

**Forslagets titel:** **I2) Tidlig indsats og opsporing af kronisk sygdom gennem styrket kommunalt-lægeligt samarbejde**

**Kort resumé:** Flere og flere borgere lider af en kronisk sygdom og de kommunale udgifter til pleje og omsorg af borgere med kronisk sygdom er stigende. En tidligere indsats kan være med til at borgerne lever flere gode år med deres sygdom og samtidig udskyde og nedsætte behov for pleje og omsorg. En nøgelfaktor i en tidlig indsats er samarbejdet med almen praksis, der oftest har den første kontakt med borgerne, når en kronisk sygdom er opstået.

**Fremstillende forvaltning:** Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

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

**1.1 FORSLAGETS SAMLEDE ØKONOMISKE KONSEKVENSER**

**Tablet 1. samlede økonomiske konsekvenser**

1.000 kr. 2017 p/l	Styrings-område	2018	2019	2020	2021
<b>Varige ændringer</b>					
Reduktion i visiteret tid til pleje og omsorg	Service	0	0	-3.914	-4.892
Praksiskonsulenter og visitator	Service			636	636
<b>Samlet varig ændring</b>	<b>Service</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-3.278</b>	<b>-4.256</b>
<b>Implementeringsomkostninger</b>					
Kontaktperson for almen praksis i projektopstartsperioden	Service	636	636	0	0
Informationsmøder for almen praksis vedr. kommunale tilbud	Service	98	98	98	98
Målrettet informationsmateriale vedr. kommunale tilbud	Service	98	29	29	29
Midlertidig driftsudgift til 2 praksiskonsulenter	Service	245	245	0	0
Midlertidig driftsudgift til visitator/sekretær	Service	391	391	0	0
<b>Samlede implementeringsomkostninger</b>		<b>1.468</b>	<b>1.399</b>	<b>127</b>	<b>127</b>

<b>Samlet økonomisk påvirkning</b>	<b>Service</b>	<b>1.468</b>	<b>1.399</b>	<b>-3.151</b>	<b>-4.129</b>
Tilbagebetalingstid baseret på serviceeffektivisering	3				
Tilbagebetalingstid baseret på totaløkonomi	3				

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

## 1.2 BAGGRUND OG FORMÅL

Københavns Kommune oplever en stadig stigning i antallet af borgere med kroniske sygdomme. Således forventes det blandt andet, at antallet af borgere med type 2-diabetes vil stige fra 25.000 i 2017 til godt 52.000 i 2040, ligesom andelen af borgere, der lider af hjertekarsygdomme og kræft også er stigende.

De store kroniske sygdomme som KOL, diabetes og hjerte-kar sygdom er forbundet med betydelige omkostninger i form af behandling, pleje, produktionstab og tidlig død. På landsplan løber udgifterne til pleje og praktisk hjælp alene for borgere med diabetes og KOL op i en halv milliard kroner årligt<sup>1</sup>.

Kendetegnende for de store kroniske sygdomme er imidlertid, at man med en tidlig indsats kan styrke borgernes livskvalitet, og øge deres viden og kompetencer til egenomsorg så behovet for sundhedsydelse og praktisk hjælp på længere sigt kan udskydes og/eller reduceres. På diabetesområdet kan man med en tidlig indsats minimere risikoen for udvikling af alvorlige komplikationer som amputation, blindhed og nyre sygdomme.

I Københavns Kommune har vi mange forebyggende og rehabiliterende tilbud af høj kvalitet til de borgere, der rammes af kroniske sygdomme. Egen læge er som hovedregel den instans, der møder borgeren først, når en kronisk diagnose stilles. For at blive henvist til et forebyggende kommunalt rehabiliteringstilbud kræves en lægehenvielse, da egen læge er tovholder i et kronisk sygdomsforløb. Erfaringen i Københavns Kommune er, at kommunen man ikke modtager tilstrækkelige antal henvisninger til patientrettet forebyggelsestilbud, populationsstørrelse taget i betragtning.

Den erfaring understøttes af en analyse udarbejdet af KL, der viser, at der er behov for en synliggørelse af de kommunale tilbud, da der er store udfordringer med at få lægerne til at henvise til de kommunale tilbud. Således viste KL analysen fra 2014, at 12 % af lægerne i Københavns Kommune ikke henviste borgere i den relevante målgruppe til kommunale tilbud og at 21 % henviste kun 1-10 borgere til et tilbud på et år<sup>2</sup>.

Formålet med nærværende business case er på den baggrund at iværksætte en række initiativer, til understøttelse af det kommunalt-lægelige samarbejde. Initiativer, der skal fremme almen praksis' (AP) viden om Københavns Kommunes tilbud og tidlige indsatser målrettet borgere med kroniske sygdomme. Derudover oprettes en centralvisitation og hotline funktion, der skal understøtte de praktiserende lægers mulighed for at navigere i sundhedstilbuddene i landets største kommune.

<sup>1</sup> Sygdomsbyrden i Danmark 2016, SST

<sup>2</sup> Analyse af henvisninger fra alment praktiserende læger til kommunale tilbud, KL

Antagelsen er, at en tidlig og vellykket rehabilitering i et tæt samarbejde med en almen praksis sektor, der opsporer tidligt, henviser til rehabiliterende tilbud og efterfølgende følger op på den kommunale indsats betyder, at sygdomsudviklingen bremses og borgerne bliver bedre til at håndtere deres sygdom. Derved udskydes og nedsættes behovet for kommunale pleje- og omsorgsydelser på sigt.

### 1.3 FORSLAGETS INDHOLD

Københavns Kommune samarbejder med 350 forskellige praktiserende læger, hvoraf mange af dem praktiserer i mindre solopraksisser. For en praktiserende læge i en mindre praksis kan det være svært at overskue de mange forskellige tilbud og henvisningsveje, der er i en stor kommune som København. Der er derfor behov for en målrettet kommunikationsindsats over for disse vigtige samarbejdspartnere i det nære sundhedsvæsen, for at sikre deres kendskab til de mange sundhedstilbud, samt at styrke deres mulighed for bedre at navigere i kommunens tilbud.

Konkret forestiller Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, at der skal iværksættes nedenstående paraplyprojekt, med en række af initiativer, der skal understøtte det kommunalt-lægelige samarbejde, synliggøre de kommunale tilbud for AP og fremme en tidlig opsporing.

**Tabel 2. Oversigt over tiltag og aktiviteter**

Tiltag	Aktiviteter
1. <i>Koordination og projektledelse</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Udarbejde projektbeskrivelse</li> <li>- Forestå kontakten med almen praksis</li> <li>- Udarbejde materiale og oplæg til informationsmøder for hhv. veletablerede lægepraksisser og nynedsatte lægepraksisser</li> <li>- Koordinere indhold med samarbejdspartnere</li> <li>- Tilrettelægge og gennemføre informationsmøder</li> <li>- Bistå forvaltning med blandt andet afrapportering</li> <li>- Opbygning af central visitation</li> </ul>
2. <i>Informationsmøder for almen praksis vedr. kommunale tilbud</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "Gå-hjem"-møder med fokus på kommunale tilbud og deres indhold</li> <li>- Informationsmøder målrettet nynedsatte læger i kommunen med fokus på Københavns Kommune som helhed</li> <li>- Frikøb af sygeplejersker fra lokalområdet der deltager sammen med projektleder på gå-hjem-møder og informationsmøder målrettet nyetablerede læger</li> </ul>
3. <i>Ansættelse af 2 yderligere praksiskonsulenter</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Praksiskonsulenterne skal arbejde ud fra det almenmedicinske aspekt for at smidiggøre og udvikle samarbejdet mellem almen praksis og Københavns Kommune</li> <li>- Understøtte implementering af løsning på konkrete problemstillinger</li> </ul>
4. <i>Etablering af Central Visitation med hotline funktion</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablering af central visitation for rehabiliteringstilbud. Visitationen kobles op på eksisterende visitation for Genoptræning København.</li> <li>- Ansættelse af en visitorator/sekretær</li> <li>- Lægerne vil spare tid i henvisningsprocessen, når de ikke behøver at lede efter det relevante kommunale center</li> <li>- Fordelen for kommunen er, at henvisningen rammer rigtigt første gang</li> <li>- Visitationen skal også indeholde en hotline funktion,</li> </ul>

## Gevinstrealisering

Ovenstående initiativer vil medføre en øget tidlig opsporing og indsats overfor borgere med blandt andet kroniske sygdomme. En tidligere indsats vil betyde, at borgerne hurtigere kan komme i rehabilitering og behandling. Det vil medføre, at borgerne har bedre muligheder for på sigt at blive mere selvhjulpne og dermed mindre afhængig af kommunale ydelser. Konkret vil det medføre et mindre behov for hjemmesygepleje og hjemmehjælp. Den afledte effekt af indsatsen vil være en styrkelse af den enkeltes borgers livskvalitet, handlekompetencer og egenomsorgsevne til bedre at håndtere hverdagen med en kronisk sygdom.

## 1.4 ØKONOMI

### Beregningsforudsætninger for investeringsbehovet

Indsatsen vedrører en række initiativer under et større paraplyprojekt. Der er derfor behov for at ansætte en projektleder i to år, der skal stå for projektets opstart, hvorefter projektet overgår til forvaltningens almindelige drift. Projektlederen skal udarbejde projektbeskrivelse, herunder udvikle koncept og materiale til informationsmøderne, afholde informationsmøderne og koordinere indhold på møderne med driften. Derudover skal projektlederen opbygge en centralvisitation for de forebyggende rehabiliteringstilbud i samarbejde med den visitation, der allerede eksisterer på Genoptræning København. Det vil også være projektets opgave at synliggøre muligheder for samarbejde på tværs af forvaltningerne i Københavns Kommune, således at AP fremadrettet oplever større ensartethed i behandling af deres henvendelser, og borgere fra forskellige målgrupper ligeledes understøttes bedst muligt i deres rehabilitering og behandling.

Investeringen i informationsmøderne skal gå til afholdelse af møderne (leje af lokale, materiale etc.) samt frikøb af sundhedsfagligt personale, typisk en sygeplejerske fra lokalområdet, der står for det faglige input på møderne.

Udarbejdelse af informationsmateriale sker gennem KK.Design, hvor en konsulenttime koster cirka 500 kr. Det påregnes, at der er størst udgifter i udarbejdelsesfasen af materialet, hvorefter der kun forventes mindre omkostninger forbundet med revidering af materialet efterfølgende.

Der er behov for at ansætte to praksiskonsulenter for at udvikle samarbejdet yderligere mellem de 350 praktiserende læger og Københavns Kommune. Praksiskonsulenterne skal også bistå udviklingen af indsatserne i paraplyprojektet. Praksiskonsulenterne er alment praktiserende læger i København, som ansættes 3 timer ugentligt. En praksiskonsulenttime koster 900 kr. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har på nuværende tidspunkt to praksiskonsulenter ansat på lignende vilkår og erfaringerne herfra er meget positive.

Visitationen i Genoptræning København udvides med en fuldtidsansat visitator, der står for hotline funktionen til AP samt visiteringen af rehabiliteringsforløbene til de enkelte sundhedshuse og centre.

**Tabel 3. Serviceinvesteringer i forslaget**

	1.000 kr. 2017 p/l					Innovationspulje (sæt X)
	2018	2019	2020	2021	I alt	
Kontaktperson for almen praksis herunder bl.a.						
- Udarbejdelse af projektbeskrivelse						
- Planlægning og gennemførelse af informationsmøder						
- Afrapportering						
Opbygning af central visitation	636	636	0	0	1.272	
Informationsmøder for almen praksis vedr. kommunale tilbud	98	98	98	98	391	
Målrettet informationsmateriale vedr. kommunale tilbud	98	29	29	29	186	
Midlertidig driftsudgift til 2 praksiskonsulenter	245	245	0	0	489	
Midlertidig driftsudgift til visitator/sekretær	391	391	0	0	783	
<b>Investeringer totalt, service</b>	<b>1.468</b>	<b>1.399</b>	<b>127</b>	<b>127</b>	<b>3.121</b>	

**Beregningsforudsætninger for effektiviseringen**

Det er således forventningen, at man med disse initiativer til understøttelse af det kommunalt-lægelige samarbejde og synliggørelse af de kommunale tilbud overfor AP vil kunne udskyde og nedsættes behovet for kommunal hjemmesygepleje og hjemmehjælp hos borgere med kronisk sygdom.

Konkret forventes effektiviseringen at være fuldt indfaset i 2021, hvor den visiterede tid til pleje og omsorg for 500 borgere med kroniske sygdomme som KOL, diabetes og hjerte-kar sygdom reduceres med 20 %. Gennemsnitlig årlig nettoudgift til pleje og omsorg er ca. 50.000 kr. pr. borger. Gevinstrealiseringen vil således være 5 mil. kr. i 2021<sup>3</sup>.

**Tabel 4. Varige ændringer, service**

	1.000 kr. 2017 p/l			
	2018	2019	2020	2021
Reduktion i visiteret tid til pleje og omsorg	0	0	-3.914	-4.892
Praksiskonsulenter og visitator			636	636
<b>Varige ændringer totalt, service</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-3.278</b>	<b>-4.256</b>

**1.5 FORDELING PÅ UDVALG**

Vedrører kun Sundheds- og Omsorgsudvalget

<sup>3</sup> 6-by nøgletal 2015 (fremskrevet til 2017-niveau)

## 1.6 IMPLEMENTERING AF FORSLAGET

Tabel 5. Implementering

Ansvarlig	Indsats	Tidspunkt
Afdeling for Det nære Sundhedsvæsen	- Ansættelse af projektleder	Primo 2018
Afdeling for Det nære Sundhedsvæsen	- Rekruttering af 2 praksiskonsulenter	Primo 2018
Afdeling for det nære Sundhedsvæsen	- Drøftelse i Kommunalt Lægeligt Udvalg af fremgangsmåde ift. Målrettet kommunikation	Medio 2018
Projektleder	- Endelig udarbejdelse af koncept for infomøder, central visitation, hotline funktion	Medio 2018
Afdeling for Det nære Sundhedsvæsen	- Rekruttering af visitator	Ultimo 2018
Projektleder i samarbejde med praksiskonsulenter	- Udarbejdelse af informationsmateriale	Ultimo 2018
Visitator	- Opstart centralvisitation samt hotline funktion	Primo 2019
Projektleder	- Opstart af infomøder	Primo 2019

## 1.7 INDDRAGELSE AF SAMARBEJDSPARTNERE

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vil i regi af Kommunalt Lægeligt Udvalg drøfte hvilken fremgangsmåde, der vil være den bedste for at få igangsat en målrettet kommunikation overfor almen praksis med fokus på vigtigheden af tidlig opsporing og henvisning til kommunale tilbud.

Etablering af central visitations skal ske i tæt samarbejde med visitationen fra Genoptræning København.

## 1.8 FORSLAGETS EFFEKT

Der er stort effektiviseringspotentiale i forhold til tidlig opsporing af kroniske sygdomme. Undersøgelser viser, at meromkostningerne for det samlede sundhedsvæsen for en borger med KOL, diabetes eller hjertekar sygdom er mellem 40.000-80.000 om året, hele 42 % heraf finansieres af kommunen<sup>4</sup>. En tidlig og vellykket rehabilitering betyder, at sygdomsudviklingen bremses og borgeren bliver bedre til at håndtere egen sygdom, derved mindskes forbruget af sundhedsydelse. Studier har vist gevinster ved tidlig rehabilitering i form af reduktion af hospitalsindlæggelser for KOL patienter, dog mangler der generelt viden om effekten af rehabilitering på de kommunale ydelser. Men grundet de store kommunale omkostninger til området, må der forventes at være potentiale for store besparelser, særligt såfremt alvorlige komplikationer forebygges på sigt.

Den afledte effekt af indsatsen vil være en styrkelse af den enkeltes borgers livskvalitet, handlekompetencer og egenomsorgsevne, til bedre at håndtere hverdagen med en kronisk sygdom. Der vil kunne forventes besparelser på den kommunale medfinansiering qua færre fremtidige indlæggelsesdage og for den erhvervsaktive borger, kan det betyde længere tid på arbejdsmarkedet.

<sup>4</sup> Sundhedsprofil Region Hovedstaden 2010; Et Sundhedsøkonomisk studie – cost of illness i et kommunaløkonomisk perspektiv, Andersen & Maltbæk (2007)

## 1.9 OPFØLGNING

Tabel 6. Opfølgning

	Hvordan måles succeskriteriet	Hvem er ansvarlig for opfølgning	Hvornår gennemføres opfølgningen
Stigning i samlet antal henvisninger fra AP	Stigning i antal af henvisninger til kommunale rehabiliteringstilbud fra AP	Center for Sundhed i samarbejde med Afdeling for Data og Analyse, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen	1 gang årligt startende ultimo 2018
At kommunen inden udgangen af projektperioden modtager henvisninger fra alle læger i byen	At alle læger henviser relevante målgruppe til kommunale tilbud. Registreres i CURA	Center for Sundhed i samarbejde med Afdeling for Data og Analyse, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen	Primo 2020
Afholdte informationsmøder	Hvor mange møder er afholdt i forhold til det planlagte?	Center for Sundhed, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen	1 gang årligt startende ultimo 2018
90 % af lægerne har et godt eller meget godt indtryk af den centrale visitation	Spørgeskemaundersøgelse til AP	Center for Sundhed i samarbejde med Afdeling for Data og Analyse, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen	Ultimo 2019

## 1.10 RISIKOVURDERING

Kroniske sygdomme er mange år om at udvikle sig, og derfor er der en vis usikkerhed forbundet med tidspunktet for hvornår genvist realiseringen kan forventes at indfinde sig. I denne business case forventes gevinstrealiseringen fuldt indsat i 2021, men tidspunktet for besparelspotentialet er usikkert.

En anden risiko er, at nogle studier viser, at den opnåede effekt af rehabiliteringen forsvinder efter et år, og borgeren falder tilbage til 'gamle vaner'. Det er imidlertid en risiko som sundhedshusene er opmærksomme på, og der vil fremover blive arbejdet på, hvordan systematisk opfølgning kan tilrettelægges.