

BUSINESS CASE

Smarte investeringer i velfærden

Forslagets titel: Assisteret p-dialyse i borgers hjem

Kort resumé: En gruppe borgere med livsvarigt nyresvigt kan med hjælp fra den kommunale sygepleje modtage dialysebehandling i hjemmet frem for på hospitalet. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen foreslår at bruge sparede medfinansieringsmidler til at finansiere driftsudgifterne for indsatsen.

Fremstillende forvaltning: Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Berørte forvaltninger:

<input type="checkbox"/>	Økonomiforvaltningen	<input type="checkbox"/>	Socialforvaltningen
<input type="checkbox"/>	Kultur- og Fritidsforvaltningen	<input type="checkbox"/>	Teknik- og Miljøforvaltningen
<input type="checkbox"/>	Børne- og Ungdomsforvaltningen	<input type="checkbox"/>	Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen
<input checked="" type="checkbox"/>	Sundheds- og Omsorgsforvaltningen		

1.1 FORSLAGETS SAMLEDE ØKONOMISKE KONSEKVENSER

	Styrings- område	1.000 kr. 2017 p/l					
		2017	2018	2019	2020	2021	2022
Varige ændringer							
Effektivisering	Overførsler	-185	-1.110	-1.481	-1.481	-1.481	-1.481
Driftsudgifter	Service	175	611	860	860	860	860
Samlet varig ændring	0	-10	-499	-621	-621	-621	-621
Implementeringsomkostninger							
Serviceinvesteringer	Service	134	110	0	0	0	0
Anlægsinvesteringer	Anlæg	0	0	0	0	0	0
Samlede implementeringsomkostninger		134	110	0	0	0	0
Samlet økonomisk påvirkning		124	-389	-621	-621	-621	-621
Tilbagebetalingstid baseret på serviceeffektivisering		Aldrig					
Tilbagebetalingstid baseret på totaløkonomi		2 år					

Note til alle tabeller: Alle *besparelser* er angivet med negativt (-) fortegn.

1.2 BAGGRUND OG FORMÅL

Københavnske borgere, der grundet kronisk nyresygdom har behov for livslang dialysebehandling, men er for svækkede til at varetage egen behandling hjemme, skal i dag i hæmodialyse tre gange ugentligt på Rigshospitalet. Borgerne køres med liggende transport til dialysecentret, hvor de dialyseres i 4 timer. Transporterne er ofte langvarige og med ventetider i begge ender af systemet, så borger bruger typisk 6 til 8 timer på behandlingerne. Med hjælp fra den kommunale hjemmesygepleje vil borgerne i stedet kunne modtage dialyse i eget hjem hver nat. Klinikchef for Nefrologisk Klinik på Rigshospitalet, Bo Feldt-

Rasmussen vurderer, at det er langt mere skånsomt og hensigtsmæssigt for disse patienter, at dialysen kan foregå i hjemmet. Samtidig er denne løsning økonomisk mere effektiv.

Det er netop en målsætning i Sundhedsaftalen 2015-2018 for Region Hovedstaden, at opgaver løbende flytter mellem sektorerne i sundhedsvæsenet ud fra et hensyn til effektiv ressourceudnyttelse. Den Administrative Styregruppe (DAS) i Region H godkendte derfor også i juni 2014 en samarbejdsaftale mellem Region H og kommunerne om peritonealdialyse i eget hjem (herefter assisteret p-dialyse)¹, der kan tiltrædes af den enkelte kommune, såfremt kommunen ønsker det. Ifølge Samarbejdsaftalen skal regionen betale en kommune 142.000 kr². pr. forløb pr. år for varetagelse af assisteret p-dialyse i borgers hjem, der skal dække kommunens personaleudgifter i forbindelse med varetagelsen af dialysebehandlingen i eget hjem.

På mødet den 17. november 2016 besluttede Sundheds- og Omsorgsudvalget følgende: *"Partierne beder forvaltningen vende tilbage med en eller flere modeller for organisering og finansiering, der fremadrettet kan sikre, at Københavns Kommune kan varetage p-dialyse opgaven. I første omgang foreslås det, at der udarbejdes en investeringscase til overførselsagen med det formål at bruge medfinansieringsmidler til at finansiere Sundheds- og Omsorgsforvaltningens øgede driftsudgifter på serviceområdet. Samtidig bør der arbejdes for at lave en ny og bedre samarbejdsaftale med Region H og med Rigshospitalet".*

Nærværende investeringscase er afledt af Sundheds- og Omsorgsudvalgets bestilling. Pilotprojekt mellem Rigshospitalet og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen fra 2013 – 2015, om delvis overdrage af dialysebehandlingsopgaven viste dog, at den kommunale serviceudgift til varetagelse af assisteret p-dialyse i Københavns Kommune var større end regionens subsidiering: I løbet af projektperioden leverede kommunen assisteret p-dialyse til i alt 23 borgere i eget hjem - regionens subsidiering dækkede ca. 2/3 af kommunens udgifter i forbindelse med opgaven, og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen fik på den baggrund et driftsunderskud på servicerammen. Der er i forvejen økonomisk pres på den kommunale sygepleje, blandt andet på grund af ufinansieret opgaveglidning fra hospitalerne, og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen besluttede i december 2015 at afvikle ordningen om assisteret p-dialyse ved projektets afslutning.

Men: Samtidig med, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen havde et merforbrug på varetagelse af p-dialyseindsatsen, medfører varetagelsen potentielt en årlig besparelse på den kommunale medfinansiering, som samlet overstiger driftstabet på servicerammen. Kommunal medfinansiering ligger dog på rammen for overførsler, hvilket betyder, at besparelsen ikke kan finansiere Sundheds- og Omsorgsforvaltningens udgifter til assisteret p-dialyse. Medfinansieringsproblemstillingen er principiel, idet Sundheds- og Omsorgsforvaltningen forudser, at den også kan komme til at gøre sig gældende i fremtidige opgaveoverdragelser mellem sektorerne på sundhedsområdet, hvor hjemmebehandling i større omfang vil blive muligt for patienterne, eksempelvis på kræftområdet. Det er på baggrund af ovenstående, at denne business case er udarbejdet - i den aktuelle sag er det med andre ord en forudsætning, at mindreforbrug ved overførsler kan anvendes til at finansiere øgede serviceudgifter, i det der ikke er effektiviseringer/besparelser på andre områder.

¹ https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/Organisering-og-planer/planer/_layouts/15/DocIdRedir.aspx?ID=HREGIONH-2234-17

² Ved længerevarende hospitalsindlæggelse, mindskes beløbet.

1.3 FORSLAGETS INDHOLD

Erfaringer for pilotprojektet i 2013- 2015 om assisteret p-dialyse har bl.a. vist, at en effektiv og kompetent opgavevaretagelse grundet en lille og meget varierende patientvolumen forudsætter, at opgaven placeres hos udvalgte, specialiserede medarbejdere. Derfor foreslås det, at der i regi af Sundheds- og Omsorgsforvaltningen etableres et p-dialyseteam med specialiserede sygeplejersker i alle fem lokalområder og i den bydækkende natsygepleje. Når opgaven holdes på få hænder i et p-dialyseteam, kan medarbejderne oparbejde rutine i opgaveløsningen, samtidig med at det er lokale sygeplejersker, der varetager den enkelte borgers dialysebehandling og dermed også kan varetage de øvrige sygeplejeopgaver hos borger. På den måde øges medarbejderkontinuiteten hos borger, og opgaven varetages af medarbejdere med et nært kendskab til borgers ressourcer, og som har en løbende, tæt kommunikation om borgers helbredstilstand med hjemmeplejen i lokalområdet. Lokal opgavevaretagelse giver endvidere mulighed for at tilgodese borgers eventuelle ønsker i forhold til daglige besøgstidspunkter, og opgaven kan integreres på de eksisterende kørelister.

Med etableringen af p-dialyseteamet etableres også ét samlet, bydækkende ansvar. Erfaringer fra pilotprojektet viser nemlig, at et samlet ansvar for opgavevaretagelsen giver bedst mulighed for koordination og effektiv planlægning henover byen. Der sikres et samlet overblik over de til rådighed værende kvalifikationer i alle lokalområder og ét kontaktpunkt i forhold til kommunikation og opfølgning med Rigshospitalet. Idet planlægningen således foregår centralt, mens opgaven varetages lokalt, giver det endvidere mulighed for, at en sygeplejerske fra et andet lokalområde kan varetage en borgers p-dialyse på dage, hvor der ikke er sygeplejersker med specialiserede kompetencer til rådighed i borgers eget lokalområde. Dermed mindskes udgifterne til oplæring, samtidig med at borger sikres en kompetent behandling som følge af den øgede fleksibilitet i opgaveløsningen.

Konkret vil det bydækkende ansvar for opgaveløsningen blive lagt i Lokalområde Amager. Der tilknyttes 46 specialiserede sygeplejersker p-dialyseteamet, hvoraf 6 er fra natsygeplejen, med henblik på at sikre døgndækning. Sygeplejerskerne specialiseres i assisteret p-dialyse på kompetenceforløb af 10-14 timers varighed med henblik på efterfølgende at assistere borgere i hjemmedialyse 7 dage ugentligt. Dialyseopgaven løses ved, at aftensygepleje eller natsygepleje kobler borger til dialysemaskinen, afhængigt af hvornår borger ønsker at gå i seng. Om morgenen kobles borger fra maskinen af dagsygeplejen, natsygeplejen eller evt. borger selv. Det er dagsygeplejen, der har ansvar for at klargøre maskinen til næste brug. Natsygeplejen tager sig af eventuelle natlige alarmer.

Når Københavns Kommune varetager assisteret p-dialyse i borgers hjem, undgår borgerne at skulle i hæmodialyse på Rigshospitalet 3 gange ugentligt, hvilket betyder en reduktion i den medfinansiering Københavns Kommune skal betale Region Hovedstaden. Dette udfoldes i økonomiafsnittet nedenfor.

1.4 ØKONOMI

Der er relativt få borgere, som kan benytte dette tilbud. Antallet er afhængigt af hvor mange borgere, Rigshospitalet tildeler ordination om assisteret p-dialyse i hjemmet. Dette har kommunen ingen indflydelse på.

Forudsætningerne i beregningerne er, at der fra 1. oktober 2017 vil være 6 borgere, som benytter tilbuddet. Fra 1. juli 2018 vil yderligere 6 borgere benytte tilbuddet. Herefter forventes det, at der fra 2019 årligt vil være 12 borgere i gennemsnit, som benytter tilbuddet.

Som beskrevet i det foregående afsnit vil effektiviseringen, der opnås ved dette forslag, være færre udgifter til den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsenet. Besparelsen opnås ved, at borgerne ikke længere får hæmodialyse på Rigshospitalet. Der vil årligt pr. borger blive sparet 156 ambulante besøg (3 ugentlige) med dertil knyttet hæmodialyse. Ud fra de gældende regler for kommunal medfinansiering vil Københavns Kommune spare 890 kr. pr. besøg svarende til 138 t.kr. årligt pr. borger. Til gengæld skal borgere, der får p-dialyse i eget hjem, til kontrol på Rigshospitalet hver sjette uge, svarende til 9 gange årligt. Den kommunale medfinansiering af disse ambulante besøg udgør 1.718 kr. pr. borger svarende til en ekstra årlig udgift på 15 t.kr. Den samlede årlige besparelse ved den kommunale medfinansiering udgør således 123 t.kr. pr. borger pr. år. Det er disse beregninger, som er grundlaget for tabel 1.

Tabel 1. Varige ændringer, overførsler

	1.000 kr. 2017 p/l					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Kommunal medfinansiering	-185	-1.110	-1.481	-1.481	-1.481	-1.481
Varige ændringer totalt, service	-185	-1.110	-1.481	-1.481	-1.481	-1.481

I forhold til varige ændringer i serviceudgifter, så er beregningerne baseret på de beskrevne erfaringer fra pilotprojektet. Generelt regnes der med en timepris på 394 kr., svarende til den pris der anvendes i 2016 som betaling til sygeplejen for de borgere, der fortsat får assisteret p-dialyse i eget hjem³.

Der regnes med, at der skal anvendes 5 timer ugentligt til en bydækkende planlægning og koordinering af indsatsen med virkning fra 1. juli 2017.

Selve driften af indsatsen om assisteret p-dialyse er baseret på, at der skal anvendes 75 min. pr. borger dagligt til varetagelsen af opgaven i borgers hjem. Dette sker i gennemsnit 329 dage årligt. Det anslås ud fra kommunens hidtidige erfaringer med denne patientgruppe, at disse borgere er indlagt på sygehuset ca. 10 % af tiden og derfor ikke modtager hjemmedialyse i disse dage. Derudover er der i gennemsnit regnet med 5 alarmopkald pr. borger årligt. Natsygeplejen bliver kompenseret med 40 minutter pr. alarmopkald. Endelig er der udgifter i forbindelse med klargøring af nyt dialyseudstyr samt indretning af borgernes hjem, når nye borgere skal have opsat udstyret i eget hjem. Der er afsat 5 timer pr. ny borger til dette.

I forhold til oplæring af sygeplejersker til at kunne anvende og servicere dialyseudstyret samt varetage sygeplejefaglig observation og vurdering af borgers samlede helbredstilstand, så deltager de i en teoretisk og praktisk uddannelse på Rigshospitalet. Kommunen betaler ikke for selve uddannelsen, men for frikøb af sygeplejerskerne i tiden, hvor de oplæres. For lokalområdernes sygeplejersker varer uddannelsen 14 timer, og for natsygeplejerskerne varer uddannelsen 10 timer. Der skal uddannes 46 sygeplejersker de to første år. Fra 2018 skal der uddannes 6 årligt for at kompensere for frafald. Derudover skal de uddannede sygeplejersker have efteruddannelse for at vedligeholde deres kompetencer samt opdateres i forhold til

³ Da Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i december 2015 afsluttede pilotprojektet om assisteret p-dialyse fik de borgere, der modtog indsatsen mulighed for at fortsætte denne, ud fra et hensyn til borger. Pr. 1. januar 2017 assisterer kommunen fortsat to borgere med dialyse i eget hjem.

f.eks. ny viden på området. Der regnes med frikøb i 6 timer årligt for lokalområdesygeplejersker og 4 timer årligt for natsygeplejersker fra og med 2019. Udgifterne fra 2018 og frem indgår i de varige serviceudgifter.

I henhold til Samarbejdsaftalen om assisteret p-dialyse, som er indgået mellem Region H og kommunerne, betaler Rigshospitalet 142 t.kr. årligt for de borgere, som Københavns kommune har i assisteret hjemmedialyse. Rigshospitalet betaler dog ikke i de perioder, hvor borgerne er indlagt. Ud fra de hidtidige erfaringer, er disse borgere som nævnt indlagt ca. 10 % af tiden. Derfor bliver den reelle betaling fra Rigshospitalet estimeret på 128 t.kr. årligt pr. borger.

Tabel 2. Varige ændringer, service

	1.000 kr. 2017 p/l					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Planlægning og koordination	51	102	102	102	102	102
Drift af p-dialyse i borgernes hjem	316	1.630	2.173	2.173	2.173	2.173
Uddannelse af sygeplejersker	0	32	122	122	122	122
Betaling fra Rigshospitalet	-192	-1.153	-1.537	-1.537	-1.537	-1.537
Varige ændringer totalt, service	175	611	860	860	860	860

Uddannelsen af de første 46 sygeplejersker sker som nævnt de første to år. Der skal uddannes 20 sygeplejersker fra lokalområderne og 6 sygeplejersker fra den bydækkende Natsygepleje i 2017. I 2018 uddannes yderligere 20 sygeplejersker fra lokalområderne. Som nævnt er der kun udgifter til frikøb i forbindelse med uddannelsen. Udgiften til uddannelse i 2017 og 2018 indgår som en serviceinvestering.

Tabel 3. Serviceinvesteringer i forslaget

	1.000 kr. 2017 p/l						Innovationspulje (Sæt x)
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Uddannelse af sygeplejersker	134	110					
Investeringer totalt, service	134	110	0	0	0	0	

1.5 FORDELING PÅ UDVALG

Indsatsen vedrører kun Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

1.6 IMPLEMENTERING AF FORSLAGET

3Q 2017: Etablering af koordinerende rolle i Lokalområde Amager og indgåelse af aftaler med Rigshospitalet.

4Q 2017– 1Q 2018: Etablering af p-dialyseteam, inkl. udvælgelse af sygeplejersker i lokalområderne, uddannelse af 20 sygeplejersker fra lokalområderne og 6 natsygeplejersker. Igangsættelse af kommunal varetagelse af assisteret p-dialyse i 6 borgers hjem.

2Q 2018: Uddannelse af 20 sygeplejersker fra lokalområderne.

3Q 2018: Varetagelse af assisteret p-dialyse i 9 borgers hjem.

1Q 2019 og frem: Årlig uddannelse af 6 sygeplejersker for at vedligeholde antallet af specialiserede medarbejdere ved frafald.

2Q 2019 og frem: Varetagelse af assisteret p-dialyse i 12 borgeres hjem.

Roller og ansvar fordeles sådan, at det lægelige ansvar for behandlingen samt uddannelse af sygeplejersker ligger hos Rigshospitalet, mens Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er ansvarlig for udførelsen af assisteret p-dialyse i borgers hjem.

Der tages forbehold for, at tidsplanen for varetagelse af indsatsen er afhængig af, at Rigshospitalet anmoder kommunen om at varetage indsatsen for et antal borgere. Dette har kommunen ingen indflydelse på.

1.7 INDDRAGELSE AF SAMARBEJDSPARTNERE

En forudsætning for, at kommunen skal varetage indsatsen om assisteret p-dialyse i eget hjem, er at kommunen modtager ordination på indsatsen fra sygehuslægerne. Rigshospitalet vurderer, at de årligt vil ordinere indsatsen til omkring 20 borgere fra Københavns og Frederiksberg Kommune (der sammen udgør hospitalets optageområde for dialyse). Sundheds- og Omsorgsforvaltningen forventer at afholde møde med Rigshospitalet og aftale nærmere, når vilkårene for den fremtidige varetagelse af opgaven er aftalt i kommunen.

Borgere med kronisk nyresvigt vil blive inddraget på den måde, at de efter lægelig vurdering af deres behov får mulighed for at vælge, hvilken form for behandling der passer bedst ind i deres liv. Om de foretrækker at blive dialyseret på sygehuset, eller hellere vil dialyseres derhjemme.

1.8 FORSLAGETS EFFEKT

Med tilbud om assisteret p-dialyse/etablering af p-dialyseteam understøtter Københavns Kommune Sundhedsaftalens målsætning om, at opgaver løbende flyttes mellem sektorerne i sundhedsvæsenet ud fra hensynet til en effektiv ressourceudnyttelse. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen forventer i forlængelse heraf, at der i fremtiden vil blive indgået flere regionale aftaler om opgaveoverdragelse på sundhedsområdet – at patienter med andre diagnoser som fx kræft, i nær fremtid får mulighed for hjemmebehandling. Kommunens opgaveløsning vedr. assisteret p-dialyse skaber erfaringer, som kommunen kan bruge ved regionens overdragelse af disse opgaver.

For borgere i målgruppen for assisteret p-dialyse i eget hjem vil effekten som nævnt vedrøre et mere skånsomt og hensigtsmæssigt dialyseforløb som følge af, at de ikke skal ud på tre ugentlige liggende sygetransporter til Rigshospitalet - som både er tidskrævende og strabadserende for den i forvejen meget syge og svækkede borgergruppe.

Endelig har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen en række sygeplejefaglige medarbejdere med interesse for nyresygdomme, som får mulighed for at specialisere sig i at varetage assisteret p-dialyse hos borgerne. Erfaringerne fra pilotprojektet er, at de tilknyttede medarbejdere oplever opgaven som spændende med positivt afsmittende effekt på deres medarbejdertilfredshed.

1.9 OPFØLGNING

	Hvordan måles succeskriteriet	Hvem er ansvarlig for opfølgning	Hvornår gennemføres opfølgningen
Etablering af p-dialyseteam i Københavns Kommune	Ca. 12 borgere i målgruppen modtager p-dialyse i eget hjem årligt.	Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Center for Sundhed.	Efteråret 2018, når modellen har eksisteret i et år.

1.10 RISIKOVURDERING

Der kan nævnes to risici for, at besparelsen på medfinansieringen på dialyseområdet – og dermed selve effektiviseringen – ikke kan realiseres:

1. Hvis Rigshospitalet vælger selv at varetage dialyseopgaven for den relevante gruppe borgere, i stedet for at overdrage opgaven til kommunen. I så tilfælde vil kommunen dog heller ikke få udgifter til varetagelse af hjemmedialyse, udover udgiften i forbindelse med uddannelse af medarbejdere.
2. Hvis Rigshospitalet som følge af den mindre aktivitet på dialyseområdet, øger aktiviteten på andre områder, og disse tilbud benyttes af københavnske borgere. Sandsynligheden for denne risiko forøges af det nationale krav om 2 procent årlig produktivetsforøgelse på sygehusene.