjemmene indebærer samlet set, at hjemmesygeplejen i øget omfang skal løse komplekse og specialiserede sundhedsopgaver i et tæt samspil med sygehuse og almen praksis.

Omstillingsmuligheder

Tidlig indsats – målrette indsatsen mod de svageste

Formålet med en tidlig indsats er at sætte ind i forhold til borgere, hvor deres sundhedstilstand og/eller funktionsevne er under forværring, for at forebygge indlæggelse på hospital eller en midlertidig kommunal døgnplads.

Den tidlige indsats skal gives der, hvor kommunens personale møder borgeren, fx når hjemmeplejen kommer i borgerens hjem. Tidlig indsats forudsætter, at plejepersonalet bliver bedre til at observere tegn på, at borgerens sundhedstilstand og/eller funktionsevne er på vej til at blive forringet, og handle hensigtsmæssigt i forhold til det observerede, fx

ved at iværksætte relevante indsatser såsom henvisning til sygepleje.

En tidlig indsats kan bl.a. indebære:

- At der udvikles fælles (bydækkende) retningslinier for faglige standarder for tidlig indsats
- At kompetencerne øges hos involverede personale, herunder at sygeplejens supervision af hjemmeplejen skal have fokus på tidlig opsporing med henblik på en sygeplejefaglig indsats og at sygeplejersken bliver involveret i koordinationsopgaver
- At der etableres et systematisk samarbejde mellem hjemmeplejen og sygeplejen i relation til tidlig opsporing og tidlig indsats, herunder at der udvikles fornødne it-løsninger, som kan forbedre kommunikation og samarbejde, både mellem kommunens aktører og mellem disse og almen praksis og hospitalerne

Etablering af de 60 akutte plejepladser på Vigerslevhus er en ny kommunal infrastruktur, som udgør et bydækkende tilbud målrettet de svageste borgere med særligt behov for sygepleje.

En tidlig kommunal indsats vil således kunne have forebyggelsespotentialer i forhold til hospitalsindlæggelser og permanente kommunale døgnpladser ved at borgeren i en periode modtager ekstra ydelser evt. suppleret med medicinsk behandling i samarbejde med praktiserende læge eller hospitalsafdeling. Besparelsen ligger både i kommunalt og regionalt regi. Finansiering af en styrket kommunal indsats drøftes i regi af sundhedsaftale II, hvor også et tættere samarbejde mellem hospital og almen praksis om tidlig indsats er i fokus. Sundhedslovens § 239 indebærer, at regionerne kan finansiere kommunale indsatser, der forebygger hospitalsindlæggelser.

Der er i budget 2010 og frem afsat 15 mio. kr. til at øge sygeplejefagligheden på plejehjem. Et øget fagligt grundlag vil medvirke til at reducere antallet af forebyggelige hospitalsindlæggelser fra plejehjem.

Sygeplejeklinikker – Flytte borgere med lille behov til egen mestring

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har etableret syv sygeplejeklinikker. I 2010/2011 etableres yderligere en sygeplejeklinik i Vanløse/Brønshøj/Husum.

Sygeplejeklinikkerne yder sygepleje til borgere der fysisk og/eller psykisk er i stand til at møde op på sygeplejeklinik. Borgere, hvis helbredstilstand tillader at de kan møde op på sygeplejeklinikker, kan kun modtage sygepleje på klinik, og ikke i eget hjem.

Det er Sundheds- og Omsorgsforvaltningens mål, at 90 % af de borgere, der fysisk og psykisk er i stand til at møde op på sygeplejeklinik, skal modtage sygepleje på klinik. Dette kræver en vækst i antallet af borgere der henvises til de eksisterende sygeplejeklinikker, og evt. en udvidelse af sygeplejeklinikkernes fysiske kapacitet (behandlingsfaciliteter).

Øget effektivitet i sårbehandling – bedre og billigere leverancer

Sårbehandling er en ressourcekrævende opgave og godt 1/3 af sygeplejens timer anvendes til sårbehandling. Samtidig vil en forventet stigning i kroniske sygdomme, som diabetes og hjertekarsygdomme, bevirke en stigning i antallet af borgere med sår.

Systematisk brug af effektive behandlingsmetoder kan øge både kvalitet og effektivitet i forbindelse med sårbehandling. For borgeren vil systematisk brug af effektive behandlingsmetoder betyde færre gener som følge af sår, herunder en forkortet behandlingstid. Samtidig vil det reducere medarbejdernes tidsforbrug i forbindelse med sårbehandling og dermed udgifter til sårbehandling.

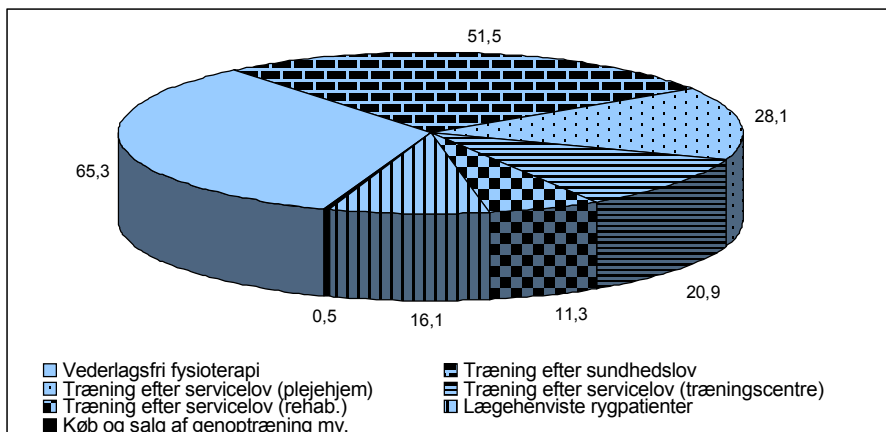
Ovenstående kræver, at der udvikles og implementeres faglige standarder, der sikrer, at alle sygeplejefaglige medarbejdere arbejder ud fra et fælles fagligt grundlag for sårbehandling, baseret på bedste viden nationalt. Samtidig skal der ske et kompetenceløft af de sygeplejefaglige medarbejdere.

Ovenstående tiltag kan suppleres med udvikling af en it-baseret sårjournal, som giver de kommunale sygeplejersker mulighed for løbende at samarbejde og være i dialog med læger og sårsygeplejersker på hospitaler via en fælles sårjournal med billede og dokumentation, så behandlingen løbende kan følges og revideres. Suppleret med telemedicinske løsninger fx i form af mobilteknologi, giver det mulighed for rettidig kommunikation og tilpasning af behandling i samarbejdet med almen praksis og hospitaler.

3. Træningsområdet (193,7 mio. kr.)

Det samlede budget til genoptræning udgør ca. 193,7 mio. kr. Fordelingen fremgår af figur 3 nedenfor.

Figur 3. Genoptræning, mio. kr.



Anm.: Ekskl. Genoptræning København, som er myndighedsfunktion på området.

Tabel 3. Genoptræning

	Mio. kr.	Procent
Vederlagsfri fysioterapi	65,3	33,7
Træning efter sundhedslov	51,5	26,6
Træning efter servicelov (plejehjem)	28,1	14,5
Træning efter servicelov (træningscentre)	20,9	10,8
Træning efter servicelov (rehab.)	11,3	5,8
Lægehenviste rygpatienter	16,1	8,3
Køb og salg af genoptræning mv.	0,5	0,3
Total	193,7	100,0

Anm.: Ekskl. Genoptræning København, som er myndighedsfunktion på området.

Genoptræning er, som det fremgår nedenfor, lovbundet i to lovsystemer og styringsmulighederne i forhold til antal af ydelser er forskellige i relation til hver af disse. Mål med en eventuel omstilling vil være:

- At skabe bæredygtige enheder, fagligt og økonomisk
- At påvirke indholdet af de enkelte forløb, så de både afspejler faglighed og god økonomi
- At fastholde funktionsniveau hos borgerne og undgå behov for genoptræning

Genoptræning efter Sundhedsloven (§ 140)

Ydelser

Genoptræning med en genoptræningsplan efter udskrivning fra hospital er et tilbud om genoptræning ifølge Sundhedsloven. Det er et målrettet og tidsbegrænset tilbud og træningen foregår på:

- Kommunens træningscentre
- Ryg- og Genoptræningscenter København med specialfunktion for ryglidelser og kirurgiske indgreb
- På kommunens forebyggelsescentre med specialfunktion for kroniske sygdomme (KOL, type 2 diabetes, hjerte- karsygdom)
- I plejebolig eller på et midlertidigt døgnophold på en af

kommunens rehabiliteringsafdelinger, hvis borgeren ikke kan følge et ambulat genoptræningsforløb

Det er lægen/hospitalet, der har ansvaret for lægefagligt at vurdere genoptræningsbehovet og udarbejde genoptræningsplan. Kommunen har ikke indflydelse på antallet af genoptræningsplaner og det overordnede aktivitetsniveau kan derfor ikke styres.

De kommunale frihedsgrader på genoptræningsområdet ligger i højere grad på indhold og omfang af genoptræningen. Kommunen fastlægger indhold og omfang og har udarbejdet standardforløb indenfor de store diagnosegrupper. Forløbene er bygget op omkring holdtræning som gennemgående princip og baserer sig på den bedst tilgængelige viden om effekt. For at sikre mulighed for effektmåling indeholder alle standardforløb minimum 2 gange individuel træning med henblik på start- og sluttet. Kommunen kan derfor til en vis grad påvirke ressourceforbruget gennem kommunens ret til at fastlægge omfang (antal træningsgange) og indhold i genoptræningsforløbene (hvorvidt der er tale om genoptræning på hold eller individuel genoptræning). Størstedelen af genoptræningen på træningscentre foregår som holdtræning. For sundhedslovens genoptræning er, med udgangspunkt i den visiterede tid på området, ca. 70% holdtræning og 30% individuel træning. For servicelovens genoptræning er ca. 80% holdtræning og ca. 20% individuel træning af den tid, der visiteres på området. Den individuelle tid anvendes til særlige komplekse forløb, hvor borgeren ikke kan indgå på hold, hjemmetræning og tests.

Med hensyn til kørsel så skal kommunen tilbyde befording eller befordingsgodtgørelse til pensionister i forbindelse med genoptræning efter sundhedsloven. For alle andre end pensionister gælder, at de kun tilbydes befording eller befordingsgodtgørelse, hvis borgeren ikke er i stand til at benytte offentlige transportmidler.

Trends – udviklingstakter

Kommunen har en administrativ ventetidsgaranti på maksimalt 15 hverdage. Antallet af genoptræningsplaner efter sundhedsloven er svingende og jævnt stigende og bevirker et øget pres på overholdelse af ventetidsgarantien. Fra 2007 til 2009 er der sket en samlet stigning på 44 % i antal genoptræningsplaner. Fremadrettet forventes stigningen at være størst på diagnosegrupperne ortopædkirurgi og neurologi, som er steget med henholdsvis 12 % og 25 % fra 2008 til 2009. I sundhedsaftaleregi arbejdes der på, at indføre en maksimal ventetidsgaranti på 10 hverdage, hvilket vil udløse et yderligere pres på kapacitets- og planlægningsudfordringerne.

Derudover er der i sundhedsaftaleregi planlagt udarbejdelse af fælles

evidensbaserede forløbsprogrammer indenfor visse diagnosegrupper. Dette arbejde vil udfordre kommunes ret til at fastsætte serviceniveauet (omfang og indhold) og kan afstedkomme ønsker og forventninger til kommunens genoptræningsforløb.

Genoptræning efter serviceloven

Ydelser

Udover genoptræning efter hospitalsindlæggelse (Sundhedsloven), har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen pligt til, efter en konkret individuel vurdering, at tilbyde genoptræning af borgere over 65 år til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse.

I København kan borgerne selv henvende sig til visitationen med ansøgning/anmodning om genoptræning. Henvendelse kan også ske via hjemmeplejen, praktiserende læge eller de kommunale forebyggende medarbejdere.

Genoptræningen foregår på kommunens træningscentre (her foregår størstedelen af genoptræningen), i borgerens eget hjem, på rehabiliteringsafdelingerne og på plejehjemmene.

Kommunen har valgt at indføre maksimal ventetid på servicelovens genoptræning på 20 dage fra borgerens første kontakt til opstart af genoptræningsforløbet. Der er ikke frit valg på Servicelovens genoptræning.

Indhold og længde af genoptræningsforløbet kan kommunen selv fastlægge. Kommunen kan i de tilfælde, hvor borgeren ikke kan transportere sig selv, vælge at tilbyde kørsel til genoptræningen. Borgerne bliver tilbudt kørsel i Københavns Kommune.

Trends – udviklingstakter

Der kan komme en stigning i omfanget af genoptræning efter serviceloven i 2011 som følge af paradigmeskifte fra passiv til aktiverende hjemmehjælp, som starter op i efteråret 2010.

Lægehenviste rygpatienter

Ydelser

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen tilbyder patienter med længerevarende rygproblemer samt patienter, der er sygemeldte grundet rygproblemer, undersøgelse og behandling hos fysioterapeut, kiropraktor eller reumatolog, samt rådgivning ved socialrådgiver. Indsatsen foregår på Ryg- og Genoptræningscenter København efter henvisning fra praktiserende læger, speciallæger, regionens hospitaler og Jobcenter København, sygedagpenge.

I forhold til øvrige sygdomsgrupper har patienter med muskel- og skeletlidelser mindre chance for at komme tilbage i arbejde ved sygefravær og manglende samarbejde på tværs af sektorer øger risiko for sygefravær. Der er derfor etableret et særligt projektsamarbejde med Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen om de erhvervsaktive på Ryg- og Genoptræningscenter København.

Ydelsen til lægehenviste rygpatienter er ikke en lovpligtig ydelse for kommunen, men mange af disse patienter ville sandsynligvis ende på hospitalerne, hvis kommunen ikke kunne give det nuværende tilbud på Ryg- og Genoptræningscentret.

Vederlagsfri fysioterapi

Ydelser

Kommunen skal efter Sundhedsloven tilbyde vederlagsfri fysioterapi efter lægehenvielse. Ydelserne kan bestå af såvel individuel behandling som holdtræning. Borgeren har frit valg mellem en privat praktiserende fysioterapeut og eventuelt kommunalt tilbud om vederlagsfri fysioterapi. Københavns Kommune har indtil videre ikke oprettet egne tilbud om vederlagsfri fysioterapi.

Borgeren er omfattet af ordningen om vederlagsfri fysioterapi, hvis borgeren har et svært fysisk handicap, tilstanden er varig og diagnosen er omfattet af Sundhedsstyrelsens diagnoseliste. Kommunen har derfor ingen direkte indflydelse på hverken målgruppe, antal modtagere i ordningen eller behandlingsomfang.

Der er flere snitflader mellem vederlagsfri fysioterapi og andre kommunale træningsydelser, især den vedligeholdende træning efter Servicelovens § 86, stk. 2. Det betyder, at en udvidelse eller ændring af kommunale tilbud om vedligeholdende træning i SUF, SOF og BUF muligvis kan påvirke behovet for vederlagsfri fysioterapi.

Omstillingsmuligheder vedrørende genoptræning efter Sundhedsloven

Større enheder - at skabe bæredygtige enheder, fagligt og økonomisk

Større træningscentre giver faglig og økonomisk bæredygtighed og større styringsrobusthed. En måde at håndtere de stigende kapacitets- og planlægningsudfordringer kunne derfor være at samle træningscentrene i større enheder. I den forbindelse kunne man også kigge på om den fysiske kapacitet er udnyttet bedst muligt og om det er omkostningsbesparende i forhold til transportudgifter, at træningscentrene og eventuelt også specialerne bliver samlet på færre adresser. Derudover kunne man eventuelt samle særlige specialer på ét træningscenter. Dette kan have økonomiske besparende konsekvenser og det kan i nogle tilfælde også have en kvalitetsforbedrende effekt

som følge af øget videndeling og know-how på det enkelte sted.

Differentieret ventetid

I forbindelse med at der i sundhedsaftaleregi udarbejdes tværsektorielle forløbsbeskrivelser, kommer der øget fokus på sammenhængende patientforløb og målrettede evidensbaserede forløbsbeskrivelser. På baggrund af dette kunne der arbejdes med differentieret ventetid, så nogle borgere kommer hurtigere til, hvis deres diagnose tilskriver det, mens andre har en diagnose, hvor de godt kan vente lidt længere.

Omstillingsmuligheder vedrørende genoptræning efter Serviceloven

Løfte genoptræning på plejehjem og rehabiliteringspladser

Det er en mulighed at kigge nærmere på genoptræning på rehabiliteringsafdelingerne i forhold til målgrupper for rehabiliteringspladserne og i forhold til fastsættelse af et ensartet serviceniveau for genoptræningen. Derefter bør der tages stilling til, hvordan genoptræning efter sundhedsloven på rehabiliteringsafdelingerne skal budgetteres. En samlet budgetmodel til genoptræning på rehabiliteringsafdelingerne vil have en økonomisk besparende effekt og vil give en større bevidsthed om og direkte fokus på, hvad der er målgruppen for pladserne, og hvad der er den enkeltes borgers genoptræningsbehov.

Beboere på plejehjem skal have samme adgang til servicelovens genoptræning som hjemmeboende borgere, og der arbejdes hen imod et mere ensartet serviceniveau i forhold til genoptræningen på plejehjemmene i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Fastholde funktionsniveau hos borgerne og undgå behov for genoptræning

I forbindelse med paradigmeskiftet fra passiv til aktiv hjemmehjælp er det målsætningen at gøre flere borgere selvhjulpne igen gennem større fokus på genoptræning via ydelsen ”træning ved hjælper” for nye modtagere af hjemmeplejeydelser. Fokus på hverdagsrehabilitering understøtter, at færre af de nye modtagere af hjemmeplejeydelser bliver permanente modtagere af ydelser fra hjemmeplejen.

5. Forebyggelse og sundhedsfremme (94,0 mio. kr.)

Ifølge sundhedslovens § 119 er kommunerne forpligtet til at fremme sundheden gennem etablering af forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne og ved at sikre rammer for en sund levevis, men der er ikke i lovgrundlaget udstukket mere præcise rammer om indsatsen.

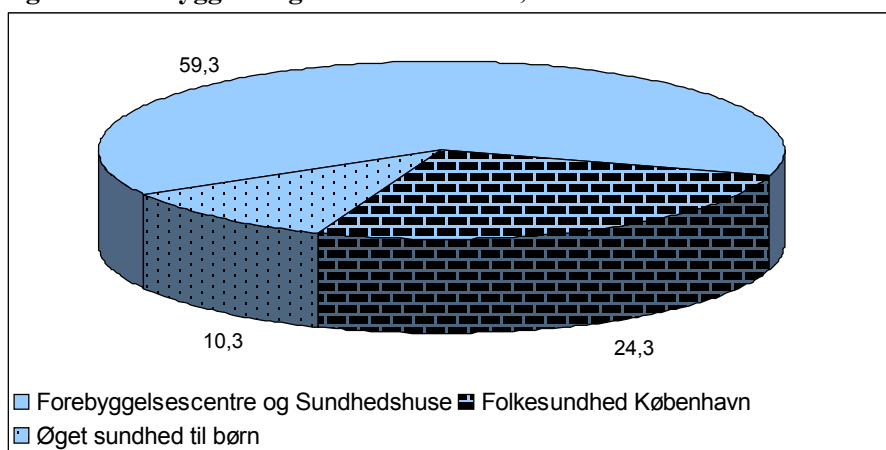
Forebyggelse og sundhedsfremme er et område, hvor Københavns

Kommune gennem flere år har oparbejdet en position som fagligt fyrtårn – både regionalt og nationalt. Det er fortsat et område i udvikling, der rummer perspektiver, som primært skal nås gennem investeringer, idet der ikke umiddelbart er nogen omstillingsmuligheder. Etableringen af sundhedshuse i Københavns Kommune udgør en ny infrastruktur for det fremtidige udviklingsarbejde, der som en del af sundhedspolitikken skal være med til at skabe sunde rammer, så det bliver lettere for københavnernes at leve sundt.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har et koordinerende og understøttende ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme i Københavns Kommune.

Det samlede budget i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen til forebyggelse og sundhedsfremme udgør ca. 94 mio. kr. Fordelingen fremgår af figur 4 og tabel 4 nedenfor. Det samlede budget for 2010 til forebyggelse og sundhedsfremme i Folkesundhed København (FSK) udgør ca. 35 mio. kr.¹ De resterende ca. 59 mio. kr. ligger i sundhedshuse og forebyggelses-/sundhedscentre. FSK søger løbende om eksterne finansieringsmidler, herunder satspuljemidler, som ikke fremgår af figur og tabel 4.

Figur 4. Forebyggelse og sundhedsfremme, mio. kr.



Anm.: "Folkesundhed København" dækker over en række borgerrettede forebyggelsesaktiviteter, som ikke foregår i regi af sundhedshuse/forebyggelsescentre.

Tabel 4. Forebyggelse og sundhedsfremme

	Mio. kr.	Procent
Forebyggelsescentre og Sundhedshuse	59,3	63,1
Folkesundhed København	24,3	25,9
Øget sundhed til børn	10,3	11,0
Total	94,0	100,0

¹ Foruden den kommunale bevilling er der i 2010 fire projekter vedrørende sundhedsfremme, som er finansieret af eksterne midler.

Anm.: Se anmærkning til figur 4.

Forebyggelse og sundhedsfremme er et område i opdrift, hvor fokus er at sikre det rigtige indhold i den indsats, der leveres. Målet er snarere investering end egentlig omstilling, idet flere af de tilbud, der er etableret rummer muligheden for substitution af regionale tilbud. Dette gælder fx indsatsen vedr. kronisk sygdom. Forvaltningen ser særligt potentialer for investering vedr.:

- Rehabilitering i relation til kronisk sygdom, som har til formål at flytte borgere med lille behov for støtte til størst mulig egen mestring
- Styrkelse af de borgerrettede tilbud, som har til formål at fastholde borgere med en risikoprofil sunde
- Styrkelse af de tværgående indsatser gennem arbejdet med den nye sundhedspolitik

Borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme

Ydelser

Den borgerrettede forebyggelse handler hovedsagligt om at holde raske borgere raske og leveres i form af tilbud og ikke-visiterede ydelser. Nogle tilbud kan visiteres fra af praktiserende læge – andre visiteres fra kommunens andre institutioner – og endelig kan borgerne selv henvende sig til nogle af tilbudene.

De borgerrettede forebyggelsestilbud leveres fra forebyggelsescentre og sundhedshuse. Herudover er der tilbud, som leveres på arbejdspladser, i folkeskolen og i de særlige miljøer, hvor målgrupperne befinder sig, fx i forhold til seksuel sundhed.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen kan styre på både mængde og indhold. Tilbud etableres med afsæt i den evidens, der er vedrørende effekt, og hvor potentialet er størst.

De borgerrettede sundhedstilbud i sundhedshuse/forebyggelsescentre omfatter følgende tilbud:

- Rygestoprådgivning
- Alkoholrådgivning og andre aktiviteter
- Rådgivning om motion og kost
- Rådgivning til overvægtige børn og deres familier
- Formidling af viden om sundhed til etniske minoritetsgrupper via etniske sundhedsvejledere
- Sundhedstilbud til fysisk inaktive børn og unge i Husum

Andre typer af borgerrettede aktiviteter:

- Forbedre københavnernes seksuelle sundhed
- Rådgivning om trivsel på arbejdspladsen

- Nærgymnastik
- Tilbud rettet mod elever i folkeskolen
- Tilbud til medarbejdere på kommunale arbejdspladser (Mere Sund – mindre rund)

Udover de eksisterende tilbud er en række nye tilbud under udvikling:

- Forebyggende indsats for faldulykker blandt ældre
- Sundhedsrådgivning – tilbud om en enkeltstående rådgivning, som kan igangsætte og støtte en handling mod en sundere livsstil
- Sundhedstilbud til personer i beskæftigelsesindsatsen, jf. beskrivelse af omstillingsmuligheder nedenfor

De to sidstnævnte tilbud vil begge foregå i sundhedshuse.

Trends – udviklingstakter

Der er fokus på udvikling af den borgerrettede forebyggelse indenfor tre spor, dels at skabe sunde rammer (sundhed for alle), dels at gøre tilbud, som vi ved har effekt, bydækkende og endeligt at udvikle differentierede indsatser til særligt udsatte målgrupper eller bydele.

Omstillingsmuligheder

Bydækkende borgerrettede sundhedstilbud i forebyggelsescentrene

I forbindelse med budget 2011 er der udarbejdet et forslag om at udrulle de nuværende borgerrettede tilbud til alle fem forebyggelsescentre, som vil være etableret i løbet af 2011. Den samlede udgift ved udrulning af alle eksisterende borgerrettede tilbud er opgjort til 8,3 mio. kr. Hvis disse midler ikke bevilliges i forbindelse med budget 2011, vil midlerne skulle fremskaffes i forbindelse med budget 2012. Såfremt der etableres yderligere sundhedshuse/forebyggelsescentre med hertil knyttede borgerrettede tilbud, vil der være et behov for finansiering af disse. Indsatsen i sundhedshuse evalueres løbende med henblik på effekt og økonomi.

Målrettet rekruttering til de borgerrettede og patientrettede sundhedstilbud i forebyggelsescentrene

Der er behov for at udvikle metoder og materiale for målrettet rekruttering til sundhedstilbuddene i forebyggelsescentrene, således at tilbudene benyttes af flere borgere med kort eller ingen uddannelse, usund levevis eller kronisk sygdom. I forbindelse med budget 2011 er der udarbejdet et forslag, som skal bidrage til at rekruttere flere borgere med få ressourcer, usund levevis eller kronisk sygdom til de borgerrettede/patientrettede sundhedstilbud i forebyggelsescentrene. Budgetbehovet er opgjort til 1,5 mio. kr. pr. år i en 2-årig periode.

Udvikling af de eksisterende borgerrettede sundhedstilbud i forebyggelsescentrene

I forlængelse af de nuværende sundhedstilbud i forebyggelsescentrene samt de politiske prioriteringer vil der løbende opstå behov for udvikling af nye tilbud i relation til forebyggelsescentrene. Som eksempler kan nævnes følgende to tilbud:

1. Sundhedstilbud til personer i beskæftigelsesindsatsen: Dette er et projekt, hvor der i efteråret 2010 er ansøgt om Satspuljemidler. Såfremt midler bevilges gennemføres projektet i et samarbejde mellem Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen, Socialforvaltningen og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Projektet har fokus på følgende målgruppe: Alle udsatte og syge københavnere med særligt fokus på kontanthjælpsmodtagere og øvrige ledige med sundhedsrelaterede problemstillinger, socialt udsatte og borgere med handicap samt beskæftigede borgere med sygdom og risiko for at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet, herunder borgere med kronisk sygdom.
2. Udslusning af borgere, som har modtaget et sundhedstilbud i et forebyggelsescenter. Der er gjort gode erfaringer med en individuel vejledning i forbindelse med afslutningen af et sundhedstilbud i forebyggelsescentret, fx de borgere, som har deltaget i et træningstilbud. Dette er med til at sikre, at borgeren fortsat er aktiv fx i foreninger eller på egen hånd. Der skal tilføres yderligere midler, såfremt denne indsats skal prioriteres.

Patientrettet forebyggelse - Kronisk sygdom

Ydelser

Den patientrettede forebyggelse handler hovedsageligt om at gøre borgere, der har en kronisk sygdom i stand til at håndtere og leve med deres sygdom.

Patientrettet forebyggelse er jf. Sundhedsloven et delt ansvar mellem region og kommune. Københavns Kommune har været på forkant med denne opgave og skabt national viden om tilrettelæggelse af indsatser gennem samarbejdsprojekt med Bispebjerg Hospital og almen praksis om Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge (SIKS-aftalen).

Den konkrete udmøntning af indsatsen for kronisk sygdom, herunder forløbsprogrammer, indgår som en del af sundhedsaftalen mellem region, kommuner og almen praksis. Forløbsbeskrivelser for rehabilitering er en konkretisering af forløbsprogrammerne udelukkende med fokus på rehabilitering.

Forebyggelsescentrene i Københavns Kommune yder tilbud om rehabilitering til kronisk syge (KOL, type 2 diabetes, hjerte-kar-sygdom). Sundhedscenter for kræftramte i København yder tilbud om rehabilitering til kræftramte.

Rehabilitering bliver tildelt:

1. Efter henvisning fra praktiserende læge
2. Efter henvisning fra hospital

Rehabiliteringsindsatsen i kommunens forebyggelsescentre omfatter fysisk træning, sygdomsspecifik patientundervisning, rygestopvejledning, kostvejledning, psykosocial støtte og opfølgning. Rehabiliteringsindsatsen foregår tværsektorielt, dvs. i et samarbejde mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Amager, Bispebjerg, Frederiksberg og Hvidovre hospitaler og almen praksis i Københavns Kommune.

Trends – udviklingstakter

Der foregår en opgaveglidning fra sekundær til primær sektor samtidig med, at der fremover vil være en øget forekomst af borgere med kronisk sygdom og borgere med mere end én kronisk sygdom. Mennesker med mere end én kronisk sygdom har en stor overdødelighed og en ringere oplevelse af sammenhæng i deres patientforløb, end personer med én diagnose².

Der sker en omlægning af arbejdsgange i primær sektor med henblik på at forebygge indlæggelser og genindlæggelser samtidig med, at indlæggelsestiden nedbringes fx som følge af hjemmemonitorering og hjemmeindlæggelse. Trenden er, at kronisk syge forbliver i eget hjem. Denne udviklingstendens ses også i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, hvor indsatsen til kronisk sygdom er et område i udvikling og vækst og har betydelige investeringsperspektiver.

I samarbejdet med Region Hovedstaden er vedtaget to forløbsprogrammer for henholdsvis KOL og type 2 diabetes, som skal implementeres inden udgangen af aftaleperioden for Sundhedsaftale II og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er ved at implementere disse.

En igangværende undersøgelse af meromkostningerne ved kronisk sygdom forventes afsluttet i starten af 2011 og vil blive inddraget i udviklingen af den fremtidige kommunale indsats for kronisk syge. Undersøgelsen vil kunne indgå i en nærmere afdækning af, om den kommunale rehabiliteringsindsats kan have substitutionsmuligheder i forhold til de regionale sundhedsydelse, kommunale omsorgsydelser og overførselsindkomster.

Omstillingsmuligheder

Forløbskoordination for patienter med flere forskellige kroniske

² Debatoplæg om kronikerområdet i Danmark. Dansk Sundhedsinstitut januar 2010.

sygdomme

Den lægelige specialisering og organisering af det medicinske område i enkeltdiagnoser gør det vanskeligt at give en effektiv og sammenhængende behandling til patienter med flere forskellige kroniske sygdomme. Forløbsprogrammerne for kroniske sygdomme sikrer behandlingen af forskellige sygdomstilstande hver for sig, men en reel kobling i praksis eksisterer stort set ikke (DSI 2010). Der er et markant behov for omstilling, hvor der er forløbskoordination i forhold til at skulle varetage konkurrerende kroniske sygdomme indenfor de diagnosespecifikke forløbsbeskrivelser for rehabilitering.

Fastholdelse af livsstilsændringer

Undersøgelser viser, at effekten af afgrænsede rehabiliteringsforløb er vanskelig at fastholde efter endt forløb. Den nuværende implementering af patientrettet forebyggelse i forebyggelsescentre rummer en omstillingsmulighed i forhold til at understøtte vedligeholdelsen af livsstilsændringer. Fx ved at flytte dele af rehabilitering fra tilbud i centre til borgernes eget hjem eller lokalmiljø (hverdagsrehabilitering).

Telemedicinske løsninger

Anvendelse af telemedicinske løsninger hvor borgerens tilstand monitoreres i eget hjem og der sikres adgang til det sundhedsfaglige personales råd og vejledning har potentiale for at sikre, at borgeren er mere tryk og har øget livskvalitet. Hjemmemonitorering og hjemmebehandling kan sikre hurtig udskrivning og forebygge genindlæggelse samt understøtte en sammenhængende indsats. Telemedicin kan således indgå som en del af behandlingen af borgere med kronisk sygdom.