

EVALUERING AF SUNDHEDSHUSE



KØBENHAVNS KOMMUNE

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
Sjællandsgade 40
2200 København N.

Telefon: 3366 3366

E-mail: suf@suf.kk.dk

www.kk.dk

INDHOLD

0. Resume

1. Indledning

2. Beskrivelse af politisk godkendt koncept for sundhedshuse

- 2a Baggrund
- 2b Den politiske proces og tidsmæssige udvikling
- 2c Koncept for sundhedshuse
- 2d Etablering af område-sundhedshuse
- 2e Satellit-sundhedshuse
- 2f Etablering af bydækkende sundhedshuse
- 2g Sundhedshusenes økonomi

3. Beskrivelse af opgaver – Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

- 3a Genoptræning
- 3b Patientrettet forebyggelse – rehabilitering til borgere med kronisk sygdom
- 3c Forebyggelse – Borgere med risiko for udvikling af sygdom/social ulighed
- 3d Sygepleje
- 3e Samarbejde med nærområde, frivillige organisationer, patientforeninger
- 3f Monitorering og styring

4. Beskrivelse af opgaver – Øvrige forvaltninger

- 4a Socialforvaltningen: Alkoholrådgivning
- 4b Børne- og Ungeforvaltningen: Sundhedsplejen (business case i Børne- og Ungdomsforvaltningen)
- 4c Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen: Erhvervsrettet genoptræning

5. Beskrivelse af opgaver – Eksterne parter

- 5a Region Hovedstaden
- 5b Almen praksis
- 5c Sygesikringsydere; fysioterapiklinikker, andet

6. Sundhedshusenes økonomi og kapacitet

- 6a Finansiering af sundhedshuse (politiske aftaler)
- 6b Oversigt over budget til aktiviteter i sundhedshuse
- 6c Etablering af sundhedshuse (anlæg og deponering)
- 6d Oversigt over sundhedshusenes ejendomsudgifter
- 6e Placering af træningscentre i sundhedshuse

7. Opsummering, perspektiver og anbefalinger

- 7a Opsummering og perspektiver
- 7b Anbefalinger

Evalueringen peger på, at det i Københavns Kommune har været nødvendigt at opbygge en kommunal infrastruktur på sundhedsområdet, der matcher det opgavesæt og den vækst heri, som kommunerne har stået overfor siden kommunalreformens gennemførelse i 2007.

Udviklingen af et nyt lovpligtigt opgavesæt og tilhørende nye målgrupper har nødvendiggjort en kapacitetsudvidelse og en specialisering, som ikke på tidssvarende vis lod sig rumme inden for de eksisterende rammer på ældreområdet.

Under hensyn til bæredygtigheden fagligt såvel som økonomisk har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen samlet opgaveløsningen af hovedparten af forvaltningens opgaver på sundhedsområdet i sundhedshuse.

Sundhedshusene er ikke alene driftsunderstøttende i forhold til opgaverne i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, men er også fremmende i forhold til samarbejdet om sundhedsydelser på tværs af forvaltningerne i Københavns Kommune og i forhold til de øvrige aktører i sundhedsvæsenet.

På længere sigt peger evalueringen på, at sundhedshuse som struktur i det borgernære sundhedsvæsen vil medvirke til at tage toppen af stigningen i de kommunale sundhedsudgifter ved at bidrage til en mere optimal drift på sundhedsområdet ved at udsat sygdomsprogression og øget funktionsniveau hos borgerne og herigennem at reducere behovet for øvrige kommunale og regionale ydelser.

Det anbefales i evalueringen, at sundhedshuse videreudvikles som det fysiske omdrejningspunkt i det borgernære sundhedsvæsen for dermed at ruste København til, på den mest omkostningseffektive og tidssvarende måde, at udfylde sin rolle i det fremtidige sundhedsvæsen i tråd med de politiske mål i Københavns Kommunes Sundhedspolitik "Længe leve København".

I evalueringen anbefales det, at den politisk godkendte sundhedshusmodel konsolideres i en bydækkende struktur med fem område-sundhedshuse og i tilknytning hertil fem lokale sundhedshus-satellitter i de resterende bydele, baseret på sygeplejeklinikker.

Det anbefales, at rentabiliteten og den faglige bæredygtighed sikres ved etablering af en enstrengt struktur inden for Sundheds- og Omsorgsforvaltningens fem lokalområder, som hver består af to bydele. Således bør de enkelte tilbud i et satellit-sundhedshus altid være fagligt og ledelsesmæssigt koblet op på de tilsvarende tilbud i et område-sundhedshus.

Københavns Kommunes sundhedsprofil samt data vedr. aktiviteter i sundhedshusene viser en stadig stigende udviklingstakt for de sundhedsopgaver, som løses i sundhedshusene. Det er derfor Sundheds- og Omsorgsforvaltningens vurdering, at der bør findes en permanent bevilling til den fortsatte udrulning og drift af de lovpligtige og aftalebestemte opgaver, der varetages i sundhedshuse.

Kapitel 1

I ndledning

1 Indledning

I Københavns Kommune samler sundhedshusene store dele af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens lovpligtige opgaver på sundhedsområdet.

Indsatser i sundhedshuse

Sundhedshusene danner ramme om en række områder defineret af det gældende lovgrundlag og de lovbestemte sundhedsaftaler:

- ✓ **Genoptræning**
- ✓ **Rehabilitering ved kronisk sygdom**
- ✓ **Sygepleje**
- ✓ **Forebyggelse**

Sund vækst

Lovgivning og sundhedsaftaler stiller skærpede krav om, at kommunen skal levere individuelle tilbud til borgere i alle aldersgrupper. Den brede målgruppe fordrer, at indsatserne tilrettelægges indenfor tidssvarende fysiske rammer, der kan rumme en stigende yngre målgruppe, og som kan spille sammen med Københavns Kommunes ambitioner i forhold til sund vækst.

Lovgrundlag

Det regulative grundlag for opgaverne er dels sundhedsloven §119 og §140 og ændringer heri i relation til kommunalreformen i 2007, dels servicelov §86 og endelig Sundhedsaftale 2011-2014 indgået mellem region og kommune og godkendt af Borgerrepræsentationen.

Tilrettelæggelsen af de lov- og aftaleforankrede opgaver sker gennem en systematisk vurdering af de enkelte ydelser i forhold til kendt viden om effekt samt styring på indhold og produktion med henblik på optimal økonomisk drift.

Målsætning

Strategien vedr. det borgernære sundhedsvæsen og koncept for udrulning af sundhedshuse blev politisk vedtaget juni 2009¹. Her fremgår det, at:

- ✓ **Sundhedshusene skal være med til at forbedre sundheden for københavnere i alle aldre og samfundslag, og være det naturlige sted at henvende sig, når det handler om de sundhedstilbud, der ligger uden for hospitalerne.**
- ✓ **Et sundhedshus i hver bydel skal udgøre grundlaget for udviklingen af infrastrukturen i det primære sundhedsvæsen.**

Målet er, at det kommunale sundhedsvæsen økonomisk såvel som fagligt tilrettelægges på den mest effektive måde i forhold til de opgaver, kommunen løser. Samtidig skal den langsigtede bæredygtighed på området sikres gennem de grundlæggende strukturer, der igennem mange år er blevet opbygget og fortsat udvikles i dag.

Budget 2011: Evaluering af sundhedshuse

I budget 2011 blev parterne enige om at afsætte midler til etablering af endnu et sundhedshus i lokalområde Nørrebro-Bispebjerg, samt at iværksætte en evaluering af de eksisterende sundhedshuse.

¹ Jf. indstilling om Strategi for det nye borgernære sundhedsvæsen og indstilling om Udrulning af sundhedshuse; begge af 25. juni 2009.

I "København i Vækst – Overførselssag 2011" for regnskab 2010, er der, afhængig af nærværende evaluering, desuden afsat midler til etablering af et sundhedshus på Østerbro/Indre by.

Dette er baggrunden for nærværende evaluering af sundhedshuse i Københavns Kommune.

Kapitel 2

Beskrivelse af politisk godkendt koncept for sundhedshuse

2 Beskrivelse af politisk godkendt koncept for sundhedshuse

Københavns Kommunes sundhedshuse er et udtryk for en ny kommunal rolle i sundhedsvæsenet. Sundhedshusene giver kommunen en platform for at hjælpe de målgrupper, som særligt skal have gavn af den ændrede ansvarsfordeling i sundhedsvæsenet.

Det drejer sig om borgere med kronisk sygdom - og borgere i risiko for at udvikle kronisk sygdom, borgere der har brug for træning og genoptræning og borgere med behov for sygepleje.

2a Baggrund

Københavns Kommunes historie som både amt og primær kommune var i årene frem mod kommunalreformen med til at skabe grundlaget for en række unikke erfaringer i forhold til kommunernes rolle i sundhedsvæsenet. De tidlige erfaringer på Østerbro med rehabilitering af kronisk sygdom i en kommunal kontekst, styrkede fokus på forebyggelse i kommunen og det tværgående samarbejde med Københavns hospitaler allerede forud for kommunalreformen i den tidligere H:S struktur. Tilsvarende løste kommunen genoptræningsopgaven indenfor serviceloven og leverede sygepleje til borgerne.

Kommunerne har som led i kommunalreformen generelt fået større ansvar for og mere indflydelse på det samlede sundhedsvæsen. Dels gennem flere og nye driftsopgaver og dels gennem medfinansiering af aktiviteten på hospitalerne.

Både før og efter 2007 er der således bygget videre på de særlige erfaringer på sundhedsområdet, der blev grundlagt ved placeringen af amtslige forebyggelsesopgaver i Københavns Kommune.

De kommunale sundhedsopgaver er siden 2007 vokset kontinuerligt:

- ✓ På **genoptræningsområdet** som følge af kommunalreformens opgaveoverdragelse fra hospital til kommune, og som følge af den fortsatte vækst i almene genoptræningsplaner fra hospitalerne.
- ✓ På området med **kronisk sygdom** som følge af nye arbejdsdelinger med hospitalerne og en stadig voksende andel af borgere med kronisk sygdom.
- ✓ På **sygeplejeområdet** som følge af øget specialisering på hospitalerne, stadig hurtigere udskrivning, fokus på forebyggelse af indlæggelser og på komplekse forløb i forhold til ældre medicinske patienter.

Udviklingen har gjort det nødvendigt løbende at se på planlægningen af tilbud og de fysiske rammer for tilbuddene med udgangspunkt i de eksisterende lokaliteter - først og fremmest for at imødekomme de aktuelle kapacitetsbehov i de lovbundne opgaver.

Dernæst har udviklingen også nødvendiggjort etableringen af mere tidssvarende rammer for de kommunale sundhedstilbud, der efter

kommunalreformen i stigende grad retter sig mod hele befolkningen og derfor ikke som tidligere kan rummes inden for den eksisterende struktur på ældreområdet som fx plejehjem.

Endelig tilsiger udviklingen på sundhedsområdet, at der i den nutidige planlægning skal ske en fremtidssikring af den kommunale infrastruktur i forhold til væksten i udgifter og opgaver.

Denne funktionsplanlægning har i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen resulteret i en samling af eksisterende og nye opgaver i sundhedshuse.

Forventet effekt af sundhedshuse

57% af københavnere har i dag mindst én **kronisk sygdom**, og flere og flere vil i årene fremover leve stadig længere med en kronisk sygdom. Mange af de kroniske sygdomme er livsstilsrelaterede. En ny undersøgelse viser, at Københavns Kommune hvert år har en merudgift på 26.000 kr. for hver borger med kronisk sygdom i forhold til borgere uden kronisk sygdom. Heri indgår udgifter til kommunens egne ydelser, overførselsindkomster samt regionale ydelser.

Flere opgaver flytter i medfør af sundhedsaftalerne fra hospitalerne ud i kommunerne, og udviklingen i antallet af **genoptræningsplaner** er endnu ikke på vej til at flade ud efter en eksplosiv vækst i de første år efter kommunalreformen. Samtidig betyder den demografiske udvikling en vækst i antallet af borgere, som kommunen skal betjene. Borgerprofilen ændres så der kommer flere ældre, herunder især yngre ældre, hvor det er særligt relevant med en forebyggende indsats. Dermed vil de kommunale sundhedsudgifter til sundheds- og omsorgsydelser, **medfinansiering** af regionale ydelser og overførselsindkomster fortsat stige.

Udviklingen i volumen og indhold i de kommunale sundhedsopgaver gør, at det i stigende grad er nødvendigt at professionalisere det samlede set-up omkring opgaveløsningen, og udnytte de muligheder for synergi, som opgavesættet rummer - fagligt såvel som driftsøkonomisk.

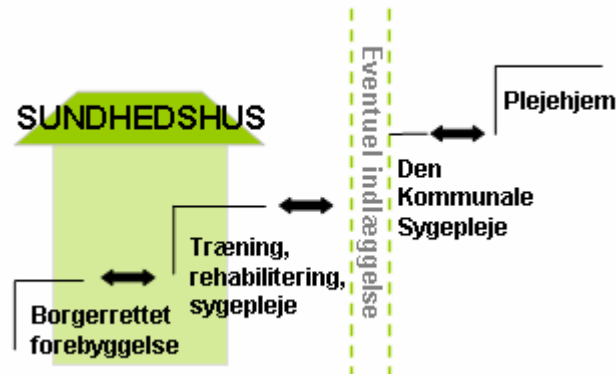
Etableringen af sundhedshuse er et udtryk for en samlet optimering af det borgernære sundhedsvæsen med henblik på at bremse udgiftsudviklingen i årene fremover.

Målet er at reducere eller udsætte træk på både kommunale og regionale ydelser gennem:

- ✓ Forbedring af borgernes funktionsniveau
- ✓ Forebyggelse af livsstilssygdomme
- ✓ Øget mestring af egen sygdom

Figur 2.1 på næste side illustrerer, hvorledes indsatserne i sundhedshuset udskyder behovet for andre kommunale og regionale ydelser.

Figur 2.1: Sundhedshuset som en udsættende faktor i forhold til fremtidige udgifter i det kommunale sundhedsvæsen



I 2004 opstartede udviklingsprojektet; "Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge" (SIKS)², der var et samarbejdsprojekt mellem Bispebjerg Hospital, de praktiserende læger på Østerbro og Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning, herunder Sundhedscenter Østerbro hvor den kommunale rehabilitering foregik.

Samarbejdet tog udgangspunkt i eksisterende evidens og erfaringerne viser, at kommunal rehabilitering virker. Borgere, der gennemførte et rehabiliteringsforløb i Sundhedscenter Østerbro, opnåede signifikant forbedret fysisk funktionsevne. Størrelsen af effekten af rehabiliteringen var sammenlignelig med resultater opnået i andre studier i hospitalsregi. Det er bl.a. disse erfaringer de nuværende rehabiliteringsforløb i sundhedshusene bygger på.

I sundhedshusene har det været muligt at skabe de rigtige rammer for implementering af forløbsprogrammer for rehabilitering, effektiv anvendelse af ressourcer og konstant tilpasning i forhold til opgavesættet.

2b Den politiske proces og tidsmæssige udvikling

Udviklingen frem mod en struktur med sundhedshuse som det fysiske omdrejningspunkt for det borgernære sundhedsvæsen afspejler den løbende tilpasning i Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opgavesæt.

De politiske drøftelser har været kendetegnet ved i hele forløbet at have fokus på:

- ✓ En fremrykket forebyggelsesindsats overfor borgerne.
- ✓ Effektiv driftsoptimering af opgaveløsningen på et økonomisk forsvarligt grundlag.
- ✓ Sammenhæng i borgernes forløb mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, almen praksis og hospital og andre kommunale aktører, herunder afklaring af arbejdsdelingen.

² Borg et. al. Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge – Evaluering af et samarbejdsprojekt mellem Bispebjerg Hospital, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune og praktiserende læger på Østerbro. Københavns Kommune 2008.

Etableringen af sundhedshuse har således siden beslutningen i 2004 udviklet sig i følgende orden, som beskrevet i tabel 2.1.

Tabel 2.1: Historisk udvikling og politiske beslutninger om sundhedshuse

Historisk udvikling af sundhedshuse		Politiske beslutninger
2005	Forebyggelsescenter Østerbro ³	SOU 21. oktober 2004
2006	Ryg- og Genoptræningscenter København	SOU 21. oktober 2004
2006	Principbeslutning om udrulning af forebyggelsescentre til hele byen 'i tæt og koordineret samarbejde med almen praksis, hospitalerne, ældreområdet og træningscentrene i lokalområdet'.	SOU 23. februar 2006
2007	Forebyggelsescenter Nørrebro	SOU 10. august 2006
2007	Sundhedscenter for Kræftramte (i et samarbejde med Kræftens Bekæmpelse)	SOU 31. marts 2005 SOU 24. april 2008 (varig drift)
2009	Sundhedshus Vesterbro-Kgs. Enghave , herunder åbning af Forebyggelsescenter Vesterbro-Kgs. Enghave	SOU 18. december 2008 BR 10. juni 2009 (godkendelse af lejekontakt) Budgetaftale 2010 (driftsmidler) SOU 19. august 2010 (tilbud for fysisk inaktive børn og unge)
2009	Principbeslutning om etablering af 10 sundhedshuse. Faseopdelt startende med fem område-sundhedshuse - ét i hvert af forvaltningens lokalområder (bestående af to bydele). Sundhedshuse som fundament i <i>Strategi for det borgernære sundhedsvæsen</i>	SOU 25. juni 2009
2010	Beslutning om at sygepleje fortrinsvis leveres på klinik, som led i strategi for Fremtidens sygepleje	SOU 29. april 2010
2010	Sundhedshus Amager , herunder åbning af Forebyggelsescenter Amager	SOU 31. marts 2005 BR 15. januar 2009 (godkendelse af lejekontakt, inklusiv forebyggelsescenter) Budgetaftale 2010 (driftsmidler)
2011	Sundhedshus Vanløse , herunder åbning af Forebyggelsescenter Vanløse	Budgetaftale 2010 BR 11. februar 2010 (godkendelse af lejekontakt)
2011	Neurologi- og Rehabiliteringscenter København (i et samarbejde med Socialforvaltningen)	SOU 16. december 2010
2011	Beslutning om etablering af Sundhedshus Nørrebro + evaluering af sundhedshuse	Budgetaftale 2011
2011	Beslutning om etablering af Sundhedshus Østerbro	Overførselssag for regnskab 2010

³ Forebyggelsescentre hed tidligere sundhedscentre, men skiftede navn i 2009.

2c Koncept for sundhedshuse

I 2009 blev det politisk besluttet, at sundhedshuse skal være omdrejningspunkt for udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen, og at Sundheds- og Omsorgsforvaltningens driftsfunktioner på sundhedsområdet placeres i sundhedshuse under hensyn til:

- ✓ Faglig bæredygtighed
- ✓ Volumen i opgaveløsningen
- ✓ Patientsikkerhed
- ✓ Værdi for borgeren
- ✓ Rentabilitet

Fastlæggelsen af konceptet for sundhedshuse afspejlede udviklingen fra de første erfaringer med etableringen af Forebyggelsescenter Østerbro i 2005.

Konceptet opererer med tre typer sundhedshuse, differentieret på baggrund af ovenstående kriterier, herunder det nødvendige befolkningsgrundlag for tilbud indeholdt i sundhedshuse.

1. **Område-sundhedshuse** (befolkningsgrundlag = 100.000 borgere)
2. **Satellit-sundhedshus** (befolkningsgrundlag < 100.000 borgere)
3. **Bydækkende sundhedshuse** (befolkningsgrundlag > 100.000 borgere)

Beslutningen indebar, at første fase omfattede etablering af fem område-sundhedshuse, mens der i næste fase skal etableres sundhedshuse i de resterende bydele (satellit-sundhedshuse); 10 sundhedshuse i alt.

2d Etablering af område-sundhedshuse

Det estimerede befolkningsgrundlag for de enkelte tilbud i område-sundhedshuset baseres på en faglig og driftsmæssig vurdering. Samtidig er antallet af faciliteter afstemt efter ønsket om at kunne levere en kontinuerlig drift, uden at enhederne bliver for små og dermed sårbare.

Område-sundhedshuset er bygget op efter følgende tre-delning (se også figur 2.2):

1. Sundheds- og Omsorgsforvaltningens egne tilbud
2. Sundhedstilbud fra andre forvaltninger i Københavns Kommune
3. Andre aktører i sundhedsvæsenet

1. Sundheds- og Omsorgsforvaltningens egne sundhedstilbud

Genoptræningsopgaven og rehabilitering af borgere med kronisk sygdom fordrer et befolkningsgrundlag på ca. 100.000 borgere og udgør sammen med sygeplejeklinikerne og den borgerrettede forebyggelse kernen i et område-sundhedshus.

Forventningen om det øgede antal genoptræningsforløb fordelt på de enkelte specialer samt ønsket om at levere størstedelen af træning som holdtræning, tilsiger et større volumen for genoptræningsopgaven, end de tidligere faciliteter kunne rumme.

Tilsvarende skal der være et vist antal borgere med de kroniske sygdomme kronisk Obstruktiv lungesygdom (KOL), diabetes type 2 og hjertesygdom, for at personalet på de enkelte forebyggelsescentre får den nødvendige erfaring og spidskompetence vedr. eksempelvis håndtering af borgere med KOL, og kan planlægge effektive forløb samt håndtere de faglige udfordringer, som de enkelte forløb rummer. Indsatserne uddybes i afsnit 3.

Tabel 2.2: Basistilbud i område-sundhedshuse

**Forebyggelsescenter
Træningscenter
Sygeplejeklinik**

Hertil kommer at indplaceringen af tilbud i de enkelte sundhedshuse løbende har taget udgangspunkt i aktuelle behov og muligheder for Sundheds- og Omsorgsforvaltningens øvrige driftsopgaver, hvorfor nogle af sundhedshusene også indeholder eksempelvis medarbejdere der varetager forebyggende hjemmebesøg, aktivitetscentre og lokal myndighedsfunktion.

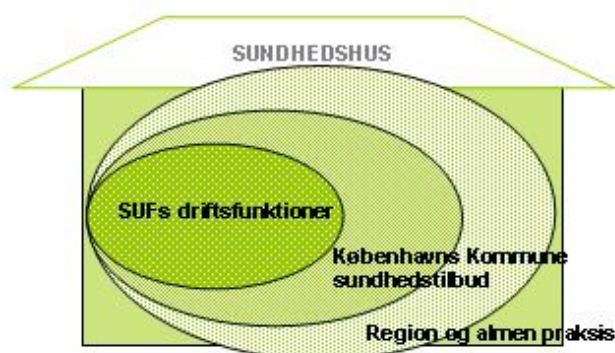
2. Sundhedstilbud fra andre forvaltninger i Københavns Kommune

Foruden Sundheds- og Omsorgsforvaltningens egne tilbud er sundhedshusene også oplagt som kommunal kapacitet for en række af de andre forvaltningers driftstilbud på sundhedsområdet. Her er der naturlige samarbejdsflader på børneområdet omkring tilbud til overvægtige børn og sundhedsplejen, på alkoholområdet, og på beskæftigelsesområdet vedrørende indsats overfor kronisk syge borgere på sygedagpenge. Disse tilbud uddybes i afsnit 4. Med overførselssagen i forbindelse med regnskab 2010, hvor det bl.a. blev besluttet at sundhedshusene skulle evalueres, er Børne- og Ungdomsforvaltningen blevet bedt om at vurdere mulighederne ved indplacering af sundhedspleje i sundhedshusene fremadrettet.

3. Andre aktører i sundhedsvæsenet

Endelig er sundhedshusene også en fremtidssikring af opgaveløsningen. Den fortsatte udvikling i sundhedsvæsenet med flere opgaver til kommunerne øger behovet for tæt samspil med både region og almen praksis. Sundhedshuse er her en platform for at udvikle nye samarbejdsmodeller med disse aktører. Dette samarbejde uddybes i afsnit 5.

Figur 2.2: Tilbud i Sundhedshusene



Status for område-sundhedshuse

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i dag tre område-sundhedshuse i drift og to område-sundhedshuse på vej:

- ✓ Sundhedshus Vesterbro-Kgs. Enghave
- ✓ Sundhedshus Amager
- ✓ Sundhedshus Vanløse
- ✓ Sundhedshus Nørrebro etableres forår 2013. Forebyggelsescenter Nørrebro er etableret 2007 og vil indgå i det kommende sundhedshus
- ✓ Beslutning om et sundhedshus på Østerbro. Her er en række af sundhedshusenes kernetilbud allerede i dag samlokaliseret på én adresse.

Tilbuddene i sundhedshusene samt de samlokaliserede enheder på Østerbro fremgår af tabel 2.3 på næste side.

Tabel 2.3: Status for funktioner i område-sundhedshuse

	Sundhedshus Vesterbro-Kgs. Enghave	Sundhedshus Amager	Sundhedshus Vanløse	Østerbro; samlokaliserede tilbud	Sundhedshus Nørrebro – under planlægning
	Forebyggelsescenter Træningscenter Sygeplejeklinik	Forebyggelsescenter Træningscenter Sygeplejeklinik	Forebyggelsescenter Træningscenter Sygeplejeklinik	Forebyggelsescenter Træningscenter Sygeplejeklinik	Forebyggelsescenter Træningscenter Sygeplejeklinik
SUF	✓ Indsats i forhold til social ulighed i sundhed	✓ Indsats i forhold til social ulighed i sundhed			✓ Indsats i forhold til social ulighed i sundhed
	✓ Medarbejdere der varetager forebyggende hjemmebesøg	✓ Medarbejdere der varetager forebyggende hjemmebesøg ✓ Den kommunale hjemmesygepleje ✓ Hjemmepleje	✓ Medarbejdere der varetager forebyggende hjemmebesøg ✓ Den kommunale hjemmesygepleje	✓ Medarbejdere der varetager forebyggende hjemmebesøg ✓ Den kommunale hjemmesygepleje ✓ Hjemmepleje ✓ Aktivitetscenter	
	✓ Aktivitetscenter		✓ Aktivitetscenter ✓ Lokal myndighed	✓ Specialiseret genoptræning vedr. håndkirurgi	✓ Ryg- og Genoptræningscenter København
			✓ Projekt for motionsvante børn og unge		
Andre Forvaltninger	✓ Børnevægts-Center (samarbejde med Sundheds- og Omsorgsforvaltningen)	✓ Socialforvaltningens alkoholfunktion			✓ Inkontinens-klinik (samarbejde med Socialforvaltningen). Er under overvejelse og indgår som budgetønske i budget 2012.
Aktører udenfor KK	✓ Der er kontakt til yngre læger, der ønsker at flytte ind i sundhedshuset fra foråret 2012	✓ En praktiserende læge forventes at flytte ind per 1. august 2011	✓ To praktiserende læger ✓ Pt 370 kvadratmeter der skal udlejes i foråret 2011 evt. til flere praktiserende læger	✓ Der i dag ikke plads til eventuelle sygesikringsydere	✓ Forhandlinger pågår om indflytning af op til fem praktiserende læger
	✓ Jordemoderfunktion fra Hvidovre Hospital		✓ Vanløse Fysioterapi		✓ Overvejelser om telemedicinsk indsats på diabetes (samarbejde med Bispebjerg)

Satellit-sundhedshus

I arbejdet med udrulningen af sundhedshuse er modellen løbende blevet overvejet med henblik på at sikre de bedste rammer for den samlede opgaveløsning på sundhedsområdet. Herunder hvordan nærhed og tilgængelighed til kommunens sundhedstilbud sikres.

Jf. afsnit 2d er den politisk godkendte sundhedshusmodel på vej til at blive konsolideret i en bydækkende struktur med fem område-sundhedshuse. Næste fase rummer udbygningen med fem lokale sundhedshus-satellitter i de resterende bydele, hvor der ikke er område-sundhedshuse.

Satellit-sundhedshusene baseres på opgaver, der kan drives fagligt og økonomisk effektivt med et befolkningsgrundlag på mindre end 100.000 borgere, eller hvor særlige forhold omkring tilgængelighed og ulighed i sundhed tilsiger det. Dermed følges det politisk godkendte koncept om sundhedshuse fra juni 2009.

Opgavemæssigt drejer det sig primært om:

Sygeplejeklinikker
Borgerrettet forebyggelse
Sundhedsrådgivning
Praktiserende læger
Øvrige sygesikringsydere
Patientforeninger

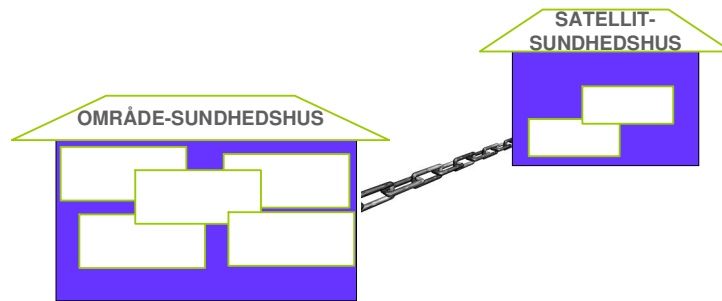
Sundhedsplejen har ligeledes været overvejet indplaceret i satellit-sundhedshuse. Børne- og Ungeforvaltningen har udarbejdet en business case vedrørende potentialerne ved sundhedsplejen i sundhedshuse⁴.

Business casen peger på, at sundhedsplejen på Vesterbro og Vanløse netop er flyttet til nye lokaliteter, og at det derfor vil være u hensigtsmæssigt at flytte igen i den nærmeste fremtid. Generelt for sundhedsplejen vurderes det desuden, at løsningen vil blive dyrere end de nuværende løsninger. Sundhedsplejen har i dag med deres nuværende placering i Børne- og Ungeforvaltningens områdeforvaltninger stort nytte af et fagligt fællesskab. Business casen peger altså på, at der ikke umiddelbart er det store potentiale i at indplacere sundhedsplejen i sundhedshuse. Der peges samtidig på, at en del af de udgående borgerrettede funktioner kan foregå i sundhedshuset. Der arbejdes videre med sagen i det pågældende direktørforum.

Det anbefales, at rentabiliteten og den faglige bæredygtighed i satellit-sundhedshusene sikres ved etablering af en enstrengt struktur inden for Sundheds- og Omsorgsforvaltningens fem lokalområder. Således bør tilbuddene i et satellit-sundhedshus altid være fagligt og ledelsesmæssigt koblet på de tilsvarende tilbud i et område-sundhedshus jf. figur 2.3. I dag drives tilbud til motionsuvante børn i Brønshøj fx med ledelse i Sundhedshus Vanløse.

⁴ Business case om flytning af sundhedsplejersker til Sundhedshuse. Udarbejdet til Økonomiforvaltningen af Børne- og Ungdomsforvaltningen

Figur 2.3: Sammenkobling af område-sundhedshus til satellit-sundhedshus



Placeringen af satellit-sundhedshusene følger bydelstrukturen, således at der placeres satellitter i de bydele, der ikke har et område-sundhedshus. Opkoblingen på område-sundhedshusene følger Sundheds- og Omsorgsforvaltningens lokalområdestruktur. Den konkrete lokalisering skal ske under hensyntagen til demografien i forhold til ældre borgere, særligt udsatte boligområder og transportforhold.

2f Etablering af bydækkende sundhedshuse

Med henblik på at sikre den nødvendige kvalitet i opgaveløsningen fordrer en række sundhedsopgaver en volumen, der tilsiger at opgaverne kun løses ét sted i byen.

Disse tilbud skal placeres i bydækkende sundhedshuse med hver sin specialiserede profil:

- ✓ Rehabilitering til borgere med kræft
- ✓ Genoptræning på rygområdet
- ✓ Neurologi

Som for område-sundhedshuse kan disse tilbud suppleres med andre sundhedstilbud med udgangspunkt i perspektiver for faglig synergi, optimering af driften og desuden aktuelle behov og kapacitets- og lokalemæssige muligheder.

Status for etableringen af bydækkende løsninger for disse specialområder fremgår af tabel 2.4 på næste side.

Tabel 2.4: Status for bydækkende Sundhedshuse

Sundhedscenter for Kræftramte*	Neurologi- og Rehabiliteringscenter København (NRK) i samarbejde med Socialforvaltningen	Ryg- og Genoptræningscenter København (RGK)
<p>Bydækkende tilbud om rehabilitering til borgere med kræft.</p> <p>Samarbejde med Kræftens Bekæmpelse, der varetager patientrådgivning.</p> <p>Tilbudet er tværsektorielt og tværfagligt og omfatter bl.a. kostvejledning, rygestop, fysisk træning, samtalegrupper og patientundervisning om bl.a. senfølger og bivirkninger efter sygdom og behandling, sociale, fysiske, seksuelle og psykiske problemstillinger.</p>	<p>Bydækkende tilbud om genoptræning til borgere med apopleksi og andre neurologiske skader</p> <p>NRK blev oprettet som en samlokalisering af genoptræning og rehabiliteringsophold indenfor neurologien. Det er et tilbud til borgere i alle aldersgrupper, og oprettet som et samarbejde med Socialforvaltningen, hvor deres borgere under 65 år også får tilbudet.</p>	<p>Bydækkende tilbud om udredning og genoptræning til borgere med ryg- og nakkelidelser henvist fra almen praksis og jobcenter samt genoptræning af borgere med muskel-/ skeletlidelser.</p> <p>Tilbudet på ryg- og nakkeområdet har fokus på tværfagligt samarbejde ved speciallæge i reumatologi, fysioterapeut, kiropraktor og socialrådgiver.</p>
<p>Sundhedscenter for Kræftramte er i dag placeret i lokaler på Ryesgade. Fra sommer 2011 flytter tilbudet ind i et nybygget hus på Nørre Allé, hvorved kapaciteten øges fra 1.000 borgere i 2011 og op til 1.400 borgere i 2014.</p>	<p>Den ambulante neurologi var tidligere placeret på Træningscenter Nørrebro. 1. april 2011 blev NRK oprettet og placeret på Rehabiliteringscenter Hasselbo.</p>	<p>RGK er i dag placeret i lokaler på Hans Knudsens Plads. I forbindelse med etableringen af det kommende sundhedshus på Nørrebro/ Bispebjerg primo 2013 samlokaliseres RGK med Forebyggelsescenter Nørrebro og sygeplejeklinik.</p>

* Sundhedscenter for Kræftramte ændrer navn til Kræft og Sundhed København i forbindelse med indflytningen i nye lokaler i 2011.

** Neurologi- og Rehabiliteringscenter København har kapacitet til 15 pladser til borgere under 65 år fra Socialforvaltningen og syv pladser til Sundheds- og Omsorgsforvaltningens borgere over 65 år.

2g Sundhedshusenes økonomi og kapacitet

Sundhedshusene udgør den nødvendige fysiske kapacitet for placering af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens lovbundne kommunale sundhedsopgaver.

Driftsopgaven vedrørende patient- og borgerrettet forebyggelse i forebyggelsescentre placeret i sundhedshusene er finansieret gennem midler tilført med budgetaftaler. Sundheds- og Omsorgsudvalgets samlede driftsbudget i 2011 til forebyggelsescentrene udgør i alt 45,4 mio. kr. Heraf udløber de 22,4 mio. kr. ultimo 2013, idet de blev givet som midlertidig bevilling til sundhedshuse i budgetaftale 2010. De resterende 23 mio. kr. stammer fra varige bevillinger fra tidligere budgetter.

I sundhedshusene er der også placeret bl.a. træningscentre, hvor træning efter serviceloven og sundhedsloven varetages. Førstnævnte var tidligere placeret på en række forskellige plejehjem. Finansieringen af sidstnævnte sker via midler tilført Sundheds- og Omsorgsudvalget i forbindelse med kommunalreformen, hvor opgaven overgik til kommunen. Det samlede driftsbudget til træningscentre i sundhedshusene udgør 39,9 mio. kr.

Sundhedshusene indebærer en udvidelse af det samlede areal til kommunale forebyggelses- og træningstilbud bl.a. som følge af øgede krav i sundhedsaftalerne med regionen. En udvidelse begrundet i et fortsat stigende antal forebyggelses- og træningsforløb. Derudover løser etableringen af sundhedshusene udfordringen mht. at genplacere og udvide træningscentrene i nye, mere tidssvarende lokaler, som følge af lukning af plejehjem (hvor træningscentrene hidtil har været placeret) med henblik på modernisering.

Kapitel 3

Beskrivelser af opgaver – Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

3 Beskrivelse af opgaver – Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

I nærværende afsnit beskrives de enkelte tilbud i sundhedshusene, herunder genoptræning, patientrettet forebyggelse, sygepleje og borgerrettet forebyggelse.

3a Genoptræning

Genoptræning er lovbundet i to lovsystemer:

- ✓ Genoptræning efter sundhedsloven (§140)
- ✓ Genoptræning efter serviceloven (§86)

Jf. sundhedsloven har hospitalet det lægefaglige ansvar for at udarbejde genoptræningsplan. Kommunen har ikke indflydelse herpå og dermed heller ikke på det overordnede aktivitetsniveau.

Formålet med genoptræning er:

At sikre borgerne en professionel, sammenhængende og effektiv genoptræning, så de hurtigst muligt igen er i stand til at mestre eget liv.

Juridisk ophæng

Myndighedsansvaret for al genoptræning, der ikke foregår under sygehusindlæggelse, er samlet i kommunerne. Genoptræningsopgaven er lovbunden via sundhedslov og servicelov og varetages primært af forvaltningens træningscentre.

Politiske mål og aftaler

Sundhedslov og servicelov

Sundhedsloven skelner mellem specialiseret og almen genoptræning. Specialiseret genoptræning skal leveres på hospital og almen genoptræning skal leveres i kommunalt regi. Begge finansieres af kommunen, men kommunen har ikke indflydelse på antallet af genoptræningsplaner fra sundhedsloven.

Via sundheds- og servicelov er der politisk fastlagte mål for, hvor længe en borger maksimalt må vente på opstart af genoptræning.

- ✓ For genoptræning efter sundhedsloven gælder, at der maksimalt må gå 15 hverdage, fra kommunen har modtaget genoptræningsplanen til opstart af genoptræningsforløbet. I særlige tilfælde må der maksimalt gå 7 hverdage.
- ✓ For genoptræning efter serviceloven gælder, at der maksimalt må gå 20 dage fra borgerens første kontakt til opstart.

Sundhedsaftale

I de lovbundne sundhedsaftaler fastlægges arbejdsdelingen på træningsområdet mellem region og kommune. Der samarbejdes med Region Hovedstaden ud fra de nationale udmeldinger om, at mest mulig genoptræning skal udlægges til kommunerne.

Baggrunden for at give kommunerne det samlede myndighedsansvar for genoptræning efter indlæggelse, er blandt andet, at sundhedstilbuddene i højere grad skal sammentænkes med de øvrige kommunale sundheds- og omsorgsopgaver. Overordnet set effektiviseres opgaven ved at overgå fra stationær til ambulans genoptræning, og der opnås samtidig driftsfordele i sundhedsvæsenet, samt for borgernes helbred ved hurtigere udskrivelse fra hospitalerne.

I regi af sundhedsaftalerne er der udarbejdet cases på genoptræning efter sundhedsloven for dermed at tydeliggøre de faglige kriterier og sondringer mellem almen og specialiseret ambulans genoptræning.

Internt i Københavns Kommune har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen en aftale med Beskæftigelses og Integrationsforvaltningen om hurtig udredning af borgere med ryg-problemer for at sikre deres fastholdelse på arbejdsmarkedet.

Visitation/ henvisning

Dette afhænger af, hvilken lov opgaven er bundet op på:

Genoptræning efter sundhedsloven (§140)

Lægen/hospitalet, har ansvaret for lægefagligt at vurdere genoptræningsbehovet og udarbejde en genoptræningsplan. Kommunen har ikke indflydelse på antallet af genoptræningsplaner.

Genoptræning efter serviceloven (§86)

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har pligt til, efter en konkret individuel vurdering, at tilbyde genoptræning af borgere over 65 år som i forbindelse med funktionstab ikke har været behandlet på hospital. Borgeren, hjemmepleje, egen læge mv. kan anmode om genoptræning.

Målgruppe

- ✓ Alle borgere fra 0 år og opefter, jf. genoptræning efter sundhedsloven §140.
- ✓ Borgere over 65 år, jf. genoptræning efter serviceloven §86.
- ✓ Målgruppen rummer derfor også borgere som kan have tilhørsforhold i andre forvaltninger, fx børn, handicappede og erhvervsaktive.

Volumen og udviklingstendenser

Med kommunalreformen ændredes rammerne for træningsopgaven i kommunerne, hvilket påvirkede volumen i opgaven i kommunen. Før kommunalreformen (bundet op på servicelov) omfattede træningsopgaven:

- ✓ Kun + 65 årige
- ✓ Genoptræning af geriatriske borgere over 65 år

✓ Rygområdet

Efter kommunalreformen (bundet op på både sundhedslov og servicelov) omfattede træningsopgaven, som skal leveres i kommunen efter servicelov og sundhedsloven:

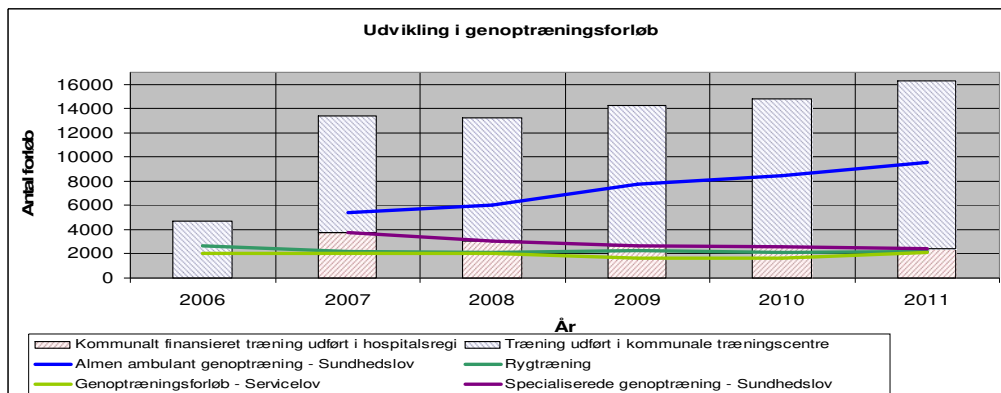
- ✓ Genoptræning af geriatriske borgere over 65 år
- ✓ Vedligeholdende træning af borgere over 65 årige
- ✓ Genoptræning af alle aldersgrupper
- ✓ Geriatri
- ✓ Rygområdet
- ✓ Benamputation
- ✓ Neurologi
- ✓ Gynækologi
- ✓ Håndkirurgi
- ✓ Ortopædkirurgi

Jf. sundhedsloven er hospitalerne myndighed på tildeling af planer til borgerne. Hospitalslægen skal vurdere, om der er et lægefagligt behov for genoptræning ved udskrivning. Det betyder i praksis, at hospitalslægen kan henvise udelukkende ud fra en faglig vurdering uden at skulle tage hensyn til den økonomiske ramme.

Kommunen har dermed ikke indflydelse på antallet af genoptræningsplaner, og har desuden ikke indflydelse på indhold og omfang af den specialiserede genoptræning. Kommunen har dog indflydelse på indhold og omfang af den almene ambulante genoptræning, da den foregår i kommunalt regi.

Siden kommunalreformen er der generelt sket en gradvis ændring fra specialiseret til almen genoptræning. Af den samlede træning på hospitalerne i 2007 var 41% specialiseret genoptræning, mens 59% var almen ambulant genoptræning. I 2010 var bare 23% specialiseret genoptræning, mens andelen af almen ambulant genoptræning steg til 77%. Samtidig er der sket en opadgående udvikling i det samlede antal af genoptræningsplaner, som hospitalerne tildeler. Generelt har der været en stigning i antallet af genoptræningsplaner siden 2007 som illustreret i figur 3.1.

Figur 3.1: Udvikling af genoptræningsplaner 2007-2011



Det ses af figur 3.1, at den almene genoptræning er steget mere end den specialiserede genoptræning er faldet. Hospitalerne har med andre ord

udskrevet mange flere borgere med genoptræningsplaner til genoptræning i kommunen, uden at der er sket et tilsvarende fald i antallet af specialiserede genoptræningsplaner.

Udviklingen i almene forløb leveret i kommunale træningscentre er steget fra 4.695 forløb om året i 2006 til forventet 13.858 leverede forløb i 2011, svarende til en stigning på ca. 200%. Heri indgår også forløb på rygområdet. Udviklingen kan tilskrives hospitalernes tildeling af almene ambulante genoptræningsplaner via sundhedsloven.

I forbindelse med overførslen af opgaven til kommunen blev den økonomiske forudsætning baseret på en kapacitetsforventning om 3.663 almene genoptræningsplaner i 2007, mens det faktiske antal blev 5.371.

Standarder

Der er udarbejdet fastsatte standardforløb for genoptræningen indenfor både sundheds- og servicelov. Forløbene er primært bygget op omkring holdtræning og baserer sig på den bedst tilgængelige viden om effekt og best practice. Ca. 70% af den visiterede tid på sundhedslovens genoptræning er holdtræning. Der findes 24 standardforløb, der varierer fra tre til 52 gange genoptræning. Dertil kommer fire yderligere standardforløb målrettet børn. For serviceloven er ca. 80% holdtræning. Der findes fire standardforløb indenfor serviceloven, der varierer fra otte til 24 gange genoptræning.

En række særlige fagområder på træningsområdet er blevet samlet i specialer med henblik på at øge den faglige kvalitet og optimere driften. Det drejer sig om: Geriatri, håndkirurgi, gynækologi, benamputationer, ortopædkirurgi, neurologi og rygområdet.

Enhedspris og samlet budget

Den samlede udgift til almen genoptræning i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har siden 2006 udviklet sig med en stigning på 70%, således at det samlede budget i 2011 er ca. 91 mio. kr.

Med kommunalreformen blev der tilført 42,8 mio. kr. (2007 p/l) til Sundheds- og Omsorgsforvaltningen til træning efter sundhedsloven. Efterfølgende blev der tilført 1,8 mio. kr. i 2008 til aktivitetsudvidelser på træningsområdet. Midlerne var finansieret af Økonomiudvalgets usikkerhedspulje til sundhedsområdet, som blev etableret i forbindelse med kommunalreformen.

I forbindelse med kommunalreformen og flytningen af træningsopgaven til kommunen blev Københavns Kommune tilført 35,6 årsværk fra regionens hospitaler.

Træningscentrene har siden 2010 arbejdet med en aktivitetsbaseret afregningsmodel i forhold til antallet af visiterede timer. I 2011 er den faktiske timepris 535 kr. for en visiteret time.

I tabel 3.1 er Københavns udgifter til træningsområdet til sammenligning sat op imod en række af regionens andre kommuner.

Tabel 3.1: Sammenligning af udgifter på træningsområdet på tværs af kommunerne i Region Hovedstaden i 2008

Rangering over forbrug til træning per indbygger	Kommune	Udgifter til genoptræning i alt per indbygger
1	Hørsholm	74
2	Rødovre	76
3	Gentofte	88
4	København	125
5	Helsingør	126
25	Herlev	423
26	Gribskov	427
27	Rudersdal	464
28	Ballerup	470
29	Lyngby-Taarbæk	649

Sammenlignet med andre kommuner i Region Hovedstaden ligger København som en af de kommuner, som håndterer genoptræningsopgaven for færrest kroner per borger.

Det samme ses, når Københavns Kommunes udgift til træningsområdet sammenlignes med de øvrige 6-byer i Danmark.

Tabel 3.2: Sammenligning af udgifter på træningsområdet med 6-byerne

Kommune	Udgifter til genoptræning i alt per indbygger
Esbjerg	90
København	158
Aalborg	187
Randers	192
Aarhus	260
Odense	521

Københavns kommune har en af de laveste udgifter per indbygger sammenlignet med 6-byerne. Ses der alene på genoptræning efter sundhedsloven, har København en udgift på 77 kr. per indbygger, hvilket er den laveste.

Der har været gennemført en stikprøvemåling af brugertidsprocenten på træningsområdet to gange. Brugertidsprocenten er den procentmæssige andel af terapeuternes tid, som bruges direkte sammen med borgerne. I 2009 udgjorde den 22% og i 2010 32%. Bortset fra træningscenterlederne indgår alle terapeuter på træningscentrene i disse opgørelser, som derfor også inkluderer personale, der har afsat en del tid til faglig vejledning, undervisning af studerende og teamledelse.

Tidligere opgavevaretagelse

Som led i kommunalreformen 2007 overtog kommunen en lang række nye myndighedsfunktioner og opgaver, herunder genoptræning efter

sundhedsloven §140. Opgaven var tidligere en del af hospitalernes opgave og ansvar.

I takt med konsolidering af genoptræningsopgaven i kommunen er der arbejdet på at skabe bæredygtige enheder fagligt og økonomisk. Fx er borgere med amputationer samlet på ét træningscenter for at opnå tilstrækkelig volumen. At samle et speciale sikrer høj patientsikkerhed og skaber mulighed for et udviklende fagligt miljø.

Forholdene omkring træningscentrenes fysiske placering uddybes i afsnit 6.

3b Patientrettet forebyggelse

Patientrettet forebyggelse er lovbundet i:

- ✓ Sundhedslovens §119

Kommunen er forpligtet til at tilbyde patientrettet forebyggelse. Sundhedsloven fastlægger, at den patientrettede forebyggelse er et delt ansvar mellem region og kommune.

Hospital og praktiserende læge har ansvar for at henvise borgerne til forløb, og kommunen har ikke indflydelse på det overordnede aktivitetsniveau.

Formålet med patientrettet forebyggelse er:

- ✓ At gøre borgere, der har en kronisk sygdom i stand til at håndtere og leve med deres sygdom.
- ✓ At være med til at forbedre sundheden for alle københavnere i alle samfundslag, herunder at øge levetiden og livskvaliteten.

Juridisk ophæng

Sundhedslov

Kommunen er forpligtet til at tilbyde patientrettet forebyggelse dels via sundhedslovens §119, dels via de lovbundne sundhedsaftaler. Af sundhedsloven fremgår det, at kommunerne har ansvaret for både den borgerrettede og patientrettede forebyggelse. Den patientrettede forebyggelse leveres i forebyggelsescentre i sundhedshuse.

Politiske mål og aftaler

Sundhedsaftale

Kommunens og regionens samarbejde og opgavefordeling om patientrettet forebyggelse reguleres i sundhedsaftalen. Med politisk vedtagelse af Sundhedsaftale 2011-2014 for Region Hovedstaden og Københavns Kommune er en række af kommunens "skal-opgaver" vedrørende rehabilitering til kronisk syge borgere blevet tydeliggjort.

I den gældende sundhedsaftale bliver samarbejdet om opgavefordeling i forhold til borgere med kronisk sygdom udmøntet i forløbsprogrammer. Forløbsprogrammer fastlægger opgavefordeling, indsats, samarbejde og stratificering af borgere med kronisk sygdom. Forløbsprogrammer beskriver med andre ord den sundhedsfaglige minimumsindsats, som borgere skal tilbydes, og hvem der leverer den.

Københavns Kommune har indgået aftale om at leve op til de standarder for kommunal rehabilitering, der er beskrevet i forløbsprogrammer for KOL og type 2 diabetes.

Tilsvarende er Københavns Kommune forpligtet til at færdiggøre forløbsprogrammer for demens, hjertesygdom og muskel-/skeletlidelser, og disse skal implementeres inden 2014. Der er desuden indgået en aftale om, at der skal udarbejdes forløbsprogram for kræftrehabilitering. Alle borgere med disse diagnoser skal have tilbudet om rehabilitering.

Det indgår endvidere i sundhedsaftalen, at også borgere i risiko for at udvikle disse sygdomme skal have tilbudet.

Visitation/ henvisning

Det er lægen/ hospitalet, der har ansvaret for lægefagligt at vurdere rehabiliteringsbehovet og henvise borgeren til forebyggelsescentret. Kommunen har ikke indflydelse på antallet af rehabiliteringsforløb, og det overordnede aktivitetsniveau kan derfor ikke styres.

Målgruppe

Alle borgere i Københavns Kommune over 18 år, der har KOL, type 2 diabetes og hjertesygdomme.

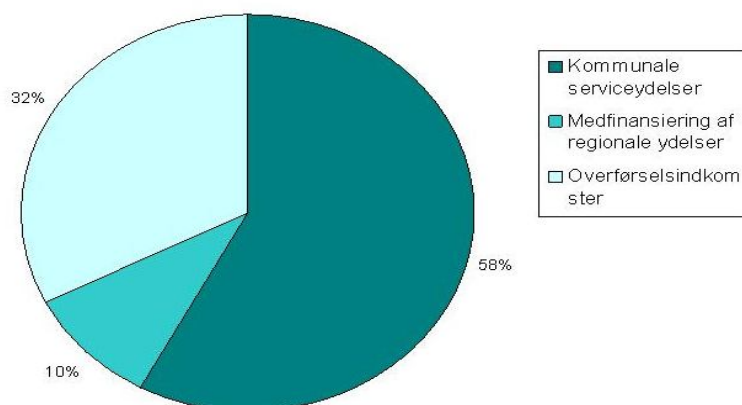
En del af de borgere der modtager rehabiliteringsforløb i forebyggelsescentrene modtager ligeledes hjemmepleje og sygepleje.

Volumen og udviklingstendenser

I København har ca. 57% af den voksne befolkning en kronisk sygdom. Heraf har som minimum ca. 14.000 type 2 diabetes, ca. 15.500 KOL og ca. 16.000 hjertekarsygdom.

De nyeste tal fra en undersøgelse af merudgiften til kronisk syge i Københavns Kommune viser, at denne udgør 1.144 mio. kr. per år, svarende til at en borger med kronisk sygdom koster 26.000 kr. mere per indbygger per år i forhold til en borger uden kronisk sygdom. Figur 3.2 illustrerer merudgiften fordelt på udgiftstyper.

Figur 3.2: Kommunale merudgifter på 26.000 kr. per borger med kronisk sygdom fordelt på udgiftstyper



Frømskrivninger viser, at hvis den nuværende sundhedsindsats fortsætter uændret, vil andelen af borgere med risikoadfærd, overvægt og kronisk sygdom stige. Det medfører en stigende efterspørgsel efter sundhedsydelser i det borgernære sundhedsvæsen.

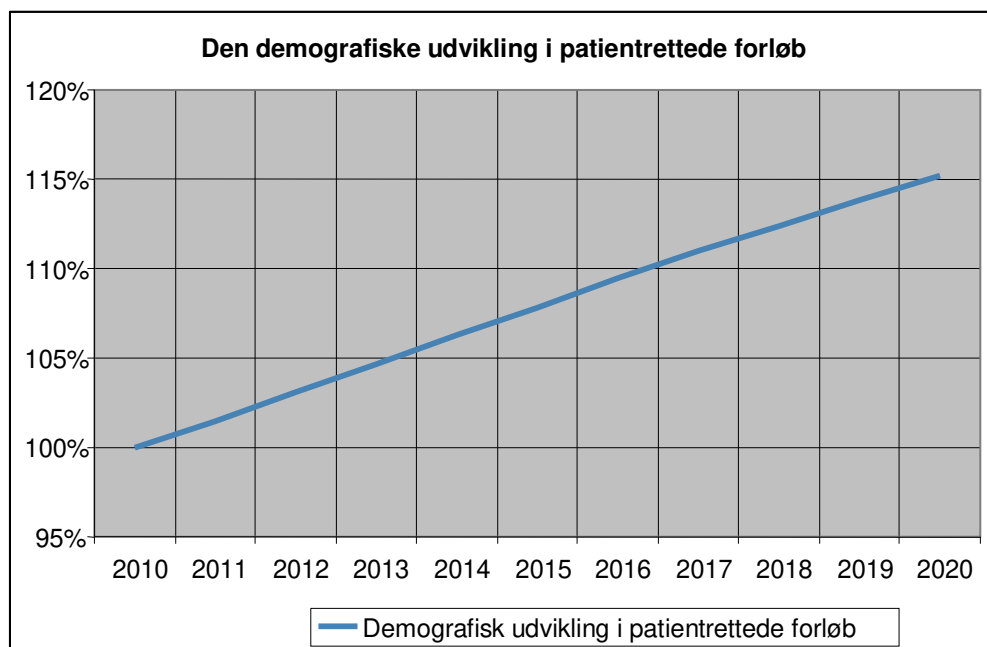
I 2010 modtog 1.387 borgere et rehabiliteringsforløb i forebyggelsescentrene jf. tabel 3.3. I 2011 forventes dette tal at stige til 1.850, bl.a. på baggrund af etableringen af Forebyggelsescenter Vanløse.

Tabel 3.3: Forløb i forebyggelsescentre i 2010

Diagnose	Forløb
Type 2 diabetes	772
Hjertesygdom	321
KOL	294
I alt	1387

Som følge af den demografiske udvikling er det forventningen, at aktiviteten i den patientrettede forebyggelse vil øges med 8% frem til 2015 og med 15% frem til 2020; jf. figur 3.3. Udviklingen er beregnet på baggrund af aldersfordelingen blandt alle borgere, som modtog et rehabiliteringsforløb i et forebyggelsescenter i Københavns Kommune i 2010.

Figur 3.3: Den demografiske udvikling i patientrettede forløb



Standarder

Standarder for rehabiliteringsforløb er beskrevet i forløbsbeskrivelser for Københavns Kommune for henholdsvis KOL og type 2 diabetes. Forløbene er tilrettelagt på baggrund af evidens/bedst tilgængelige viden om, hvad der virker, herunder erfaringer fra projektet Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge (SIKS). Københavns Kommune har været på forkant med denne opgave og skabt national viden om tilrettelæggelse af indsatser gennem SIKS.

Rehabiliteringsforløb indenfor sundhedsloven er således bygget op om fastsatte standardforløb, som primært bygger på holdtræning, men som alle indeholder mulighed for at teste borgeren individuelt ved start af forløbet og ved slut. Det er vist, at borgere der gennemfører et rehabiliteringsforløb opnår signifikant forbedret fysisk funktionsevne.

For løbende at sikre den faglige kvalitet og økonomiske rentabilitet, foretages der regelmæssige og systematiske gennemgange af rehabiliteringsindsatsen bl.a. ved hjælp af metoden auditering. Der arbejdes desuden aktuelt på en brugerundersøgelse af de patientrettede forløb i forebyggelsescentre, der opstartes forår 2011.

Enhedspris og samlet budget

Udgiften til de patientrettede forebyggelsestilbud udgør i 2011 12,69 mio. kr. Det er afsat til 1.850 forløb svarende til en enheds pris på 6.859 kr.

Der foreligger ingen bench marking data i forhold til rehabilitering af kronisk syge.

Tidligere opgavevaretagelse

Opgaven overgik først til kommunerne med kommunalreformen, og derfor er opgaven ikke tidligere varetaget af andre instanser i kommunalt regi. Allerede i 2003 indgik Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning dog et formaliseret samarbejde med Bispebjerg Hospital om SIKS-projektet, som førte til, at Forebyggelsescenter Østerbro blev oprettet i 2005.

3c Forebyggelse – Borgere med risiko for udvikling af sygdom/ social ulighed

Borgerrettet forebyggelse er lovbundet i:

- ✓ Sundhedslovens §119

Kommunerne er forpligtet til at fremme sundheden gennem etablering af forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne og ved at sikre rammer for en sund levevis. Mængde og indhold i opgaven er ikke specificeret.

Formålet med borgerrettet forebyggelse er:

- ✓ At være med til at forbedre sundheden for borgere i alle aldre og samfundslag.
- ✓ At holde raske borgere raske og at undgå, at borgere med risikofaktorer for kronisk sygdom udvikler kronisk sygdom.

Regulatorisk og juridisk ophæng

Sundhedslov

Med sundhedslovens §119 er kommunerne forpligtet til at fremme folkesundheden gennem etablering af forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne og ved at sikre rammer for borgerne, der fremmer deres sundhed.

Der er ikke lovmæssigt udstukket præcise rammer for indsatsen.

Forebyggende hjemmebesøg er reguleret i lov om forebyggende hjemmebesøg (1996) med senere lovændringer (senest 4. juni 2010).

Den borgerrettede forebyggelse er dels organiseret i forebyggelsescentre i sundhedshuse og dels i Den Kommunale Sygepleje.

Bagvedliggende politiske mål og aftaler

Københavns Kommune har fra starten af 1990'erne haft fokus på forebyggelse og sundhedsfremme rettet mod borgerne. I perioden er der

politisk godkendt en række planer og politikker, der har understøttet udviklingen af området - senest Københavns Kommunes sundhedspolitik 2011-2014 – Længe Leve København.

Forebyggelse og sundhedsfremme er et område, hvor Københavns Kommune gennem flere år har oparbejdet en position; både regionalt og nationalt. Det er et område i opdrift, og flere af de eksisterende tilbud rummer mulighed for substitution af regionale tilbud.

De borgerrettede tilbud

Den borgerrettede forebyggelse følger overordnet to spor: Forebyggelse i forhold til risikofaktorer på KRAM-området, og indsats overfor social ulighed i sundhed.

Den borgerrettede forebyggelse består i dag af flere tilbud, der afhængig af faglig vurdering og rentabilitet spiller sammen med og er integreret i de patientrettede tilbud. Det overordnede indhold af indsatsen vedr. rygestop er således ens for borgere med kronisk sygdom og for borgere, der alene modtager tilbudet som del af forebyggelse af fremtidig udvikling af sygdom. Baseret på tilgængelig viden om, hvad der giver god effekt, er tilbudenens ressourceforbrug tilrettelagt ud fra, hvad der giver det bedste resultat.

I sundhedshusene leveres følgende tilbud:

- ✓ Rådgivning om kost og motion via tilbudet "Motion og Kost i Dit Forebyggelsescenter" (MKDF)
- ✓ Rygestoprådgivning og rygestopkurser
- ✓ Formidling af viden om sundhed til etniske minoritetsgrupper via de "Etniske sundhedsformidlere" gennem indsatsen "Sundhed på Dit Sprog"
- ✓ Sundhedsrådgivning
- ✓ Alkoholrådgivning og andre aktiviteter
- ✓ Tilbud til svært overvægtige voksne via tilbudet "Motion XL"
- ✓ Rådgivning til overvægtige børn og deres familier i BørneVægtsCentret
- ✓ Sundhedstilbud til fysisk inaktive børn og unge i udvalgt bydel (Husum)
- ✓ Forebyggende Hjemmebesøg
- ✓ Indsats overfor social ulighed i sundhed i beskæftigelsesindsatsen gennem et samarbejde med øvrige forvaltninger i "BIF/SUF/SOF-strategien" (jf. afsnit 4c)
- ✓ Indsats overfor social ulighed i nærmiljøet.

Visitations- og henvisningskriterier

Fysisk træning i "Motion og Kost i Dit Forebyggelsescenter" og tilbudet "Motion XL" kræver henvisning fra praktiserende læge. Til de øvrige tilbud kan den praktiserende læge eller andre henvise til tilbudet – fx sundhedsplejersken til tilbudet i BørneVægtsCentret. Borgerne kan her også selv henvende sig. For udviklingstiltagene som social ulighed i sundhed i beskæftigelsesindsatsen og indsats overfor social ulighed i nærmiljøet, gælder særlige betingelser.

Målgruppe

Tilbudene er målrettet borgere, som er i risiko for at udvikle sygdom, og som derfor har brug for individuel vejledning og hjælp til at forbedre deres sundhedsadfærd.

Volumen og udviklingstendenser

De borgerrettede sundhedstilbud er først etableret i sundhedshuse/forebyggelsescentre indenfor de seneste år. Tilbuddene befinder sig i forskellige stadier af udvikling, implementering og drift, og de er udrullet forskelligt i lokalområderne.

For mange københavnere er stadig fysisk inaktive, spiser for usundt og har et risikabelt alkoholforbrug. 32% af københavnere havde i 2010 en risikabel alkoholadfærd. Selvom antallet af rygere i København er faldende, er rygning stadig almindeligt blandt københavnere, hvor 21% i 2010 var dagligrygere.

Der ses desuden en tendens til, at der er social ulighed i sundhed i København, med stor variation i forekomsten af risikoadfærd bydelene imellem.

Forebyggelsescentrene arbejder med forskellige initiativer i de forskellige bydele, for på den måde i indsatserne at tage højde for den sociale ulighed i sundhedsadfærd.

I 2011 er måltallene for de enkelte aktiviteter illustreret ved tabel 3.4.

Tabel 3.4: Måltal for borgerrettede forebyggelsestilbud i 2011

Aktivitet	Måltal
MKDF	920 forløb
Rygestop	550 rygestopforløb
Etniske sundhedsformidlere	3.500 personer
Sundhedsrådgivning	1.020 samtaler
Alkoholrådgivning	520 samtaler
Motion XL	300 forløb
BørnevægtsCentret	145 børn
Forebyggende hjemmebesøg	9.000 besøg

Udviklingstendenserne er i øvrigt:

- ✓ Større grad af sammentænkning mellem patientrettede og borgerrettede sundhedstilbud for at skabe mere sammenhængende og mere effektive forløb og bedre synergi.
- ✓ Større fokus på social ulighed – herunder på indsatser i nærmiljøet og i forhold til beskæftigelsesindsatsen.
- ✓ Øget fokus på udslusning og mulighederne for at fastholde sundere livsstil efter at have modtaget tilbud i forebyggelsescentrene - herunder øget samarbejde med frivillige.

Samlet set stiller udviklingen krav om løbende monitorering for at kunne tilpasse kapacitet og efterspørgsel samt sikre den nødvendige kvalitetsudvikling af de borgerrettede sundhedstilbud.

Standarder

Der er god viden og evidens om sammenhængen mellem usund livsstil og

sundhed. Kombinerede strategier med implementering af både strukturelle indsatser, kampagner og individorienterede indsatser er afgørende for en effektiv sundhedsfremme og forebyggelsesindsats.

Blandt tilbudene indgår som væsentligt element forebyggelsescentrenes borgerrettede forebyggelsestilbud rettet mod de væsentligste risikofaktorer for usund livsstil, som kan føre til kroniske sygdomme og for tidlig død. Det er veldokumenteret, at sundhedsadfærd har stor betydning for muligheden for at bevare et godt helbred og undgå eller udsætte udviklingen af kroniske sygdomme.

Rygning er den forebyggelige risikoadfærd, der resulterer i flest kroniske sygdomme og for tidlig død i Danmark. Et stort alkoholforbrug øger risikoen for en lang række alvorlige sygdomme. Usunde kostvaner giver danskerne en større risiko for bl.a. overvægt, diabetes og hjertekarsygdomme. Endelig påvirker manglende fysisk aktivitet borgernes sundhed og livskvalitet.

Der arbejdes hele tiden med at udvikle tilbudene fagligt og gøre dem billigere og mere effektive ved at udvikle faglige standarder og forløb, at integrere tilbudene på tværs af patientrettet og borgerrettet forebyggelse og udbyde tilbudene i hold, hvor det fagligt giver mening.

Enhedspriser og samlet budget

Udgiften til de borgerrettede forebyggelsestilbud udgør i dag godt 20 mio. kr. om året.

De enkelte tilbud er meget forskellige, hvilket også afspejler sig i, hvad tilbudene koster. Det varierer fra nogle få tusinde kroner for de gruppebaserede og lavintensive tilbud, hvor det er muligt at arbejde med en forholdsvis stor volumen (fx rygestopkurser) til 28.000 kr. for et mere intensivt tilbud med en relativt lille volumen som BørnevægtsCentrets behandlingstilbud til de svært overvægtige børn.

Generelt for alle de borgerrettede sundhedstilbud gælder, at prisen ved den forebyggende indsats er væsentlig lavere end den samfundsmæssige udgift til behandling af de følgesygdomme, der følger af usund livsstil.

Tabel 3.5: Udgifter til borgerrettet forebyggelse

Aktivitet	Samlet budget (kr.)	Enhedspris (kr.)
MKDF	5.428.000	5.900
Rygestop	738.000	1.342
Etniske sundhedsformidlere	1.150.000	328
Sundhedsrådgivning	2.000.000	1.923
Alkoholrådgivning	500.000	962
Motion XL	1.238.000	4.127
BørnevægtsCentret	4.060.000	28.000
Forebyggende hjemmebesøg	9.000.000	1.000

I sammenligning med de øvrige 6-byer i Danmark har Københavns Kommune den højeste udgift til sundhedsfremme og forebyggelse jf. tabel 3.6.

København adskiller sig fra de øvrige 6-byer ved som tidligere amt at have

arbejdet og udviklet tilbud på området langt tidligere end de andre kommuner i Danmark, og i dag have et langt større spektrum af tilbud.

Den nyeste nationale undersøgelse af sundhed og sygelighed opgjort på kommuner viser, at København ligger dårligst placeret sammen med vestegnskommunerne og visse udkantskommuner på Sjælland med hensyn til befolkningens sundhed.

Samtidig er der nogle særlige udfordringer med social ulighed i København. På linje med andre store byer i Europa, tiltrækker København som landets hovedstad bl.a. særligt udsatte borgere.

Tabel 3.6: budget 2010*

Kommune	Udgifter til sundhedsfremme og forebyggelse i alt per indbygger
Aarhus	41
Odense	49
Randers	76
Aalborg	104
Esbjerg	113
København	183

* Der er usikkerheder om konteringen og dermed sammenligningsgrundlaget byerne imellem. Udgifterne i tabellen indeholder muligvis også udgifter til patientrettet forebyggelse samt til rygområdet.

Tidligere opgavevaretagelse

Nogle af de borgerrettede sundhedstilbud er nye tilbud, der er udviklet i forebyggelsescentrene. Det drejer sig om tilbudene om sundhedsrådgivning, samtale om alkohol og BørnevægtsCentrets tilbud.

Andre tilbud er udviklet i andre regi. MKDF er en videreudvikling af "Motion og kost på recept" (2004-2007) samt "Motionsvejledning" (2006-2009), som frem til og med 2009 blev varetaget af Folkesundhed København og udbudt på fysiurgiske klinikker. Motion XL blev til og med 2009 varetaget af Bispebjerg Hospital med tilskud fra kommunen.

3d

Sygepleje

Sygepleje er lovbundet i:

- ✓ Vejledning om hjemmesygepleje

Kommunen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri kommunal sygepleje hjemmesygepleje efter lægehenvielse fra praktiserende læge eller hospital.

Kommunens styringsmuligheder i forhold til sygepleje er meget begrænset.

Formålet med sygepleje er:

- ✓ At forebygge sygdom, fremme sundhed, yde sygepleje og behandling

- samt rehabilitering og palliation til patienter, der har behov for det.
- ✓ At aktivere borgeren i forhold til egne sygeplejefaglige problemstillinger.

Juridisk og politisk ophæng

Sygeplejen er reguleret via Vejledning om hjemmesygepleje⁵, der siger, at: *"Hjemmesygepleje ydes til patienter i alle aldre i tilfælde af akut eller kronisk sygdom, hvor sygeplejefaglig indsats er påkrævet."*

Sygeplejen leveres blandt andet i sygeplejeklinikker i sundhedshuse.

Politiske aftaler og mål

Som led i strategi om Fremtidens Sygepleje og paradigmeskiftet "fra passiv til aktiv", besluttede Sundheds- og Omsorgsudvalget den 29. april 2010, at borgere, der er fysisk og psykisk i stand til det, skal modtage sygepleje på klinik frem for i hjemmet. De borgere, der ikke er i stand til at møde op på sygeplejeklinik, eller som får sygepleje udenfor sygeplejeklinikkernes åbningstid, vil naturligvis stadig få sygepleje i hjemmet.

Etablering af sygeplejeklinikker skaber øget fleksibilitet og kvalitet for borgerne og understøtter princippet om "hjælp til selvhjælp". Den Kommunale Sygepleje er samtidig mere omkostningseffektiv i sygeplejeklinikkerne end ved levering i borgerens hjem. Det skyldes dels sparet vejtid, dels reducerede behandlingstider, og dels øget faglig kvalitet, bl.a. som følge af moderne lokaler med professionelt udstyr og dermed mulighed for en større kompleksitet i behandlingen.

Henvisning/ tildeling

Borgere kan henvises til sygepleje fra hospital og praktiserende læge. Kommunen kan også selv tildele borgeren sygepleje. Antallet af henviste borgere fra læge og hospital udgør ca. 70%.

Kommunen har begrænsede muligheder i forhold til at påvirke antallet af borgere, der henvises til sygepleje fra læge og hospital. Ligeledes er det vanskeligt at påvirke antallet af borgere, der tildeles sygepleje af kommunen selv, da alle borgere med behov for en sygeplejefaglig indsats skal have tilbudet.

Målgruppe

Målgruppen for sygeplejeklinikker er:

- ✓ Borgere, som almindeligvis færdes på gaden ved egen hjælp.
- ✓ Borgere, der i forvejen går i træningscenter, forebyggelsescenter og/ eller dagtilbud.
- ✓ Borgere der modtager sygepleje i alle ugens syv dage, og/ eller om aftenen, og i weekenden, og som opfylder ovenstående kriterier, kan ligeledes modtage sygepleje på klinik i dagtimerne i hverdagene.

I målgruppen for sygeplejeklinikker er bl.a. borgere, der også modtager tilbud

⁵ December 2006

i eks. træningscenter og forebyggelsescenter med baggrund i en kronisk diagnose.

Volumen og udviklingstendenser

Målet for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er, at 90% af borgerne indenfor målgruppen skal modtage sygepleje på klinik. Med den nuværende lokalekapacitet er det ikke muligt. Med samme kapacitet som i 2010 kan 42% af borgerne i målgruppen få sygeplejen på klinik. Trækket på sygepleje i 2010 illustreres i tabel 3.7.

Tabel 3.7: Oversigt over antal unikke borgere der i 2010 fik sygepleje i alt, og sygepleje på klinik

Antal borgere, sygepleje samlet	Antal borgere i målgruppen for sygepleje på klinik	Antal borgere, sygepleje på klinik	Procent af målgruppen der får sygepleje på klinik
11.369	3.266	936	29%

Beregninger viser, at det for at nå målet på 90% af målgruppen i sygeplejeklinikerne, er nødvendigt med en sygeplejeklinik per bydel. For at opnå dette er det nødvendigt at udvide kapaciteten.

Den nuværende og planlagte kapacitet fremgår af tabel 3.8.

Tabel 3.8: Status på sygeplejeklinikker (med et varierende antal behandlingslokaler)

Bydel	Eksisterende og planlagte sygeplejeklinikker i Områdesundhedshus	Øvrige sygeplejeklinikker	Fremtidige sygeplejeklinikker i satellit-sundhedshuse
Vanløse	Sundhedshus Vanløse		
Brønshøj-Husum			X
Østerbro	Samlokaliserede enheder Østerbro		
Indre By		Plejhjemmet Nybodergården	X
Vesterbro/Kgs. Enghave	Sundhedshus Vesterbro-Kgs. Enghave		
Valby		Langgadehus	X
Nørrebro	Sundhedshus Nørrebro (planlagt per 1. april 2013)		
Bispebjerg		Rehabiliteringscenter Bispebjerg	Rehabiliteringscenter Bispebjerg
Amager – Øst			X
Amager – Vest	Sundhedshus Amager		

Overvejelser om udbygning af sygeplejeklinikker

Sygeplejeklinikkerne kan drives effektivt også med et befolkningsgrundlag på under 100.000 borgere. Jf. afsnit 2 udgør sygeplejeklinikkerne derfor et centralt element i satellit-sundhedshusene.

Den manglende kapacitet på sygeplejeområdet kan principielt placeres i både område-sundhedshuse og satellit-sundhedshuse. Afgørende for placeringen af klinikkerne er:

- ✓ Tilgængeligheden i alle 10 bydele
- ✓ Det nødvendige borgergrundlag for sygeplejeklinikkerne
- ✓ Nærområdekaraktistika

I en fremtidig placering skal afvejes betydningen af at sygeplejeklinikken ligger tæt på boligområder med stor ældre population. Størrelsen af de enkelte sygeplejeklinikker kan variere.

Standarder

Tilbudet om sygepleje følger de retningslinjer og standarder, som anvendes nationalt i Den Kommunale Sygepleje.

Udvikling og implementering af faglige standarder bidrager til at sikre, at alle sygeplejefaglige medarbejdere arbejder ud fra et fælles fagligt grundlag baseret på den bedste viden nationalt. Forvaltningen udarbejder centrale instrukser og vejledninger, som alle skal følge med henblik på at sikre den bedst mulige sygepleje til borgerne og størst effektivitet i opgaveløsningen. Eksempelvis står sygeplejen foran implementeringen af vejledninger og instrukser for:

- ✓ Sårbehandling samt sårprodukter
- ✓ Diabetiske fodsår
- ✓ Venøse bensår
- ✓ Kritisk Iskæmi
- ✓ Tryksår

Enhedspris og samlet budget

Budgettet til sygeplejeklinikkerne er en integreret del af forvaltningens samlede budget til sygepleje på 161,5 mio. kr. Den udmeldte timepris er 643 kr. til sygepleje i hverdagen, og 1.001 kr. til sygepleje den øvrige tid.

Der eksisterer ingen bench marking data på sygeplejeområdet.

Tidligere opgavevaretagelse

Opgaven blev også tidligere varetaget af den kommunale sygepleje, men blev leveret i borgerens hjem med deraf følgende udfordringer omkring personalets arbejdsmiljø.

3e

Samarbejde med nærområde, frivillige organisationer og patientforeninger

Et sundhedshus i hvert lokalområde udgør en fysisk platform for at skabe faglig synergi og samarbejde med eksterne aktører i nærområdet som eksempelvis patientforeninger, idrætsforeninger og andre frivillige organisationer.

Sundhedshusenes lokaler er næsten fuldt udnyttet, og husenes åbningstider dækker fra:

✓ Kl. 7 morgen til kl. 22 aften

I etableringen af sundhedshusene blev det planlagt, at sundhedshusenes lokaler og faciliteter, som eksempelvis træningssal, mødelokaler og træningskøkken, også skal kunne anvendes af eksterne aktører.

For at fremtidssikre og få den optimale udnyttelse af sundhedshusenes kapacitet, er der desuden lagt vægt på, at husene skal kunne anvendes også udenfor almindelig åbningstid. Dermed tilgodeses et behov fra sundhedshusenes egne tilbud, samtidig med at det muliggør, at eksempelvis Diabetesforeningen kan holde møder om aftenen, når lokalerne er ledige, og borgerne har fri fra arbejde.

Aktuelt har sundhedshusene samt Østerbro-enhederne lange åbningstider, der tilgodeser behovet for aktivitet i ydertimerne, både morgen og aften. Åbningstiderne reguleres løbende ud fra behov, og spænder i dag fra kl. 7 morgen til kl. 22 aften. Lokalerne er næsten fuldt bookede i hele åbningstiden.

Nedenfor skitseres nogle af de aktiviteter og samarbejder, som sundhedshusene og Østerbro-enhederne lægger hus til i dag.

Patientforeninger

Der samarbejdes med Diabetesforeningen, Hjerteforeningen, Lungeforeningen og Gigtforeningen.

Diabetesforeningen låner eksempelvis lokaler til deres motivationsgrupper, som tilbydes træning og madlavning. Det foregår syv timer om ugen, og der dukker omkring 30 personer op. Diabetesforeningen har desuden opstartet et træningshold i samarbejde med forebyggelsescentrene. Både Lungeforeningen og Hjerteforeningen låner lokaler til møder i deres patientnetværk; henholdsvis en KOL-café og en Hjerte-café, der begge finder sted en gang om måneden med fremmøde på ca. 15 borgere.

Forvaltningens personale deltager efter behov i de forskellige aktiviteter med fx oplæg om træning, medicin, psyko-sociale problemstillinger mm.

Idræts- og motionsforeninger

Sundhedshusene lægger hus til en lang række frivillige organisationer, hvoraf en stor del har fokus på motion og fysisk aktivitet. Fokus er blandt andet på at sikre en god udslusning efter forløb i sundhedshusene for at fastholde det opnåede fysiske aktivitetsniveau.

Det omfatter eksempelvis City-løberne, der er løb for begyndere, Familieidræt, som tilbyder motion og boldlege til familier, Motionsforeningen Randersgade og foreningen SOS (Sport og Spas). Motionsforeningen Randersgade blev etableret af en gruppe borgere, som havde deltaget i rehabiliteringsforløb i forebyggelsescentret. Borgerne havde svært ved at "passe ind" i eksisterende motionstilbud i lokalområdet og dannede derfor deres egen forening. Foreningen låner en træningssal syv gange om ugen i 1½ time. Foreningen har 95 medlemmer, som fast møder op til træning. Foreningen SOS låner en træningssal fire gange om ugen i 1½ time. 40 borgere møder jævnligt op til træning.

Andre aktører i lokalområdet

Sundhedshusene afholder løbende åbent hus for relevante parter i lokalområderne. Det omfatter eksempelvis borgere og borgerrepræsentanter som ældrerådene. Der afholdes seniorkurser for borgere over 65 år fra lokalområdet. Formålet med kurset er at formidle det brede sundhedsbegreb og involvere deltagerne via dialog og medbestemmelse, samt give mulighed for kritisk refleksion.

Der er åbent hus for praktiserede læger og for deres frontpersonale, ligesom Region Hovedstaden løbende inviteres til åbent hus; eksempelvis Hvidovre Hospitals daghospital og Lungemedicinsk afdeling. For de sidstnævnte var fokus blandt andet på henvisningsprocedure.

I Sundhedshus Vesterbro-Kgs. Enghave er der et samarbejde med Lænken, hvor tidligere alkoholikere mødes i sundhedshuset en gang om ugen. Tilsvarende lægger sundhedshuset lokaler til foreningen Liva Rehab omkring sundhedstilbud til tidligere prostituerede.

3f Monitorering og styring

Som led i forvaltningens løbende monitorering af den faglige kvalitet i tilbuddene måles der på en række indikatorer dels på centralt niveau og dels i de enkelte enheder.

Centrale indikatorer indenfor genoptræning, rehabilitering, sygepleje og forebyggelse har fokus på volumen og efterspørgsel, effekt, kvalitet, brugertilfredshed og økonomistyring.

Nedenfor beskrives den faglige controlling, centrale indikatorer samt budgetmodel for hvert af de enkelte tilbud i sundhedshuse.

Faglig controlling

På genoptræningsområdet foretages der løbende regelmæssige og systematiske gennemgange af forløbene ved metoden audit. Fokus er på kvaliteten af ydelsen og dokumentationspraksis.

I forebyggelsescentrene hvor patient- og borgerrettet forebyggelse varetages, tager den faglige controlling udgangspunkt i forløbsbeskrivelserne for de enkelte tilbud. Der anvendes også her audit som metode til løbende monitorering.

Den faglige controlling i forhold til sygeplejeklinikkerne er forankret i lokalområderne.

Centrale indikatorer

De centrale indikatorer på genoptræningsområdet er:

- ✓ Antal genoptræningsplaner
- ✓ Fordeling mellem almene og specialiserede genoptræningsplaner
- ✓ Diagnoseregistrering
- ✓ Antal genoptræningsplaner fordelt på hospitaler
- ✓ Antal genoptræningsplaner fordelt på træningscentre
- ✓ Antal visiterede timer
- ✓ Ventetidsstatistik
- ✓ Brugertidsprocent (stikprøver)

De centrale indikatorer i forhold til rehabilitering til kronisk syge udvikles løbende indenfor områderne struktur, proces, resultat og organisatorisk, sundhedsfaglig og patientoplevet kvalitet.

De centrale indikatorer er:

- ✓ Antal forløb – fordelt på forebyggelsescentre og på diagnoser
- ✓ Ventetidsstatistik
- ✓ Sammenhængende forløb

Centrale indikatorer i den borgerrettede forebyggelse er:

- ✓ Antal ydelser
- ✓ Personalets kompetencer
- ✓ Fælles procedurer og retningslinjer
- ✓ Retningslinjer for det faglige indhold i interventionerne
- ✓ Inklusions- og eksklusionskriterier
- ✓ Faglig understøttelse
- ✓ Implementering af rygestoptilbud, MKDF, Motion XL og etniske sundhedsformidlere

Centrale indikatorer for sygeplejeklinikker er:

- ✓ Antal borgere

- ✓ Antal ydelser leveret i klinik
- ✓ Behandlingstid for sår

Budgetmodeller

På **genoptræningsområdet** er budgetmodellen baseret på aktivitetsbaseret afregning. Det betyder, at træningscentrenes budgetter er direkte afhængige af mængden af den genoptræning, der visiteres til i de enkelte træningscentre.

Budgetmodellen til **forebyggelsescentrene**, hvor rehabilitering til kronisk syge og borgerrettet forebyggelse varetages, er baseret på rammestyring. Det betyder, at hvert forebyggelsescenter får udmøntet et budget for året baseret på de forventede antal forløb. Den aktivitetsbaserede afregning har været afprøvet på forebyggelsescentrene, men deres størrelse, specialiseringsgrad, opgavesæt og organisering er svær at understøtte med denne type budgetmodel.

Budgettet til **sygepleje** bliver udmøntet til lokalområderne på baggrund af en budgetfordelingsmodel, hvori der indgår demografi og en række sociale kriterier. Styring af sygeplejen følger BUM-modellen. Leverandørens indtægtsbudget er lig med den visiterede tid gange timeprisen.

Udførerfunktionen har ansvaret for at Den Kommunale Sygepleje kan levere ydelserne indenfor den udmeldte timepris. Indtægter fra salg af ydelser skal dække udgifter til alle Den Kommunale Sygeplejes opgaver, både visiterede ydelser og øvrige opgaver.

Ny økonomistyringsmodel for sygepleje

Budgetmodellen revideres i 2012. Den ny økonomistyringsmodel skal:

- ✓ Sikre budgetoverholdelse i sygeplejen
- ✓ Understøtte og synliggøre sygeplejens opgaver
- ✓ Understøtte en effektiv budgetstyring i lokalområdernes styring af sygeplejen

Den ny økonomistyringsmodel skal bestå af en kombination af aktivitetsbaseret styring og rammestyring.

Kapitel 4

Beskrivelse af opgaver – Øvrige forvaltninger

4 Beskrivelse af opgaver – Øvrige forvaltninger

Den fremtidige opgaveløsning afhænger af, at der skabes synergi mellem alle sundhedstilbud i Københavns Kommune, på tværs af forvaltninger. Sundhedshusene er oplagt som kommunal kapacitet for en række af de andre forvaltningers driftstilbud på sundhedsområdet.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har derfor løbende arbejdet på at integrere de naturlige samarbejdsflader på børne-, alkohol-, beskæftigelses- og idrætsområdet i sundhedshuse.

4a Socialforvaltningen

Socialforvaltningen varetager i dag tilbudet om alkoholbehandling, samt tilbud til Københavns borgere under 65 år, der har brug for sundheds- og socialydelser. Der ligger her nogle naturlige snitflader til Sundheds- og Omsorgsforvaltningens tilbud, og forvaltningen har løbende haft kontakt til Socialforvaltningen omkring at indplacere særligt alkoholfunktionen i sundhedshuse.

I dag ligger der en alkoholenhed i Sundhedshus Amager. Særligt samlokaliseringen med sundhedshusets forebyggelsescenter har skabt muligheder for øget opmærksomhed på behov for forebyggelse og sundhedsfremme blandt deltagerne i alkoholtilbudet, hvor borgerne kan få tilbudt træning og rådgivning.

Socialforvaltningen finder, at der er perspektiver i at lokalisere sig i sundhedshuse. Derfor vil de udarbejde en business case omkring mulighederne for samarbejde ved indplacering af alkoholfunktionen i sundhedshuse.

Dele af de tilbud, som Socialforvaltningen tilbyder borgere under 65 år kan med fordel tænkes tættere sammen med sundhedsydelser indenfor Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

I tråd hermed er der med budget 2011 skabt grundlag for og etableret en fælles rehabiliteringsenhed for borgere både over og under 65 omkring apopleksi og neurologiske sygdomme i Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, på Hasselbo. Neurologi- og Rehabiliteringscenter København fungerer som en bydækkende enhed.

Udvidet brug af sygeplejeklinikker i regi af Sundheds- og Omsorgsforvaltningen udgør et andet udviklingsområde. De to forvaltninger har haft initiale drøftelser om perspektiver for udvidelse i relation til en afgrænset gruppe af yngre borgere, som med fordel kan modtage sygepleje i en klinik. Det estimeres at dreje sig om ca. 50 borgere per år.

Socialforvaltningen er desuden en del af BIF/SUF/SOF-strategien, som beskrives i afsnit 4c under Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen.

4b Børne- og Ungeforvaltningen

En række af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens foci i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme vedrører gruppen af børn og unge, som hører under Børne- og Ungeforvaltningen. Børn og unge er også et særligt fokusområde i den seneste Sundhedspolitik 2011-2014 – Længe Leve

København.

I dag er der i Sundhedshus Vesterbro-Kgs. Enghave placeret et tilbud til overvægtige børn og deres familier, i samarbejde med Børne- og Ungdomsforvaltningen. Samlokalisering med sundhedshusets øvrige tilbud har medført øget samarbejde og kvalitet i tilbudet, bl.a. ved øget fokus på forebyggelse og sundhedsfremme til børn gennem forebyggelsescentrets tilbud.

En vigtig medspiller i at sikre børn og unges sundhed er sundhedsplejen. Et styrket samarbejde med sundhedsplejen kan sikre tidlig opsporing af og støtte til børn, særligt i forhold til overvægt samt misbrug eller psykiske problemer i familien. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har løbende arbejdet på at få inddraget sundhedsplejen i sundhedshuse, senest i forbindelse med planlægningen af Sundhedshus Nørrebro. Som politisk aftalt i forbindelse med overførselssagen for regnskab for 2010 har Børne- og Ungdomsforvaltningen udarbejdet en business case vedrørende samlokalisering af sundhedsplejen i sundhedshuse. Business casen er udarbejdet med henblik på, at sundhedsplejen skulle flytte ind i område-sundhedshuse, og ikke i satellit-sundhedshuse. Her peger Børne- og Ungdomsforvaltningen på, at det ikke umiddelbart er potentialer i at placere sundhedsplejen i sundhedshuse. Der peges dog samtidig på, at en række af de udgående borgerrettede funktioner i sundhedsplejen kan foregå i sundhedshuse. Der arbejdes videre på sagen i det pågældende direktørforum.

4c **Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen**

Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen, Socialforvaltningen og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har vedtaget en fælles strategi (BIF/SUF/SOF-strategien) for syge og udsatte borgere i de tre forvaltninger. Den fælles strategi skal styrke indsatsen, så udsatte og syge borgere i højere grad fastholdes på og opnår tilknytning til arbejdsmarkedet. Det skal ske gennem en øget koordinering, så borgerne tilbydes en sammenhængende og helhedsorienteret indsats, der er tilpasset de ofte komplekse problemstillinger, som hindrer den enkelte borger i at være i job og i øvrigt at udnytte sine ressourcer og leve et godt og sundt liv.

Strategien rummer to typer indsatser: Allerede eksisterende aktiviteter som opskaleres samt forsøgsprojekter, som afhængig af en nærmere evaluering kan overgå til drift. En del af de aktiviteter, der skal udvikles, er indsatser, der skal tilbydes i sundhedshusene. Med udgangspunkt i sundhedshusene skal der ske en målrettet rekruttering af kortuddannede, ufaglærte og borgere udenfor arbejdsmarkedet til de borgerrettede og patientrettede tilbud i sundhedshusene.

Opgaven udvikles i samarbejde med sundhedshuse, jobcentre mv. Der er endnu ikke taget stilling til, hvor udviklingsindsatsen i forhold til sundhed i beskæftigelsesindsatsen skal foregå og eventuelt senere implementeres.

Københavns Kommune har en fortsat stor og stigende udgift til sygedagpengemodtagere, og en del af disse er borgere med en kronisk sygdom. Hvert år koster hver enkel sygedagpengemodtager kommunen 1.600 kr. ekstra.

Kapitel 5

Beskrivelse af opgaver – Eksterne parter

5 Beskrivelse af opgaver – Eksterne parter

Sundhedshuse skal medvirke til et styrket fokus på samarbejde og arbejdsdeling mellem kommune, region og almen praksis. Foruden de kommunale sundhedstilbud har forvaltningen derfor kontinuerligt inviteret regionale og private sundhedsaktører med ind i sundhedshusene.

5a Almen praksis

De praktiserende læger fungerer som indgang til det primære sundhedsvæsen, og i takt med at stadig flere opgaver i det samlede sundhedsvæsen varetages i kommunen, har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen en interesse i et fortsat tættere samspil med almen praksis med henblik på et mere samlet og sammenhængende sundhedsvæsen.

Øget samarbejde med almen praksis via sundhedshusenes tilbud og samlokalisering med almen praksis kan være med til at højne den faglige standard på bl.a. medicinområdet ved mere effektiv kommunikation gennem tekniske forbedringer og større fysisk nærhed.

En større kobling til sygeplejeklinikkerne kan medvirke til effektiv og kvalificeret aflastning af de praktiserende læger. Samlokalisering kan højne sammenhængen i forebyggelsestilbudene omkring eksempelvis rygestoptilbud, træningstilbud og generel patientuddannelse.

I den seneste overenskomst for de praktiserende læger blev det præciseret at netop disse forebyggelsestilbud skulle varetages af kommunen og ikke af de praktiserende læger.

Grundtanken er, at de praktiserende læger i sundhedshuse kan gå sammen i kompagniskabspraksis med henblik på at understøtte egen faglighed.

Ved etableringen af de enkelte sundhedshuse har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i hvert tilfælde arbejdet strategisk med at involvere de praktiserende læger i det aktuelle lokalområde med henblik på indflytning i sundhedshuset. Det har været drøftet med regionen i de formelle samarbejdsfora; herunder muligheden for at påvirke placeringen af ydernumre. De praktiserende læger har fået tilsendt informationsmateriale om sundhedshuset, de er blevet inviteret til gentagne møder, og forvaltningen har præsenteret planerne omkring sundhedshuse på de forskellige lægelaug-møder i de aktuelle lokalområder. På baggrund af konkrete overvejelser har der derudover løbende været forhandlingsmøder.

Det har været en udfordring at få de praktiserende læger til at flytte ind i sundhedshuse. De praktiserende læger synes i deres overvejelser om indflytning i sundhedshuse at lægge særlig vægt på parametre som pris, beliggenhed og mere personlige forhold for den enkelte læge; herunder økonomiske parametre.

Aktuelt mærkes der dog en stigende interesse fra de praktiserende læger i at indgå i sundhedshuse.

Status i dag er:

- ✓ Der er to praktiserende læger i Sundhedshus Vanløse.
- ✓ Der er en praktiserende læge, der flytter ind i Sundhedshus Amager per 1. august 2011.
- ✓ Der er en praktiserende læger, der ønsker at flytte ind i Sundhedshus Vesterbro-Kgs. Enghave fra foråret 2012.
- ✓ Der er ikke plads til eventuelle praktiserende læger på Østerbro.
- ✓ Status i dag er, at der er interesserede læger i Sundhedshus Nørrebro.

5b Region Hovedstaden

Sundhedsopgaverne på hospitalerne er i udvikling, og stadig flere opgaver tilrettelægges ved ambulante virksomheder, ligesom at borgerne udskrives stadig tidligere. Det er med til at øge aktiviteten i det kommunale opgavesæt, samtidig med at det forudsætter et stadig tættere samarbejde og kommunikation mellem de to sektorer.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen arbejder derfor løbende på, at tilbyde Region Hovedstaden, at ambulante hospitalsfunktioner i tæt relation til det borgernære sundhedsvæsen kan lokaliseres i sundhedshuse.

Hospitalsfunktioner kan eksempelvis omfatte ambulante jordemoderfunktioner, geriatrisk tilsyn som følge af den stigende kompleksitet omkring den ældre medicinske patient og behov for større lægefaglig rådgivning. Tilsvarende er der behov for lægefaglig rådgivning i forhold til kronisk syge borgere, som kan lokaliseres i sundhedshuse, ligesom at potentialerne ved telemedicin løbende overvejes i regi af sundhedshuse. Alle erfaringer fra implementeringsprojekter vedr. anvendelse af teknologi som del af behandling og rehabilitering viser behovet for samling af særligt sygeplejekompetencer på en adresse, hvorfra der varetages den telemedicinske kommunikation med borgeren – såkaldte call-centre.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har ved etableringen af hvert sundhedshus løbende orienteret regionens hospitaler i optageområdet via eksempelvis de koordinerende samarbejdsudvalg og andre fora. Der har været drøftelser på baggrund af konkrete henvendelser, og i forbindelse med åbningen af sundhedshuse har der været sendt informationsmateriale ud.

I forbindelse med etableringen af Sundhedshus Nørrebro er der overvejelser vedrørende at lægge en telemedicinsk funktion omkring diabetes i sundhedshuset.

Status i dag er:

- ✓ Hvidovre Hospitals jordemodercenter er placeret i Sundhedshus Vesterbro-Kgs. Enghave.
- ✓ Der drøftes indplacering af ambulante funktioner med Bispebjerg Hospital.

5c

Sygesikringsydere; fysioterapiklinikker, andet

Udgangspunktet i etableringen af sundhedshuse har været at invitere de lokale aktører i sundhedshusenes lokalområder med ind.

I rekrutteringen af øvrige sygesikringsydere til sundhedshusene har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen løbende fokuseret på områder, der er relevante i forhold til forvaltningens egne sundhedstilbud.

På speciallægeområdet har fokus været på specialelæger med specialer indenfor områder, der relaterer sig til sundhedshusenes øvrige tilbud; eksempelvis hjerte, geriatri, KOL og diabetes. Det kunne være neurologer, reumatologer, geriatere og medicinere.

Øvrige sygesikringsydere kan eksempelvis være psykologer, privat praktiserende fysioterapeuter, kiropraktikere og fodterapeuter.

Status i dag er:

- ✓ Der er en privat praktiserende fysioterapiklinik i Sundhedshus Vanløse.

Kapitel 6

Sundhedshusenes økonomi og kapacitet

6 Sundhedshusenes økonomi og kapacitet

I dette kapitel redegøres der for:

- ✓ De politiske beslutninger der ligger til grund for finansiering af sundhedshusene.
- ✓ De samlede driftsudgifter i forbindelse med aktiviteterne i sundhedshusene.
- ✓ Sundhedshusenes ejendomsudgifter.
- ✓ Etableringsudgifterne i relation til sundhedshusene (deponering og anlæg).
- ✓ De økonomiske konsekvenser af placeringen af træningsopgaverne i sundhedshusene.

Det fremgår ligeledes:

1. At moderniseringen af de københavnske plejehjem har medført en nødvendig og hensigtsmæssig flytning af træningscentrene til sundhedshusene.
2. At den nødvendige kapacitetsudvidelse, som følge af opgaveovertagelsen på træningsområdet i forbindelse med kommunalreformen, er implementeret i sundhedshusene, med afsæt i en bæredygtighedstanke i forhold til økonomi og faglighed.
3. At sundhedshusene udgør en nødvendig fysisk ramme for placering af de lovbundne sundhedsopgaver, og at der skal arbejdes videre med at optimere udnyttelsen af arealerne, med fokus på at nedbringe uudnyttede arealer.

6a Finansiering af sundhedshuse (politiske aftaler)

Sundhedshusenes finansiering er baseret på både kommunale og statslige midler.

I budgetaftalen for 2006 fremgår følgende:

Sundhedscentre

Med kommunalreformen får kommunerne ansvaret for flere sundhedsopgaver, herunder genoptræning og rehabilitering. Den opgave løses bedst i sundhedscentre, hvor arbejdet tilrettelægges og udøves med tværfaglig ekspertise, hvilket bl.a. giver mulighed for at forebygge indlæggelser og dermed efterleve intentionerne i den nye sundhedslov.

I forlængelse af de gode erfaringer, der er høstet med det første sundhedscenter for kronisk syge er parterne enige om at fortsætte udviklingen af sundhedscentre til andre målgrupper, bl.a. til de etniske minoritetsgrupper.

På denne baggrund er parterne enige om at afsætte 5 mio. kr. fra 2006 og frem til etablering og drift af yderligere sundhedscentre i kommunen. Sundhedsforvaltningen foreligger primo 2006 en udmøntningsplan for Sundheds- og Omsorgsudvalget, hvor der tages hensyn til eventuelle statslige tilskud til området.

I budgetaftalen for 2007 fremgår følgende:

Parterne er enige om at afsætte midler til et sundhedscenter for kronisk syge. Sundhedscentre for kroniske syge varetager rehabilitering af kronisk syge, der omfatter fysisk træning, rygeophør, diætvejledning og undervisning samt psykosocial støtte. Der afsættes 1,7 mio. kr. i anlæg i 2007 og 2,5 mio. kr. i drift i 2008 og 5 mio. kr. i drift i 2009 og frem til oprettelsen af sundhedscentret.

Parterne er enige om nødvendigheden af at styrke den forebyggende indsats på sundhedsområdet. Tilvejebringelse af midler hertil kan ske ved intern omprioritering i Sundheds- og Omsorgsudvalget.

I budgetaftalen for 2009 fremgår følgende:

Aftaleparterne er enige om at der er behov for at styrke indsatsen på sundhedsområdet med henblik på at varetage nogle af de nye opgaver, som kommunerne har fået på sundhedsområdet i lyset af kommunalreformen.

På den baggrund afsættes i drift 18 mio. kr. årligt i perioden 2009-2012 samt 9,5 mio. kr. i anlæg i 2009.

Midlerne skal finansiere følgende initiativer:

- ✓ *Oprettelsen af et sundhedscenter*
- ✓ *En udvidelse af det eksisterende kræftcenter*
- ✓ *Etablering af sundhedshus Amager*
- ✓ *En styrkelse af medicin håndteringen*
- ✓ *Tilskud til nedsættelse af egenbetaling til nærgymnastik*
- ✓ *Børns sundhed målrettet familier med overvægtige børn i alderen 8-12 år*

I budgetaftalen for 2010 fremgår følgende:

"Sundhedspakke – flere sundhedshuse. For at imødekomme kommunernes nye rolle i sundhedsvæsenet og hospitalernes specialisering er der behov for at skabe sammenhæng i sundhedstilbuddene til københavnere. Der etableres derfor to nye sundhedshuse i Vanløse og Brønshøj/Husum. Herudover afsættes der midler til drift af sundhedshusene på Vesterbro og Amager. (...) Parterne afsætter i anlæg 19,3 mio. kr. i 2010 og 3,3 mio. kr. i årlig drift fra 2011. Herudover er parterne enige om at afsætte 14,2 mio. kr. i 2010 og 22,2 mio. kr. i perioden 2011-2013 til drift af sundhedshusene på Vesterbro, Amager og Vanløse. Midlerne finansieres af puljen til aktivitetsbestemt medfinansiering på sundhedsområdet."

I overførselssagen for regnskab for 2010 fremgår følgende:

Parterne er enige om at afsætte i alt 25 mio. kr. til sundhedshuse: Dels til færdiggørelse af kræftrehabiliteringscentret og euro-rehabiliteringscentret Hasselbo og dels til etablering af et sundhedshus på Østerbro/Indre By. Parterne er enige om, at udmøntningen af midlerne afventer resultatet af evaluering og analyse af Sundhedshusene. I denne analyse skal samtidig indgå potentialet for samlokalisering med fx Sundhedsplejen, herunder om der kan opnås effektiviseringer på området. Parterne er enige om, at behovet for sundhedshuse fremadrettet skal ses i lyset af det stadig større ansvar som kommunerne skal løfte på sundhedsområdet samt den kommende ændrede lovgivning vedr. størrelsen af den aktivitetsbestemte medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen."

I budgetaftalen for 2011 fremgår følgende:

Københavns Kommune har i de senere år prioriteret etableringen af sundhedshuse i byen, hvor tankegangen har været at samle kommunale driftsfunktioner på sundhedsområdet, herunder forebyggelsesindsatser, rehabiliteringstilbud til den stigende andel af københavnere med kronisk sygdom, sygepleje og genoptræning efter hospitalsindlæggelse. Parterne er enige om at der afsættes midler til etablering af det 4. områdesundhedshus i lokalområde Nørrebro-Bispebjerg, herunder evaluering af de eksisterende sundhedshuse. Social ulighed i sundhed er en særlig udfordring i lokalområde Nørrebro-Bispebjerg. Med etableringen af Områdesundhedshuset er der desuden mulighed for også at indplacere den ortopædkirurgiske genoptræningsfunktion Ryg- og Genoptræningscenter København på samme adresse. Som følge af et stærk stigende antal genoptræningsplaner er der utilstrækkelig kapacitet i de nuværende lokaler på Hans Knudsens Plads, og der er ingen mulighed for udvidelse her. Der afsættes 7,5 mio. kr. i anlæg i 2011 til etablering af det 4. områdesundhedshus. Driftsudgifterne til det 4. sundhedshus indeholdes inden for Sundheds- og Omsorgsudvalgets eksisterende ramme. Parterne er enige om, at midler til deponering på 105 mio. kr. til de nye lokaler søges dækket gennem træk på lånerammen.

6b Oversigt over budget til aktiviteter i sundhedshuse

Sundheds- og Omsorgsudvalgets samlede driftsbudget 2011 til forebyggelsescentrene udgør i alt 45,4 mio. kr., hvoraf den midlertidige bevilling til sundhedshuse fra budgetaftale 2010, som udløber ultimo 2013, udgør 22,4 mio. kr. De resterende midler stammer fra varige bevillinger fra tidligere budgetaftaler.

I sundhedshusene er der også placeret bl.a. træningscentre, hvor der varetages træning efter serviceloven og sundhedsloven. Sidstnævnte er finansieret af midler tilført Sundheds- og Omsorgsudvalget i forbindelse med kommunalreformen. Det samlede driftsbudget i 2011 for træningscentre i sundhedshuse er 40 mio. kr.

Jf. afsnit 3a blev Sundheds- og Omsorgsforvaltningen tilført 42,8 mio. kr. (2007 p/l) til træning efter sundhedsloven og yderligere tilført 1,8 mio. kr. i 2008 til aktivitetsudvidelser på træningsområdet. Midlerne var finansieret af Økonomiudvalgets usikkerhedspulje til sundhedsområdet, som blev etableret i forbindelse med kommunalreformen. Det samlede budget 2011 til træning efter sundhedsloven udgør således 51,5 mio. kr. (2011 p/l). Budgetterne til træning efter serviceloven og til rygområdet var en del af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ramme før kommunalreformen.

Af tabel 6.1 fremgår Sundheds- og Omsorgsudvalgets samlede budget til forebyggelsescentre, træningscentre og selvstændige aktivitetscentre samt andelen af budgettet, der er forankret i regi af sundhedshuse. Sygeplejeklinikerne og hjemmesygeplejen er en del af Den Kommunale Sygepleje i lokalområderne, og andelen af opgaven forankret i sundhedshusene kan derfor ikke udskilles. I Vanløse er det pensionistklubben Veraklubben som er lokaliseret i sundhedshuset.

Tabel 6.1: Samlet bevilling til opgaver i sundhedshuse

Opgaver	Budget i alt (1.000 kr.)	- heraf i Sundhedshuse *
Patientrettet forebyggelse	18.488	18.488
Borgerrettet forebyggelse	26.878	26.878
Forebyggelsescentre I alt	45.366	45.366
Træning efter serviceloven	27.765	19.956
Træning efter sundhedsloven	51.452	20.041
Rygtræning	15.810	0
Træningscentre I alt	95.027	39.997
Aktivitetscentre	42.976	6.652
Sygepleje	161.492	**
I alt	344.861	92.015

* Inklusiv det samlokaliserede tilbud på Østerbro og Forebyggelsescenter Nørrebro

** Andelen af udgifterne til sygeplejeklinikker er en integreret del af det samlede budget til sygepleje.

De træningscentre som ikke er placeret i sundhedshusene er placeret enten på plejehjem, som endnu ikke er blevet moderniseret, i forbindelse med rehabiliteringscentre eller som selvstændige enheder (Ryg- og Genoptræningscenter København). De øvrige selvstændige aktivitetscentre som ikke er placeret i sundhedshusene, er hovedsageligt placeret på ikke-moderniserede plejehjem, eller som selvstændige enheder i borgenes nærområder og i mindre omfang på moderniserede plejehjem.

Etableringen af sundhedshuse giver desuden Sundheds- og Omsorgsforvaltningen mulighed for en mere effektiv implementering af statslige indsatser og nye sundhedsinitiativer tættere på borgerne i lokalområderne. Sundheds- og Omsorgsudvalget modtager således en statslig bevilling på 5,5 mio. kr. årligt frem til og med 2012 til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom. Bevillingen udmøntes til fem delprojekter og midlerne tilgår bl.a. koordination af kommunal implementering af de regionale forløbsprogrammer samt afprøvning af telemedicinsk indsats. Projektet tager udgangspunkt i en gennemgående forløbstækning, som skal danne grundlag for udviklingen af den samlede kommunale indsats, herunder forløb og indsatser i sundhedshuse. Budgettet til aktiviteterne i sundhedshusene fordelt på lokalområderne fremgår af nedenstående oversigt:

Tabel 6.2: Bevilling til aktiviteter i sundhedshuse (fordelt på enheder)

Budget til aktiviteter 2011 (1.000 kr.)	Vesterbro	Amager	Vanløse	Østerbro	Nørrebro *	I alt
Forebyggelsescenter	11.241	9.170	9.563	6.897	8.495	45.366
Træningscenter	11.237	9.740	10.511	8.509		39.997
Aktivitetscentre	824		800	5.028		6.652
Sygeplejeklinikker	0	0	0	0	0	0
I alt	23.302	18.910	20.874	20.434	8.495	92.015

* Sundhedshus Nørrebro er endnu under planlægning; medtaget her er kun det nuværende Forebyggelsescenter Nørrebro

Ved flytning af træningscentrene, fra deres tidligere placering på plejehjem til deres nuværende placering i sundhedshuse, er der sket en udvidelse af træningscentrenes arealer på 70%. Dette skal dog ses i sammenhæng med den tidligere nævnte stigning i gennemførte træningsforløb på ca. 200%,

siden kommunalreformen trådte i kraft, jf. figur 3.1 i afsnit 3a.

6c

Etablering af sundhedshuse (anlæg og deponering)

Etableringen af sundhedshusene dækker over udgifter til henholdsvis anlæg og deponering. De oprindelige anlægsbevillinger til sundhedshusene, vedtaget som følge af politisk prioritering med budgetaftaler, udgør 51,3 mio. kr. Derudover er der tilført 25 mio. kr. inden for Sundheds- og Omsorgsudvalgets ramme ved omprioritering af drifts- og anlægsmidler fra andre områder samt optagelse af interne lån. Indtil videre er der brugt 23,4 mio. kr. i forbindelse med de to afsluttede anlægssager på Amager og Vesterbro, og der forventes at blive brugt 18,7 mio. kr. på anlæg af Sundhedshus Vanløse. Derudover er der tilbageført 10,8 mio. kr. til kommunkassen i forbindelse med den annullerede anlægssag på Voldparkens Skole på i alt 19,3 mio. kr., mens de resterende 8,5 mio. kr. indgår i finansieringen af Sundhedshus Vanløse.

Tabel 6.3: Anlæg af sundhedshuse

Mio. kr.	Oprindelig anlægsbevilling	SOU Internt tilførte midler	Anlægsbevilling i alt	Anlægsregnskab	Status
Amager	3,5	14,8	18,3	16,8	Afsluttet
Vesterbro	6,0		6,0	6,7	Afsluttet
Vanløse		18,7	18,7		Pågår
Voldparkens skole	19,3	-8,5	10,8	0,0	Annulleret
Nørrebro	7,5		7,5		
Østerbro	15,0		15,0		
I alt	51,3	25,0	76,3	23,5	

Deponering

Når kommunen lejer lokaler i tredjemands lejemål, skal der deponeres. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har tidligere fået ministeriel dispensation på en tredjedel af deponeringssummen til de lokaler, som etableres til nye opgaver, der kom som følge af kommunalreformen. Det omfatter eksempelvis forebyggelsescentrene.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har desuden ansøgt og fået tilsagn fra ministeriet om, at forvaltningen kan videreudleje lokaler til praktiserende læger og andre sygesikringsydere, uden at forvaltningen skal deponere for disse lokaler. Dermed kan forvaltningen i højere grad facilitere de praktiserende lægers indflytning i sundhedshusene.

Deponeringsudgifterne til sundhedshusene har indtil videre udgjort 71,1 mio. kr., jf. tabel 6.4, hvoraf 66,7 mio. kr. er blevet finansieret via træk på lånerammen og 4,4 mio. kr. via Sundheds- og Omsorgsforvaltningens driftsramme.

Tabel 6.4: Deponering i forbindelse med etablering af sundhedshuse

Sundhedshus	Adresse	Deponerings- beløb (1.000 kr.)	Finansiering af deponeringsbeløb
Amager	Hans Bogbinders Alle 3	9.901	Træk på lånerammen
Vesterbro-Kgs. Enghave	Vesterbro- gade 121	29.241	Træk på lånerammen
Vesterbro (udlejning til Hvidovre Hospital)	Vesterbro- gade 121	4.416	Træk på lånerammen
Vesterbro (ekstra SUF m ²)	Vesterbro- gade 121	4.416	Sundheds- og Omsorgsforvaltningens driftsramme
Vanløse	Indertoften	23.123	Træk på lånerammen
I alt		71.097	

6d Oversigt over sundhedshusenes ejendomsgifter

I planlægningen af sundhedshuse arbejdes der med en overordnet kvadratmetergrundmodel. For både træningscentre og forebyggelsescentre udgør kvadratmeterbehovet for hver enhed 800 m². Dertil kommer 300 m² til borgerrettede funktioner.

Sundhedshusenes samlede areal er 18.450 m² (inklusiv det samlokaliserede tilbud på Østerbro), jf. tabel 6.5.

Grundmodellen for kvadratmeter er fastsat i tæt dialog med medarbejdere og de mange erfaringer, der er fra eksisterende forebyggelsescentre og træningscentre. Modellen baseres på, at over 70% af arealet skal anvendes direkte til aktiviteter målrettet borgerne i form af træningssale, træningskøkkener, samtalerum og undervisningslokaler, samt omklædningsfaciliteter og ventearaler.

Størstedelen af de resterende arealer der betales husleje for, kan henføres til fællesarealer/ servicearealer samt til almindelig drift i sundhedshuset, som fordeles forholdsvist til de enkelte enheder.

I forhold til de enkelte sundhedshuse kan der ske justeringer af kvadratmetertallet i forhold til den konkrete bygning.

Tabel 6.5: Fordeling af sundhedshusenes eksisterende arealer

Areal (m ²) - 2011	Vesterbro	Amager	Vanløse	Østerbro	Nørrebro *	I alt
Forebyggelsescenter	780	1.165	1.145	573	650	4.313
Sundhedshusfunktioner (fælles)	419					419
Træningscenter	880	806	1.361	573		3.620
Aktivitetscenter	38		184	623		845
Sygeplejeklinik	105	87	210	49		451
Den Kommunale Sygepleje			705			705
Hjemmepleje		1.519		2.214		3.733
Forebyggere **	96					96
Områdekontor	0		1.457			1.457
SUF funktioner	2.318	3.577	5.062	4.032	605	15.639
Børnevægtscenter	238					238
Alkoholbehandling SOF		229				229
KK funktioner	238	229	0	0	0	468
Jordemoderklinik	322					322
Fysioterapeut			489			489
Lægepraksis		425	380			805
Eksterne funktioner	322	425	869	0	0	1.616
Ledige arealer	1.158	0	439	0	0	1.597
I alt	4.037	4.231	6.370	4.032	650	19.319

* Sundhedshus Nørrebro er endnu under planlægning; medtaget her er kun det nuværende Forebyggelsescenter Nørrebro

** Forebyggerne indgår også på Amager, Vanløse og Østerbro, men arealet hertil indgår under hjemmepleje og sygeplejeklinik.

Ledige arealer

I forhold til de ledige arealer har der siden etablering af Sundhedshus Vesterbro-Kgs. Enghave været løbende dialog med forskellige praktiserende læger om eventuel indflytning i sundhedshuset. Alle praktiserende læger i området er kontaktet flere gange om mulighed for lokaler, ligesom det har været nævnt på lægelaugsmøder. Indtil videre er der ingen af henvendelserne, der har ført til konkret indgåelse af lejeaftaler. Prioriteringen har hidtil været, at den primære målgruppe er de praktiserende læger. Såfremt der ikke indgås aftale med praktiserende læger inden august 2011, vil lokale funktioner fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen blive flyttet ind. De ledige arealer i Sundhedshus Vanløse på 3. sal og i stueetagerne vil blive udlejet til andre sygesikringsydere og andre kommunale funktioner i det omfang, det viser sig nødvendigt. Lokalerne forventes udlejet inden årets udgang.

Sundhedshusenes huslejudgifter udgør 18,7 mio. kr. jf. tabel 6.6.

Tabel 6.6: Sundhedshusenes huslejeudgifter

Huslejeudgifter kr. – 2011	Vesterbro	Amager	Vanløse	Østerbro	Nørrebro *	I alt
Forebyggelsescenter	1.395	591	1.084	565	691	4.325
Sundhedshusfunktioner (fælles)	940	0	0	0		940
Træningscenter	1.580	606	1.288	565		4.038
Aktivitetscenter	61	0	192	627		879
Sygeplejeklinik	168	0	199	54		420
Den Kommunale Sygepleje	0	0	667	0		667
Hjemmepleje	0	985	0	2.424		3.409
Forebyggere	153	0	0	0		153
Områdekantor	0	0	1.379	0		1.379
SUF funktioner	4.295	2.182	4.807	4.235	691	16.210
Børnevægtscenter	381					381
Alkoholbehandling SOF						0
KK funktioner	381	0	0	0	0	381
Jordemoderklinik	0					0
Fysioterapeut			0			0
Lægepraksis		0	0			0
Eksterne funktioner	0	0	0	0	0	0
Ledige arealer	1.713	0	438	0	0	2.151
I alt	6.389	2.182	5.245	4.235	691	18.742

* Sundhedshus Nørrebro er endnu under planlægning; medtaget her er kun det nuværende Forebyggelsescenter Nørrebro

Af tabel 6.7 fremgår sundhedshusenes huslejeudgifter per m².

Tabel 6.7: Huslejeudgifter per m² i sundhedshusene

	Vesterbro	Amager	Vanløse	Østerbro	Nørrebro *	I alt
Huslejeudgifter per m ²	1.583	516	953	1.050	1.063	1.025

* Sundhedshus Nørrebro er endnu under planlægning; medtaget her er kun det nuværende Forebyggelsescenter Nørrebro

Som det fremgår, er huslejeudgifterne til Sundhedshus Vesterbro-Kgs. Enghave betydeligt højere sammenlignet med de øvrige sundhedshuse, hvilket skyldes sundhedshusets centrale placering med henblik på at øge tilgængeligheden til de kommunale sundhedstilbud i bydelen. Sundhedshus Amagers lavere huslejeudgifter skyldes huslejerabat som følge af anlægsinvesteringen i bygningen. Huslejen betales fuldt ud i 2012. Det fremgår også, at huslejeudgifterne i Sundhedshus Vanløse ikke er højere end huslejeudgifterne til de eksisterende forebyggelsescentre på Østerbro og Nørrebro.

Københavns Ejendomme har i forbindelse med godkendelse af sundhedshusenes lejekontrakter for de pågældende lejemål forholdt sig til, at lejeudgifterne er i overensstemmelse med den reelle markedsleje.

6e Placering af træningscentre i sundhedshuse

I 2004 vedtog Sundheds- og Omsorgsudvalget en langsigtet strategi for moderniseringen af de utidssvarende plejehjem i Københavns Kommune. Planen omfattede modernisering og ombygning af utidssvarende plejehjem til moderne plejeboliger. Moderniseringsplanen blev godkendt i

Borgerrepræsentationen og efterfølgende tiltrådt i budgettet for 2005. Da træningscentrene var placeret på servicearealer på utidssvarende plejehjem, blev det nødvendigt at finde nye lokaler til træningscentrene, når de pågældende plejehjem blev lukket med henblik på modernisering.

Eftersom de nybyggede plejehjem blev bygget i samarbejde med boligselskaber, blev boligarealerne større og mere tidssvarende men på bekostning af servicearealer. Dermed reduceredes servicearealernes andel af plejehjemmenes samlede areal. Grundet de nye arealmæssige begrænsninger ville det på hovedparten af de moderniserede plejehjem ikke være muligt at placere et træningscenter, som vil kunne fungere som en funktionel bæredygtig enhed.

Før kommunalreformen i 2007 havde Sundheds- og Omsorgsforvaltningen ansvaret for træning efter serviceloven dvs. genoptræning af borgere over 65 år. Opgaven var forankret i otte organisatoriske enheder: Otte træningscentre, som var fysisk beliggende på plejehjemmenes servicearealer. Derudover har en selvstændig enhed, Ryg- og Genoptræningscenter København (RGK), på Hans Knudsens Plads varetaget opgaven med rygdredning, samt en indsats i samarbejde med Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen for at sikre borgere mod udstødelse fra arbejdsmarkedet.

I forbindelse med kommunalreformen fik forvaltningen derudover ansvaret for varetagelsen af træning efter sundhedsloven. Det vil sige at almen ambulans genoptræning af borgere i samtlige aldersklasser skulle udføres i kommunale genoptræningscentre jf. afsnit 3a. En målgruppe som er væsentlig forskellig fra den målgruppe, som hidtidigt havde modtaget træning på plejehjemmene. Kommunalreformen betød således, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen fik ansvaret for en række nye specialer på genoptræningsområdet (jf. afsnit 3a), og samtidig fik overført medarbejdere fra hospitalerne (ca. 35 årsværk), som tidligere havde varetaget disse specialer.

Alt dette betød et akut behov for at se på hele træningsområdet i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i forhold til at tilpasse træningscentrene til de nye krav og behov. Ønsket var større fagligt bæredygtige og tidssvarende træningscentre, som har kompetencerne og faciliteterne i forhold til at kunne rumme forskellige specialer inden for genoptræning, og som er fysisk hensigtsmæssigt placeret på en sådan måde, at borgerne har let adgang til træningscenteret, og terapeuterne naturligt kan samarbejde med andre enheder omkring borgerne for at sikre et sammenhængende borgerforløb.

Sammenlægning af træningsopgaver i kommunen fra både service- og sundhedsloven har, som det fremgår af afsnit 3a, medført en stigning i antallet af forløb fra 4.695 i 2006 til et forventet antal genoptræningsforløb i 2011 på 13.858 (ca. 200%), men en øget vækst i udgifterne til træning på bare 70% (ca. 37,5 mio. kr) fra 2006 til 2011, jf. tabel 6.8.

Tabel 6.8: Udvikling i udgifter til træning 2006-2011

Træningsområdet 1.000 kr. (2011-pl)	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Udgifter - ekskl. Ejendom	53.409	72.783	75.543	85.430	88.693	90.825
Udvikling i %	100%	136%	141%	160%	166%	170%

Den store stigning i antallet af forløb samt i kompleksiteten i træningsopgaven har naturligt medført et behov for at øge den fysiske kapacitet i de kommunale træningscentre. Med baggrund i erfaringerne med Ryg- og Genoptræningscenter København samt forventningerne til udviklingen i antallet af forløb har strategien på træningsområdet således været at etablere større enheder, som er mere bæredygtige i forhold til økonomi, kapacitet og faglighed.

Moderniseringsplanen på plejehjemsområdet har dermed medvirket som en katalysator for en moderniseringsplan af træningscentrene. Kapacitetsmulighederne i sundhedshusene har således sikret en succesfuld tilpasning til den massive vækst i træningsopgaver, som hospitaler tildeler.

Træningscentrenes fysiske placering i henholdsvis 2006 og 2011 fremgår af nedenstående tabel 6.9:

Tabel 6.9: Træningscentrenes placering og arealer i 2006 og 2011

Enhed	2006		2011	
	Placering	Areal (m ²)	Placering	Areal (m ²)
Træningscenter Amager	Plejhjem Hørgården	220	Sundhedshus Amager	806
Træningscenter Bispebjerg	Plejhjem Håndværkerforeningen	258	Rehabiliteringscenter Dortheagården	333
Træningscenter Nørrebro	Plejhjem Sølund	461	Plejhjem Sølund	661
Træningscenter Indre By	Plejhjem Rosenborgcentret	324	Plejhjem Rosenborgcentret	373
Træningscenter Østerbro	Plejhjem Gl. Kloster	225	Østerbro samlokaliserede tilbud	573
Træningscenter Vanløse/Brønshøj-Husum	Plejhjem Hasselbo	400	Sundhedshus Vanløse	1.361
Træningscenter Vesterbro-Kgs. Enghave	Plejhjem Plejebo	410	Sundhedshus Vesterbro	880
Træningscenter Valby	Plejhjem Hermann Koch Gården	240		
Ryg- og Genoptræningscenter KBH	Hans Knudsens Plads	2.610	Hans Knudsens Plads	2.610
Neurologi- og Rehabilitering KBH			Rehabiliteringscenter Hasselbo	163
I alt		5.148		7.760

For at sikre en bæredygtig opgavevaretagelse varetages størstedelen af træningsopgaven i dag i de store træningscentre i sundhedshusene. To af de mindre enheder varetager specialiseret træning i forbindelse med de kommunale rehabiliteringspladser og er således placeret direkte i disse enheder, med det formål at rationalisere træningen af rehabiliteringsborgere.

For at optimere driften af de mindre træningscentre vil der i 2012 opnås administrative besparelser ved organisatorisk at sammenlægge Træningscenter Østerbro med Træningscenter Indre By som led i at enhederne på Østerbro udvikles til et sundhedshus, og en organisatorisk sammenlægning af Træningscenter Nørrebro med Træningscenter Bispebjerg. Ud af de ni enheder, som varetog træningsopgaver i 2006, er

fem enheder flyttet til de tre etablerede sundhedshuse og det samlokaliserede tilbud på Østerbro. Etableringen af Sundhedshus Vesterbro-Kgs. Enghave har således medført en sammenlægning af Træningscenter Vesterbro-Kgs. Enghave og Træningscenter Valby. Det tiltænkes, at Træningscenter Nørrebro og Ryg- og Genoptræningscenter København vil flytte til Sundhedshus Nørrebro, når det åbner.

På grund af kapacitetstilpasningen er træningscentrenes areal således øget fra 5.148 m² i 2006 til 7.760 m² i 2011, svarende til en stigning på 51%.

Udviklingen i huslejeudgifterne til træningscentrene ved flytning fra plejehjem til sundhedshuse er vist i nedenstående tabel. Heri fremgår det, at den gennemsnitlige kvadratmeterpris er øget fra 718 kr. per m² til 1.116 kr. per m², svarende til en stigning på 55%. Stigningen skyldes blandt andet at en del af træningscentrene i 2006 var placeret på plejehjem i kommunalt ejede bygninger.

Tabel 6.10: Træningscentre huslejeudgifter kvadratmeterpris 2006 og 2011

Pris per m ²	Amager	Vesterbro	Vanløse	Østerbro	Gnst. m ² pris
2006	821	939	554	272	718
2011	752	1.795	946	986	1.116

Placeringen af Sundhedshus Vesterbro-Kgs. Enghave var begrundet i et strategisk ønske om at placere sundhedshuset på en central beliggenhed, som dermed øger tilgængeligheden og synligheden. Det medførte en stor stigning i prisen per m², som følge af niveauet for markedsløjen på Vesterbro.

Alternativ placering af sundhedsopgaverne

Alternative placeringer til sundhedshusene for kommunens sundhedstilbud vil medføre, at de kommunale enheder og tilbud vil blive placeret fragmenteret over hele byen. Samtidig vil det ikke muliggøre stordriftsfordele, synergieffekter, give samme tilgængelighed for borgerne, eller give forvaltningen omstillingsmuligheder i samme grad som ved en samlokalisering i sundhedshuse. Den grundlæggende præmis for placering af enhederne i sundhedshuse eller i alternative lejemål spredt i byen vil under alle omstændigheder være den reelle markedsløje.

Kapitel 7

Opsummering, perspektiver og anbefalinger

7 Opsummering, perspektiver og anbefalinger

Erfaringerne med opbygningen af en kommunal infrastruktur på sundhedsområdet, der matcher det opgavesæt som kommunerne har stået overfor siden kommunalreformens gennemførelse i 2007, peger i Københavns Kommune mod følgende konklusioner og anbefalinger.

7a Opsummering og perspektiver

På baggrund af de forrige afsnit i evalueringen opsummeres nedenfor de vigtigste pointer.

Opsummering 1: Sundhedshuse løser en kapacitetsmæssigt udfordring på en økonomisk hensigtsmæssig måde

- ✓ Den nødvendige kapacitetsudvidelse, som følge af opgaveovertagelsen på træningsområdet i forbindelse med kommunalreformen, er implementeret i sundhedshusene, med afsæt i en bæredygtighedstanke i forhold til økonomi og faglighed.
- ✓ Sundhedshusene udgør en nødvendig fysisk ramme for placering af de lovbundne sundhedsopgaver indenfor **genoptræning**, indsats overfor borgere med **kronisk sygdom** og **sygepleje**. Der skal arbejdes videre med at optimere udnyttelsen af arealerne, opnå yderligere effektive forløb gennem løbende omstilling mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningens egne basis tilbud samt fokuseres på hurtigere udnyttelse af vakante kvadratmeter.

Opsummering 2: De kommunale sundhedsopgaver er i fortsat vækst

På **genoptræningsområdet** som følge af den fortsatte vækst i almene genoptræningsplaner fra hospitalerne.

- ✓ Udviklingen i forløb i kommunale træningscentre er steget fra 4.695 i 2006 til forventet antal på 13.858 i 2011.
- ✓ Den samlede udgift til træningsområdet har siden 2006 udviklet sig med en stigning på 70% til 91 mio. kr. i 2011.
- ✓ Optimalt befolkningsgrundlag = 100.000 borgere.

På **kronisk sygdom** som følge af nye aftaler med regionen i sundhedsaftalerne samt en stadig voksende andel af borgere med kronisk sygdom.

- ✓ Som følge af den demografiske udvikling estimeres det, at antallet af borgere i forebyggelsescentre vil øges med 8% frem til 2015, og med 15% frem til 2020.
- ✓ Merudgifterne til borgere med kronisk sygdom udgør 26.000 kr. per borger per år.
- ✓ Udgiften til de patientrettede forebyggelsestilbud udgør 12,7 mio. kr. i 2011.
- ✓ Udgiften til de borgerrettede forebyggelsestilbud udgør 20 mio. kr.
- ✓ Optimalt befolkningsgrundlag = 100.000 borgere.

På **sygeplejeområdet** som følge af øget specialisering på hospitalerne, stadig hurtigere udskrivning og flytning af stadig mere komplekse opgaver.

- ✓ Målet er at 90% af borgere i målgruppen skal modtage sygepleje på klinik.
- ✓ Med den nuværende kapacitet på sygeplejeklinikkerne kan op til 42% af borgere i målgruppen modtage sygepleje på klinik.
- ✓ Optimalt befolkningsgrundlag under 100.000 borgere.

Opsummering 3:

Sundhedshuse udgør den rigtige driftsunderstøttende struktur

Moderniseringen af de københavnske plejehjem har medført en;

- ✓ Nødvendig og hensigtsmæssig flytning af træningscentre til sundhedshusene, hvormed der blev skabt nutidige rammer henvendt til alle aldre.

Effekten af det borgernære sundhedsvæsen skabes i de enkelte indsatser;

- ✓ Men den fortsatte udvikling i mængden af opgaver – indholdsmæssigt og omfangsmæssigt – gør, at en fragmenteret opgaveløsning på sigt ikke længere udgør et bæredygtigt alternativ til sundhedshusene.

I sundhedshusene integreres tilbudene i træningscentre og forebyggelsescentre gennem den samme visitationspraksis;

- ✓ For hver henvisning af en borger, sker der en samlet vurdering af, om borgeren skal have tilbud i træningscenter eller forebyggelsescenter, eller ved særligt behov en kombination heraf.

Tilsvarende er der en stor del af borgere med kronisk sygdom, der også modtager hjemmepleje og sygeplejeydelser;

- ✓ Der er derfor behov for et forstærket fokus på at give en tidlig indsats og mindske eller udsætte behovet for senere kommunale og regionale ydelser.

Sundhedshusene er ikke alene driftsunderstøttende i forhold til opgaverne i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen men er også fremmende i forhold til samarbejdet på tværs af sundhedstilbud i forvaltningerne i Københavns Kommune og i forhold til de øvrige aktører i sundhedsvæsenet – særligt almen praksis og udvalgte dele af hospitalsvæsenet.

Opsummering 4:

Den optimale struktur for sundhedshusene har tre niveauer

Københavns Kommune arbejder med tre typer sundhedshuse, differentieret på baggrund af det nødvendige befolkningsgrundlag for tilbudene indeholdt i sundhedshusene:

1. Område-sundhedshuse (befolkningsgrundlag = 100.000 borgere)
2. Satellit-sundhedshuse (befolkningsgrundlag < 100.000 borgere)
3. Bydækkende sundhedshuse (befolkningsgrundlag > 100.000 borgere)

Perspektiver

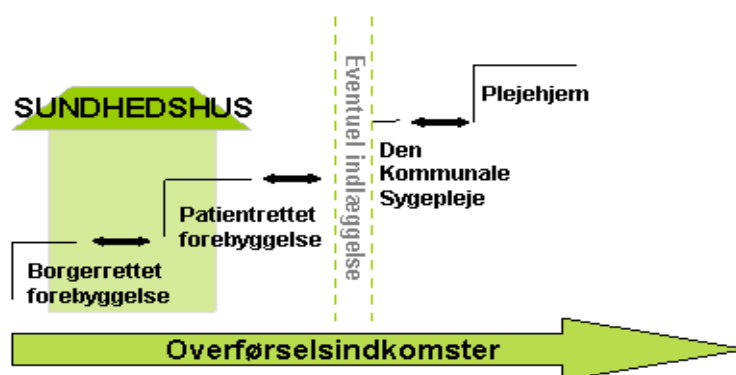
Perspektiv 1: Sundhedshuset som en udsættende faktor i forhold til fremtidige udgifter

Samlet set er forventningen, at sundhedshuse som struktur i det borgernære sundhedsvæsen vil medvirke til at tage toppen af stigningen i de kommunale sundhedsudgifter ved at bidrage til:

- ✓ Optimal drift på sundhedsområdet
- ✓ En mere effektiv opgaveløsning
- ✓ En udsat sygdomsprogression
- ✓ Et reduceret behov for kommunale og regionale ydelser

Figur 7.1 illustrerer hvorledes indsatserne i sundhedshuse udskyder behovet for andre kommunale og regionale ydelser samt overførselsindkomster.

Figur 7.1: Sundhedshuset som en udsættende faktor i forhold til fremtidige udgifter



Perspektiv 2: Synergi på sundhedsområdet i hele København er en forudsætning for opgaveløsningen

Sundhedshuse som ramme for øvrige aktører øger synergi og samarbejdet på tværs

Den fremtidige opgaveløsning afhænger af, at der skabes synergi mellem alle sundhedstilbud i Københavns Kommune på tværs af forvaltninger. Der er i dag erfaringer med givtigt samarbejde på børne- og alkoholområdet, ligesom et samarbejde omkring sygedagpengemodtagere er en nødvendighed:

- ✓ Placeringen af tilbudet til overvægtige børn og deres familier i Sundhedshus Vesterbro-Kgs. Enghave, i samarbejde med Børne- og Ungdomsforvaltningen, har medført øget samarbejde og kvalitet i tilbudet, bl.a. ved øget fokus på forebyggelse og sundhedsfremme til børn gennem forebyggelsescentrets tilbud.
- ✓ Placeringen af Socialforvaltningens alkoholfunktion i Sundhedshus Amager er et eksempel på at opgavefællesskaber kan skabe nye muligheder og opmærksomhedspunkter i forhold til borgere med flere behov. Socialforvaltningen vil udarbejde en business case vedrørende

perspektiverne i samarbejdet ved indplacering af alkoholfunktionen i sundhedshuse.

- ✓ Udvidet brug af sygeplejeklinikker i regi af Sundheds- og Omsorgsforvaltningen udgør et andet udviklingsområde. De to forvaltninger har haft initiale drøftelser om perspektiver for udvidelse i relation til en afgrænset gruppe af yngre borgere, som med fordel kan modtage sygepleje i en klinik. Det estimeres at dreje sig om ca. 50 borgere per år.
- ✓ Københavns Kommune har en fortsat stor og stigende udgift til sygedagpengemodtagere. Den seneste undersøgelse viser, at København har en merudgift på 1.600 kr. for hver sygedagpengemodtager. Det er derfor afgørende, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen i fællesskab får udviklet indsatsen til denne gruppe borgere.

Perspektiv 3: Synergi i hele primærsektoren skal fremmes

Sundhedshuse er tænkt som den fysiske og organisatoriske platform for samarbejde med praktiserende læger. De praktiserende læger udgør det lægefaglige omdrejningspunkt i primærsektor og er en vigtig samarbejdspartner. Ikke desto mindre viser de første erfaringer, at det har været vanskeligt at få de praktiserende læger til at lokalisere sig i sundhedshuse.

Øvrige sygesikringsydere er i dag repræsenteret ved en privat praktiserende fysioterapiklinik i Sundhedshus Vanløse. Der er endnu ikke erfaringer med samarbejdet her, og gevinsten ved indplacering af øvrige sygesikringsydere er et udviklingsområde.

Samarbejdet med regionen er indtil videre baseret på Hvidovre Hospitals jordemodercenter i Sundhedshus Vesterbro-Kgs. Enghave. Hertil kommer en række planlagte samarbejder i forhold til det telemedicinske område.

Opsummering og perspektiver – en samlet vurdering

Sundhedshusene løser den økonomiske og kapacitetsmæssige udfordring, som den fortsatte vækst i sundhedsopgaver stiller det kommunale sundhedsvæsen overfor.

Område-sundhedshuse udgør en nødvendig fysisk ramme for placering af de lovbundne sundhedsopgaver, og der skal derfor arbejdes videre med at optimere udnyttelsen af arealer, opnå yderligere effektive forløb gennem løbende omstilling mellem de tre af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens egne basis tilbud, fokuseres på hurtigere udnyttelse af vakante kvadratmeter samt etablere en struktur med fem satellit-sundhedshuse.

7b

Anbefalinger

Både opsummeringer og perspektiver leder hen imod en række anbefalinger.

En investering i fremtiden

Etableringen af sundhedshuse er et udtryk for en samlet optimering af det borgernære sundhedsvæsen. Sundhedshusene forudsætter en nutidig investering, men vil på sigt medvirke til at bremse udviklingen i de kommunale udgifter og dermed tjene sig selv ind i løbet af en årrække.

ANBEFALING 1

At sundhedshuse konsolideres i en struktur med fem område-sundhedshuse og fem satellit-sundhedshuse.

At område-sundhedshusene færdigetableres ved at de samlokaliserede enheder på Østerbro udbygges til et område-sundhedshus, hvormed to træningscentre lægges sammen, og der suppleres med tilbud fra øvrige forvaltninger og almen praksis.

At sundhedshusene videreudvikles som det fysiske omdrejningspunkt i det borgernære sundhedsvæsen for dermed at ruste København til på den mest omkostningseffektive og tidssvarende måde at udfylde sin rolle i det fremtidige sundhedsvæsen i tråd med Københavnerfortællingen.

Det fremtidige sundhedslandkort

Konklusionerne om befolkningsgrundlag i forhold til de enkelte opgaver fordrer en differentieret struktur i forhold til udbygningen af det kommunale sundhedslandkort.

Kerneopgaverne med genoptræning og rehabilitering af borgere med kronisk sygdom fordrer et befolkningsgrundlag på ca. 100.000, mens sygeplejeklinikker kan fungere med et befolkningsgrundlag, der er lavere.

Områdesundhedshuse og de bydækkende sundhedshuse bør derfor suppleres med satellit-sundhedshuse, til sikring af den størst mulige tilgængelighed.

Tabel 7.1: Befolkningsgrundlag og placering i sundhedshus

Befolkningsgrundlag	Placering i sundhedshus
> 100.000	Bydækkende sundhedshus , fx kræft, neurologi
100.000	Område-sundhedshus Fx genoptræningscenter, forebyggelsescenter, alkoholbehandling
< 100.000	Mulighed for placering i satellit-sundhedshus , fx sygeplejeklinik

For at opnå den rette tilgængelighed skal satellit-sundhedshusene placeres i bydele uden område-sundhedshuse. Det omfatter bydelene:

- ✓ Valby
- ✓ Brønshøj/ Husum
- ✓ Bispebjerg
- ✓ Indre By
- ✓ Amager Øst

ANBEFALING 2

At der etableres lokale sundhedshus-satellitter i områder uden område-sundhedshuse med fælles ledelse med det nærmest liggende område-sundhedshus

At udbygningen tager udgangspunkt i den nødvendige kapacitetstilpasning i sygeplejeklinikkerne.

Synergi i opgaveløsningen

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Sundhedshusene muliggør en styrket faglighed og ledelse på tværs af indsatser og gør dermed de enkelte tilbud mindre sårbare. Overordnet set er sundhedshusene således med til at solidgøre den samlede opgaveløsning gennem:

- ✓ Faglig synergi
- ✓ En tydelig indgang for borgere og sundhedsprofessionelle
- ✓ En platform for den fortsatte udvikling af det kommunale sundhedsområde
- ✓ Økonomisk effektivitet

Københavns Kommune

Synergien afgrænser sig ikke til Sundheds- og Omsorgsforvaltningens tilbud. Der er også indhøstet værdifulde erfaringer i samarbejdet med Socialforvaltningen, Børne- og Ungdomsforvaltningen og Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen.

For at indfri det fulde potentiale i synergien i de kommunale sundhedsopgaver skal rammerne for den videre udvikling ligges fast.

ANBEFALING 3

At Københavns Kommunes sundhedstilbud på alkoholområdet og beskæftigelsesområdet indplaceres i sundhedshuse.

At yderligere integration af sundhedstilbud på tværs af forvaltninger fortsat tænkes ind i regi af sundhedshuse.

Almen praksis

Almen praksis udgør som det lægefaglige omdrejningspunkt i primærsektor og gatekeeper til det specialiserede sundhedsvæsen den vigtigste lægefaglige samarbejdspartner i det borgernære sundhedstilbud.

Hospitaler

Omlægning af arbejdet på hospitalerne mod stadig mere ambulante virksomhed stiller nye krav til samarbejde og kommunikation, fx i forhold til ændringer i borgernes medicin. Samtidig giver en øget ambulante aktivitet mulighed for at øge nærheden og kvaliteten i behandlingen gennem teknologisk understøttede samarbejder mellem hospital og sundhedshuse.

ANBEFALING 4

At samlokalisering med almen praksis prioriteres i område-sundhedshusene – på trods af de hidtidige udfordringer med at få de praktiserende læger til at flytte ind i husene.

At udvalgte ambulante hospitalsfunktioner integreres i område-sundhedshusene, samtidig med at område-sundhedshusene danner udgangspunkt for et øget telemedicinsk samarbejde med hospitalerne.

KØBENHAVNS KOMMUNE

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
Sjællandsgade 40
2200 København N.

Telefon: 3366 3366
E-mail: suf@suf.kk.dk
www.kk.dk

