

Samling - forvaltningsspecifikke effektiviseringsforslag til budget 2018

Sundheds- og Omsorgsudvalget

Indholdsfortegnelse

Oversigt - forvaltningsspecifikke effektiviseringsforslag og business cases.....	3
E1) Besparelse på tøjvaskordninger	4
E2) Nedlæggelse af aktivitetspladser, flytning af aktivitetscenter Thorsgade samt lukning af aktivitetscenter Rundskuedagen	7
E4) Prisindhentning og fastlagt serviceniveau på diabetes hjælpemidler	11
E5) Palliativ fysioterapi – ændrede retningslinjer	14
E8a) Effektivisering som følge af udrednings- og rehabiliteringsindsats	18
E9) Ophør af pulje til aktiviteter på plejecentre.....	21
E10) Madservice med udbringning – ændring af leveringshyppighed og til kold mad	24
E11) Klippekort på plejecentre - finansieret af finanslovsmidler	28
E12) Færre sundhedsprojekter	31
E13) Praksisplan – bortfald af forpligtelse.....	34
I1) Styrket faglighed og udvikling af udrednings- og rehabiliteringsforløb	37
I2) Tidlig indsats og opsporing af kronisk sygdom gennem styrket kommunalt-lægeligt samarbejde	45
I3) En tidlig indsats for borgere med demens	53

Oversigt - forvaltningspecifikke effektiviseringsforslag og business cases

Effektiviseringsforslag	Besparelsespotentiale			
	2018	2019	2020	2021
Stigende profiler fra tidligere budgetaftaler	-7.617	-7.617	-7.617	-7.617
Tværgående indkøbseffektiviseringer	-2.924	-2.924	-2.924	-2.924
E1) Besparelse på tøjvaskordninger	-10.000	-10.000	-10.000	-10.000
E2) Nedlæggelse af aktivitetspladser, flytning af aktivitetscenter Thorsgade samt lukning af aktivitetscenter Rundskuedagen	-4.800	-6.100	-6.100	-6.100
E4) Prisindhentning og fastlagt serviceniveau på diabetes hjælpemidler (SUF og SOF)	-300	-500	-500	-500
E5) Palliativ fysioterapi - ændrede retningslinjer	-1.800	-1.800	-1.800	-1.800
E8a) Effektivisering som følge af udrednings- og rehabiliteringsindsats	-6.700	-6.700	-6.700	-6.700
E9) Ophør af pulje til aktiviteter på plejecentre	-6.613	-6.613	-6.613	-6.613
E10) Madservice med udbringning - ændring af leveringshyppighed og til kold mad	-3.900	-4.325	-4.325	-4.325
E11) Klippekort på plejecentre - finansieret af finanslovsmidler	-8.500	-8.500	-8.500	-8.500
E12) Færre sundhedsprojekter	-3.000	-3.000	-3.000	-3.000
E13) Praksisplan - bortfald af forpligtelse	-10.600	-10.600	-10.600	-10.600
I1) Styrket faglighed og udvikling af Udrednings- & Rehabiliteringsforløb	-5.000	-6.000	-7.000	-8.000
I2) Tidlig indsats og opsporing af kronisk sygdom gennem styrket kommunalt-lægeligt samarbejde	0	0	-3.278	-4.256
I3) En tidlig indsats for borgere med demens	0	-600	-600	-1.100
EFFEKTIVISERINGER OG SMARTE INVESTERINGER I ALT	-71.754	-75.279	-79.557	-82.035

Forslagets titel: **E1) Besparelse på tøjvaskordninger**

Kort resumé: Efter et udbud i 2015 er der opnået betydeligt lavere priser på tøjvaskordninger for hjemmeboende borgere

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

Tabel 1. samlede økonomiske konsekvenser

1.000 kr. 2018 p/l	Styngsomsråde	2018	2019	2020	2021
Varige ændringer					
Indkøbsordning, effektivisering som følge af udbud	Service	-10.000	-10.000	-10.000	-10.000
Samlet varig ændring	Service	-10.000	-10.000	-10.000	-10.000
Samlet økonomisk påvirkning	Service	-10.000	-10.000	-10.000	-10.000

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

1.2 BAGGRUND OG FORMÅL

Borgere, der ikke selv er i stand til at varetage tøjvask m.v., kan visiteres til tøjvaskordning.

I 2015 var tøjvaskordningerne i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i udbud, og der blev valgt to leverandører, De Forenede Dampvaskerier og Berendsen. Borgerne har frit valg mellem de to leverandører. Ved udbuddet blev der opnået en betydeligt lavere pris end ved det forrige udbud, hvorfor der er opnået en besparelse. Samtidig er der sket en nedgang i antallet af borgere, der er visiteret til tøjvask, hvilket også har medført en besparelse.

Indholdet i tøjvaskordningen til de visiterede borgere vil ikke blive berørt af dette forslag.

1.3 FORSLAGETS INDHOLD

Ved udbuddet af tøjvaskordningerne i 2015 blev der opnået betydeligt lavere priser end ved det tidligere udbud. I tillæg hertil har der været en nedgang i antallet af visiterede borgere til tøjvaskordningen på 6 % fra 2015 til 2016. Sundheds- og Omsorgsforvaltningens regnskab 2016 viser et mindreforbrug på 10 mio. kr. på tøjvaskeordninger som følge af besparelsen på udbuddet.

Niveauet for antallet af borgere visiteret til tøjvask forudsættes at forblive på niveauet for 2016.

Faldet i antal visiterede borgere ses delvist som et resultat af, at udrednings- og rehabiliteringsarbejdet muliggør, at borgere selv i højere grad kan varetage tøjvask i eget hjem eller tilknyttet vaskeri.

På den baggrund foreslås en samlet varig besparelse på 10 mio. kr.

1.4 ØKONOMI

Nuværende kontrakt løber frem til 31. maj 2018 og kan forlænges med op til yderligere 4 år. Det er vanskeligt at vurdere, hvilket prisleje et eventuelt fornyet udbud af tøjvask, såfremt forlængelsesoptionen i den nuværende kontrakt ikke udnyttes, vil få for 2019 og fremefter.

Tabel 2. Varige ændringer, service

	1.000 kr. 2018 p/l			
	2018	2019	2020	2021
Tøjvask (effektivisering som følge af udbud)	-10.000	-10.000	-10.000	-10.000
Varige ændringer totalt, service	-10.000	-10.000	-10.000	-10.000

1.5 FORDELING PÅ UDVALG

Vedrører kun Sundheds- og Omsorgsudvalget.

1.6 IMPLEMENTERING AF FORSLAGET

Der vil i løbet af 2017 blive taget stilling til evt. forlængelse af kontrakterne.

1.7 INDDRAGELSE AF SAMARBEJDSPARTNERE

Ikke relevant.

1.8 FORSLAGETS EFFEKT

Forslaget har ingen effekter for borgere, da serviceniveauet er uforandret og tøjvaskordningen overholder forvaltningens kvalitetsstandarder.

1.9 OPFØLGNING

Effektiviseringsforslaget vil følges nøje i forbindelse med kvartalsvise prognoser.

Tabel 3. Opfølgning

	Hvordan måles succeskriteriet	Hvem er ansvarlig for opfølgning	Hvornår gennemføres opfølgningen
<i>Reduktion af udgifter på tøjvaskordningen</i>	Via KØR forbrug	Økonomisekretariat	Halvårsregnskab 2017
<i>Reduktion af udgifter på tøjvaskordningen</i>	Via KØR forbrug	Økonomisekretariat	Halvårsregnskab 2018

1.10 RISIKOVURDERING

Det er usikkert, om det nuværende prisniveau vil kunne opretholdes ved fremtidige udbud af kontrakterne. Det er ligeledes usikkert, hvordan antallet af visiterede borgere vil udvikle sig i løbet af de kommende 4 år. Dog skal det understreges, at der er option for forlængelse af kontraktperioden. Såfremt denne option, som forventet, benyttes vil det varige besparelse i effektiviseringsforslaget, hvad udbudspriserne angår, ikke blive berørt.

Forslagets titel: **E2) Nedlæggelse af aktivitetspladser, flytning af aktivitetscenter Thorsgade samt lukning af aktivitetscenter Rundskuedagen**

Kort resumé: De forebyggende og vedligeholdende pladser på aktivitetscentre, som i dag ikke bliver benyttet, lukkes i 2018. I 2018 flytter aktivitetstilbuddet for blinde og svagtseende til lokaler i forbindelse med Plejecentret Solterrasserne og aktivitetscenter Rundskuedagen lukkes.

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. 2018 p/l	Styringso mråde	2018	2019	2020	2021
Varige ændringer					
Afvikling af ubenyttet kapacitet	Service	-2.500	-3.300	-3.300	-3.300
Afvikling af ubenyttede kapacitet på Thorsgade og Rundskuedagen	Service	-2.300	-2.800	-2.800	-2.800
Samlet varig ændring	Service	-4.800	-6.100	-6.100	-6.100
Samlet økonomisk påvirkning					
	Service	-4.800	-6.100	-6.100	-6.100

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

1.2 BAGGRUND OG FORMÅL

Aktivitetstilbuddene er en del af kommunens sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende indsats til + 65 årige borgere. Aktivitetstilbud udbydes af de kommunale aktivitetscentre og tilbuddene ligger generelt højt i brugertilfredshedsundersøgelserne.

Tilbuddene på de kommunale aktivitetscentre følger af tre forskellige bestemmelser i serviceloven og er rettet mod forskellige målgrupper. Borgerne modtager tilbuddet efter individuel vurdering og visitation, og der tilbydes fire forskellige former for aktivitetstilbud:

- *Forebyggende aktivitetstilbud* (servicelovens § 79). Borger visiteres i aktivitetscentret til let støtte til udførelse og igangsættelse af aktiviteter og træning, herunder etablering og vedligeholdelse af sociale relationer. Borger kan have brug for transport til tilbuddet. Aktuelt er der ca. 1.243 borgere visiteret til tilbuddet.
- *Vedligeholdende aktivitetstilbud* (servicelovens § 86, stk. 2). Borger visiteres af myndighed til moderat til omfattende støtte til at vedligeholde fysiske og psykiske færdigheder ved hjælp af aktiviteter og træning, herunder etablering og vedligeholdelse af sociale relationer. Borger har som hovedregel brug for transport til tilbuddet. Aktuelt er der ca. 408 borgere visiteret til tilbuddet.
- *Vedligeholdende aktivitetstilbud til borgere med demens* (servicelovens § 86, stk. 2, tilbuddet er finansieret over plejecenterbudgettet). Borger har som hovedregel brug for transport til tilbuddet. Aktuelt er der ca. 148 borgere visiteret til tilbuddet.
- *Vedligeholdende aktivitets- og samværstilbud for meget svækkede borgere* (Servicelovens § 104). Borger har brug for omfattende til fuldstændig støtte fra medarbejder for at kunne deltage i aktiviteter og sociale relationer. Borger har brug for transport til tilbuddet. Aktuelt er der ca. 10 borgere visiteret til tilbuddet.

1.3 FORSLAGETS INDHOLD

Tilpasning af pladser svarende til det aktuelle kapacitetsbehov

Ved at tilpasse såvel forebyggende som vedligeholdende pladser til den nuværende anvendelse (belægningsprocent), kan der frigøres netto 2,5 mio. kr. i 2018 og 3,3 mio. kr. fra 2019 og frem. Kapacitetstilpasningen betyder, at der i 2018 afvikles svarende til 24 vedligeholdende pladser og 56 forebyggende pladser.

Den nuværende anvendelse af pladserne på aktivitetscentret på det selvejende plejecenter Rundskuedagen betyder, at kapaciteten skal reduceres fra 10 til 8 pladser. Forvaltningen vurderer derfor, at aktivitetscentret ikke kan drives rentabelt og bør lukkes, besparelsen ved dette udgør 1,4 mio. kr. i 2018 og frem. Medlemmerne får tilbud om aktivitetstilbud i Vesterbro/Valby/Kgs. Enghave indenfor den nuværende kapacitets ramme.

Aktivitetscenter Thorsgade skal i 2019 flytte til det nye plejecenter Følager, hvor aktivitetstilbuddet skal samles med aktivitetstilbuddet fra plejecenter Solterrasserne, og det foreslås, at man allerede fra 2017 starter en proces med faglig integration af de to tilbud. I 2018 sker den fysiske integration ved at flytte AC Thorsgade til en pavillon ved Solterrasserne samtidig med, at antallet af pladser tilpasses ved en reduktion af pladser med 50 % i forhold til 2017. Omkostningen ved en pavillonløsning er ca. 0,5 mio.

1.4 ØKONOMI

Det samlede budget til aktivitetstilbud er i dag godt 42 mio. kr. årligt eksklusiv ejendoms- og administrationsudgifter. Ved tilpasning af pladserne/budgetterne ved de forebyggende og vedligeholdende aktivitetstilbud til den nuværende anvendelse (belægningsprocent) frigøres samlet 4,8 mio. kr. i 2018 og 6,1 mio. kr. fra 2019 og i årene fremover.

Tabel 2. Varige ændringer, service

	1.000 kr. 2018 p/l			
	2018	2019	2020	2021
Afvikling af ubenyttet kapacitet	-2.500	-3.300	-3.300	-3.300
Afvikling af ubenyttede kapacitet på Thorsgade og Rundskuedagen	-2.300	-2.800	-2.800	-2.800
Varige ændringer totalt, service	-4.800	-6.100	-6.100	-6.100

1.5 FORDELING PÅ UDVALG

Forslaget vedrører kun Sundheds- og Omsorgsudvalget.

1.6 IMPLEMENTERING AF FORSLAGET

For de forebyggende pladser vedkommende tilpasses kapaciteten på flere aktivitetscentre. Det vil blive en opgave for lokalområderne at lægge en plan for, hvordan den konkrete tilpasning kan ske. Lukningen af Aktivitetscenter Rundskuedagen med efterfølgende omplacering af medlemmer til et af de øvrige aktivitetscentre i Vesterbro/Kgs. Enghave/Valby vil ske i samarbejde med Lokalområdekantor VKV. Udviklingen af et nyt integreret aktivitetstilbud til blinde og svagtseende vil ske i tæt samarbejde med ledere og medarbejdere på AC Thorsgade, lokalområdekantor VKV og Centralforvaltningen, og den faglige udviklingsproces vil starte allerede i 2017. Flytningen til de midlertidige lokaler på Solterrasserne skal ses som et led i integrationen af de to tilbud, som implementeres fuldt ud i 2019 ved indflytning i helt nye fælles lokaler. I processen samarbejdes også med Dansk Blindesamfund.

1.7 INDDRAGELSE AF SAMARBEJDSPARTNERE

Samarbejdspartneren vil være Dansk Blindesamfund.

1.8 FORSLAGETS EFFEKT

Tilpasningen af de forebyggende pladser vil ikke berøre borgere, da det er tomme pladser, der nedlægges. Lukning af de 10 vedligeholdende pladser på Rundskuedagen vil berøre ca. 16 borgere, der skal skifte tilbud. Med hensyn til aktivitetstilbuddet til blinde og svagtseende vil dette berøre ca. 60 medlemmer. Heraf er 7 medlemmer udenbys borgere og 7 medlemmer bor på københavnske plejecentre (fortrinsvis Solterrasserne). Medlemmerne vil efter en afsluttet udviklingsproces og flytning til nye lokaler på

Plejecenter Følager få et mere tidssvarende aktivitetstilbud, der integrerer tilbud til såvel hjemmeboende som beboere på plejecentre.

1.9 OPFØLGNING

Der vil fortsat være opfølgning i forhold til, hvor mange borgere der visiteres til aktivitetscentrenes forebyggende og vedligeholdende pladser via månedlige rapporter fra aktivitetscentrene.

1.10 RISIKOVURDERING

Det vurderes, at tilpasningen kan gennemføres uden risiko fsva. lukning af de forebyggende pladser. Der er en risiko for, at de 16 medlemmer og deres pårørende vil være utilfredse med lukningen af Rundskuedagens Aktivitetstilbud. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vurderer, at et tilbud på et større aktivitetscenter vil være mere tilfredsstillende for borgerne i længden. Flytningen af Aktivitetscenter Thorsgade vil kunne skabe problemer for borgere, der er kommet i Thorsgade i mange år: Dette vil kunne imødegås vha. et tæt samarbejde med medarbejderne om at skabe en god overgang og et, for borgerne, fagligt bedre tilbud.

Forslagets
titel:

E4) Prisindhentning og fastlagt serviceniveau på diabetes hjælpemidler

Kort resumé: Socialforvaltningen og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen foreslår, at der indføres en begrænsning på valg af produktmuligheder indenfor diabetes hjælpemidler. Det bemærkes, at bevilling af et hjælpemiddel altid tilpasses på baggrund af en individuel vurdering, samt at borgeren altid har frit valg, og aldrig er begrænset til de produkter, forvaltningerne stiller til rådighed. Hvis borgeren ønsker et dyrere produkt, vil det dog kunne betyde en egenbetaling for den merudgift, der måtte være.

**Fremstillende
forvaltning:** Socialforvaltningen

**Berørte
forvaltninger:**

<input type="checkbox"/>	Økonomiforvaltningen	<input checked="" 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

Tabel 1. Forslagets samlede økonomi

1.000 kr. 2018 p/l	Styrings område	2018	2019	2020	2021
Varige ændringer					
Besparelse på diabeteshjælpemidler (Socialforvaltningens potentiale)	Service	-2.000	-2.000	-2.000	-2.000
Besparelse på diabeteshjælpemidler (Sundheds- og Omsorgsforvaltningens potentiale)	Service	-300	-500	-500	-500
Samlet varig ændring		-300	-500	-500	-500

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

1.2 BAGGRUND OG FORMÅL

I dag er der frit valg af produkter inden for prisaftalen for diabetes hjælpemidler. I takt med, at der generelt er sket en stigning af personer, der har behov for kropsbårne hjælpemidler særligt inden for diabetesområdet, er udgifterne på området steget. Der er ydermere sket en produktudvikling, der medfører, at der er betydelige prisforskelle på produkterne inden for prisaftalerne. For at bremse denne udgiftsudvikling har en række andre kommuner derfor indført begrænsninger af sortimentet inden for hvert hjælpemiddel.

Formålet med effektiviseringsforslag er derfor, at lave en fagligt kvalificeret reduktion af den samlede udgift på området og samtidig sikre, at borgere i Københavns Kommune har de produkter, som de har behov for. Serviceniveauet er vejledende og med individuel tilpasning således, at bevilling af et hjælpemiddel altid beror på en individuel vurdering.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Socialforvaltningen har erfaring fra et lignende projekt vedr. prisafgifter på katetre og stomihjælpemidler. I forhold til implementeringen af beslutningen om at begrænse

udbuddet af katetre og stomihjælpemidler har berørte borgere generelt været forstående overfor tiltaget, så længe produkterne lever op til deres forventninger. Der har været et fåtal borgere, der har givet udtryk for utilfredshed med at blive flyttet over på nye produkter.

Udarbejdelse af retningslinjer for opfølgning på forbrug og udvikling på området i begge forvaltninger i form af med enslydende kvartalsvis databehandling og ledelsesinformation

1.3 FORSLAGETS INDHOLD

Socialforvaltningen og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen ønsker sammen at bremse den aktuelle udgiftsudvikling indenfor injektions- og testmateriale på diabetesområdet ved at begrænse mulighederne for at vælge særligt omkostningstunge produkter, uden der ligger en sundhedsfaglig vurdering til grund for produktvalget. Borgeren har altid frit valg og er aldrig begrænset til at vælge mellem de produkter Københavns Kommune stiller til rådighed. Hvis borgeren ønsker et dyrere produkt, vil det dog kunne betyde en egenbetaling for den merudgift, der måtte være.

Der er i dag en meget stor variation på prisen af de forskellige typer af produkter. F.eks. varierer prisen på teststrimler inden for prisaftalen på diabetesområdet fra 0,6 kr. til 3,94 kr. per stk. (svarende til 557 pct.) uden at der er nævneværdig forskel i kvalitet og funktion. Produktbegrænsning kunne tilrettelægges i samarbejde med hospitalerne som valg af f.eks. 4 specifikke produkter inden for hver kategori. Såfremt der er individuelle eller lægefaglige grunde til at afvige fra det udbudte sortiment vil dette naturligvis blive tilgodeset. Produktbegrænsningen vil blive implementeret i næste konkurrenceudsættelse af tilskudspriserne på diabetesområdet, sådan at man i samarbejde med Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, der står for konkurrenceudsættelsen, og i samarbejde med sundhedsfagligt personale, peger på de produkter der skal medtages og ligge til grund for tilskuddene på området.

Afhængig af spredningen på priser i aftalen vil forvaltningerne fastlægge et loft for forbrug på test-strimler hos en borger med en normalreguleret diabetes på f.eks. 5 teststrimler dagligt, således at man får yderligere en mulighed for at regulere forbruget.

I forbindelse med implementering af forslaget skal der ligesom på stomiområdet, etableres et samarbejde med relevante ambulatorier på hospitaler samt Sundheds- og Omsorgsforvaltningens Center for diabetes, således at der sikres sammenhæng i rådgivning og vejledning af diabetespatienter om mulige produkter til test og injektion samt de produkter, der vil være tilgængelige på aftalen. Det vil ligeledes være hensigtsmæssigt at inddrage Frederiksberg Kommune i samarbejdet, så hospitalerne får en ensartet model for borgerne i deres optageområde.

1.3 ØKONOMI

Tabel 2. Varige ændringer, service

	1.000 kr. 2018 p/l			
	2018	2019	2020	2021
Besparelse på diabeteshjælpemidler (Socialforvaltningen)	-2.000	-2.000	-2.000	-2.000
Besparelse på diabeteshjælpemidler (Sundheds- og Omsorgsforvaltningen)	-300	-500	-500	-500

Varige ændringer totalt, service	-300	-500	-500	-500
---	-------------	-------------	-------------	-------------

Det samlede budget på Hovedaktivitet Hjælpemidler udgør 119,9 mio. kr. i 2017. Effektiviseringen svarer til en reduktion af budgettet på 1,7 pct.

Tabel 3. Enhedspris

	1.000 kr. 2018 p/l			
	Budget 2017		Budget 2018	
	Antal	Enhedspris	Antal	Enhedspris
Teststrimler til diabetes	4.903.641	2,6	4.903.641	2,1

Kilde: Baseret på forbrugsdata fra Mediq for perioden 1.11.2015-31.10.2016.

1.5 FORDELING PÅ UDVALG

Forslaget vedrører Socialudvalget og Sundheds- og Omsorgsudvalget.

1.6 IMPLEMENTERING AF FORSLAGET

Forslaget vil blive implementeret i forbindelse med konkurrenceudsættelse af tilskudssatserne på diabetesområdet, forventeligt ved en prisindhentning, hvor konkurrenceudsættelsen kan ske hyppigere og mindre bureaukratisk end ved et EU-udbud. Konkurrenceudsættelsen vil ske i løbet af 2017 eller primo 2018.

1.7 INDDRAGELSE AF SAMARBEJDSPARTNERE

Der forventes afholdt møder med samarbejdspartnere på hospitalerne mhp at identificere et produkt-sortiment, som kan tilgodese hovedparten af brugerne, og som kan danne grundlag for den vejledning som borgerne modtager på hospitalerne.

Ligeledes inddrages Center for Diabetes under Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

1.8 OPFØLGNING

Tabel 4. opfølgning

	Hvordan måles succeskriteriet	Hvem er ansvarlig for opfølgning	Hvornår gennemføres opfølgningen
Billigere enhedspriser på teststrimler til diabetes	Forbruget reduceres	Områdechef i BCH Centerchef for hjælpemiddelcentret	Ved månedlig budgetopfølgning

1.9 RISIKOVURDERING

Risikoen ved forslaget vurderes at være middel.

Forslagets titel: **E5) Palliativ fysioterapi – ændrede retningslinjer**

Kort resumé: Region Hovedstaden og kommunerne i regionen har på baggrund af en uensartet praksis for henvisning og tilskud til palliativ fysioterapi på tværs af kommuner og hospitaler/læger, anmodet Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) om en overenskomstmæssig fortolkning af palliativ fysioterapi. Deres afgørelse fører til ændrede retningslinjer i Københavns Kommune.

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

Tabel 1. Samlede økonomiske konsekvenser

1.000 kr. 2018 p/l	Styringsområde	2018	2019	2020	2021
Varige ændringer					
Effektivisering	Service	-1.800	-1.800	-1.800	-1.800
Samlet varig ændring		-1.800	-1.800	-1.800	-1.800
Samlet økonomisk påvirkning	Service	-1.800	-1.800	-1.800	-1.800

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

1.2 BAGGRUND OG FORMÅL

Region Hovedstaden og kommunerne i regionen har på baggrund af en uensartet praksis for henvisning og tilskud til palliativ fysioterapi på tværs af kommuner og hospitaler/læger, anmodet Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) om en overenskomstmæssig fortolkning af palliativ fysioterapi.

RLTNs fastslog (den 10.6.2016) i deres svar til de anmodende parter, at palliativ fysioterapi er omfattet af overenskomsten for almen fysioterapi. Region Hovedstaden og kommunerne i regionen har herefter nedsat

en arbejdsgruppe med repræsentanter fra kommuner og region med henblik på at udarbejde nye fælles retningslinjer med afsæt i RLTNs udmelding. Den Administrative Styregruppe forventes at tiltræde retningslinjerne inden 1. maj 2017. De nye retningslinjer vil betyde en besparelse for kommunerne, herunder Københavns Kommune, der hidtil som hovedregel har finansieret palliativ fysioterapi fuldt ud.

Beslutningen om at palliativ fysioterapi er omfattet af overenskomsten for almen fysioterapi betyder, at palliativ fysioterapi er en ydelse, der leveres med regionalt (sygesikrings-)tilskud af privatpraktiserende fysioterapeuter efter § 67 i sundhedsloven. Yderligere bevirker beslutningen, at kommunen kan yde tilskud til borgerens egenbetaling efter servicelovens bestemmelse om økonomisk hjælp til døende (§ 122).

1.3 FORSLAGETS INDHOLD

Ikrafttrædelsen af de nye retningslinjer betyder, at kommunen alene skal yde tilskud efter § 122 i serviceloven og kun til den del af udgiften, som ikke kan dækkes af anden lovgivning, f.eks. sundhedsloven. Derudover skal tilskuddet alene dække den del af fysioterapeutens overenskomstfastsatte takst, der ikke dækkes af det regionale tilskud.

Borgere bosiddende i Københavns Kommune kan fremover, på baggrund af en terminalerklæring fra henvisende læge, søge kommunen om at få dækket egenbetalingen (og ikke som hidtil hele udgiften) til fysioterapi ydet efter overenskomst om fysioterapi i henhold til Servicelovens § 122. Borgerne vil ikke opleve en forskel i forhold til den nuværende praksis, idet de fortsat vil få dækket egenbetalingsandelen.

Den Administrative Styregruppe forventes at godkende de nye retningslinjer ved et møde ultimo april – derefter er de i princippet gældende. Dog kommer der efterfølgende en proces med at få formidlet de nye retningslinjer ud til alle involverede parter i kommuner og region.

1.4 ØKONOMI

En opgørelse af forbruget af palliativ fysioterapi for hele 2016 viste en årlig udgift til palliativ fysioterapi på 3,1 mio. kr. i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Dette tal er dog ikke det fuldstændige billede af udgiften, da det ikke er muligt fuldt ud at adskille udgiften til palliativ fysioterapi fra andre udgifter, der konteres på samme konto. Baseret på en gennemgang af fakturaer fra 2016 vurderes det, at SUF, med den ændrede praksis, samlet vil kunne opnå en årlig besparelse på 1,8 mio. kr. for de fem lokalområder på palliativ fysioterapi. Besparelsen fremkommer ved en reduktion af den kommunale udgift til refusion af borgerens egenbetaling fra 100 pct. til 40 pct.

Tabel 2. Varige ændringer, service

	1.000 kr. 2018 p/l			
	2018	2019	2020	2021
Effektivisering som følge af ændrede retningslinjer	-1.800	-1.800	-1.800	-1.800
Varige ændringer totalt, service	-1.800	-1.800	-1.800	-1.800

1.5 FORDELING PÅ UDVALG

Vedrører kun Sundheds- og Omsorgsudvalget.

1.6 IMPLEMENTERING AF FORSLAGET**Tabel 3. Implementering**

Tidsplan	Aktivitet
1. kvartal 2017	Møder i arbejdsgruppen med deltagelse af repræsentanter for hospitaler, praktiserende fysioterapeuter, praktiserende læger, kommunerne og regionsadministrationen
maj 2017	Nye retningslinjer forventes vedtaget af Den Administrative Styregruppe, hvorefter de er gældende.

1.7 INDDRAGELSE AF SAMARBEJDSPARTNERE

Organiseringen af indsatsen er tværsektoriel og inddrager alle relevante parter på området. Arbejdsgruppen består af repræsentanter for hospitaler, praktiserende fysioterapeuter, praktiserende læger, kommunerne (Fredensborg Kommune og Københavns Kommune) og regionsadministrationen. Formandskabet for arbejdsgruppen er delt mellem kommuner og region. Sekretariatet består af repræsentanter fra Københavns Kommune, Frederiksberg Kommune og regionsadministrationen.

1.8 FORSLAGETS EFFEKT

Forslaget vil rette op på den nuværende uensartede praksis på området. En række fælles principper og nye arbejdsgange vil - udover en besparelse for kommunerne - betyde, at borgernes ansøgninger behandles ens på tværs af kommunerne i regionen, og at fysioterapeuterne stilles ens i forhold til betaling.

1.9 OPFØLGNING

Det fremgår af arbejdsgruppens kommissorium, at forslag til principper for den fremadrettede administration af området skal forelægges til godkendelse i Den Administrative Styregruppe. Der sigtes efter april mødet 2017.

Tabel 4. Opfølgning

	Hvordan måles succeskriteriet	Hvem er ansvarlig for opfølgning	Hvornår gennemføres opfølgningen
<u>Succeskriterium:</u> Alle relevante parter i kommuner og region er informeret om – og arbejder efter – de ny retningslinjer.	Konteringer viser, at taksterne for den palliative fysioterapi følger overenskomsten, og at kommunerne alene yder tilskud til borgerens egenbetaling	Den Administrative Styregruppe	Løbende – skal aftales nærmere i arbejdsgruppen

1.10 RISIKOVURDERING

En risiko er, at arbejdsgruppen bliver forsinket. Dette vil i givet fald blive løftet op i Den Administrative Styregruppe.

Forslagets titel: **E8a) Effektivisering som følge af udrednings- og rehabiliteringsindsats**

Kort resumé: En evaluering af udrednings- og rehabiliteringsindsatsen har vist, at der fremadrettet kan forventes en reduktion i den gennemsnitlige plejetyngde hos de borgere, som har modtaget et udrednings- og rehabiliteringsforløb.

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. 2018 p/l	Styringsområde	2018	2019	2020	2021
Varige ændringer					
Sparede udgifter som følge af udredning og rehabiliteringsindsats	Service	-6.700	-6.700	-6.700	-6.700
Samlet varig ændring	Service	-6.700	-6.700	-6.700	-6.700
Samlet økonomisk påvirkning	Service	-6.700	-6.700	-6.700	-6.700

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

1.2 BAGGRUND OG FORMÅL

Fra 2015 har kommunerne været forpligtiget til at tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, i de tilfælde rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjemmepleje.

1.3 FORSLAGETS INDHOLD

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har siden 2015 arbejdet med at implementere udrednings- og rehabiliteringsforløb (U og R) til borgere i målgruppen. Formålet med indsatsen er at støtte borgeren i at blive mere selvhjulpne i dagligdagen. Det betyder, at borgeren får større frihed over eget liv - og samtidig et mindre behov for hjemmepleje efter forløbet.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i 2016 gennemført en evaluering af udrednings- og rehabiliteringsindsatsen. Evalueringen viser, at indsatsen er implementeret med succes; Lokalområderne har nået det ambitiøse måltal, at 80 pct. af nyhenvendte og 15 pct. af kendte borgere skal henvises til et udrednings- og rehabiliteringsforløb.

Den succesfulde implementering af udrednings- og rehabiliteringsforløbene har medført reducerede udgifter i driften i forhold til forbrug af timer til hjemmepleje. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen foreslår, at udgiftsreduktionen, der følger af udrednings- og rehabiliteringsindsatsen indregnes i effektiviseringsindsatsen.

1.4 ØKONOMI

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har flyttet midler fra myndighedsbudgettet til U og R enhederne for at finansiere udrednings- og rehabiliteringsindsatsen inden for eget budget, mod en forventning om at borgerne får et reduceret behov for anvendelse af hjemmepleje.

Evalueringsrapporten viser, at 50 % af borgerne har effekt af U og R, hvilket fremadrettet forventes at betyde en reduktion i den gennemsnitlige plejetyngde hos de borgere, som har modtaget et U og R forløb. Forvaltningen vurderer på den baggrund, at der er en årlig nettobesparelse på 6,7 mio. kr. som følge af effekten af den eksisterende udrednings- og rehabiliteringsindsats.

Tabel 2. Varige ændringer, service

	1.000 kr. 2018 p/l			
	2018	2019	2020	2021
Sparede udgifter som følge af udredning og rehabiliteringsindsats	-6.700	-6.700	-6.700	-6.700
Varige ændringer totalt, service	-6.700	-6.700	-6.700	-6.700

1.5 FORDELING PÅ UDVALG

Kun relevant for Sundheds- og Omsorgsudvalget.

1.6 IMPLEMENTERING AF FORSLAGET

Indsatsen er implementeret i 2016 og er i drift i 2017.

1.7 INDDRAGELSE AF SAMARBEJDSPARTNERE

Ikke relevant. Indsatsen er implementeret.

1.8 FORSLAGETS EFFEKT

Evalueringen viser, at otte ud af ti borgere oplever et positivt udbytte af udrednings- og rehabiliteringsforløbet, enten målt på deres behov for hjælp eller udvikling i varetagelse af udvalgte dagligdagsaktiviteter.

De nye borgere, som havde et positivt udbytte ved afslutningen af deres hverdagsrehabiliteringsforløb i 2013 og 2014, har fastholdt det reducerede behov for hjælp efter to år. For kendte borgere fastholdes den positive effekt i op til et år.

Derudover viser evalueringen, at medarbejderne oplever et kompetenceløft.

1.9 OPFØLGNING

Effektiviseringsforslaget skal ses i sammenhæng med forslaget om investering i "Styrket faglighed og udvikling af Udrednings- & Rehabiliteringsforløb" der ligeledes forventes at give en effekt i form af reducerede udgifter til hjemmepleje. Forvaltningen følger løbende aktivitet og effekt gennem systematisk måling med validerede spørgeskemainstrumenter. Sundheds- og Omsorgsudvalget orienteres løbende om udvikling i en fast, kvartalsvis afrapportering.

1.10 RISIKOVURDERING

Forvaltningen vurderer, der er begrænset risiko, da indsatsen er i drift i 2016 og der har været påvist effekter og gevinstrealisering i samme størrelsesorden, som er forudsat i effektiviseringsforslaget.

Forslagets titel: **E9) Ophør af pulje til aktiviteter på plejecentre**

Kort resumé: Forslaget omhandler budgetophør af puljen til aktiviteter på plejecentre. Puljen fordeles mellem samtlige plejecentre og midlertidige opholdssteder i SUF.

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

Tabel 1. Samlede økonomiske konsekvenser

1.000 kr. 2017 p/l	Styringsområde	2018	2019	2020	2021
Varige ændringer					
Effektivisering – ophør af aktivitetspulje på plejecentre	Service	-6.613	-6.613	-6.613	-6.613
Samlet varig ændring	Service	-6.613	-6.613	-6.613	-6.613
Samlet økonomisk påvirkning	Service	-6.613	-6.613	-6.613	-6.613

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

1.2 BAGGRUND OG FORMÅL

Puljen til aktiviteter på plejecentre er vedtaget i forbindelse med budget 2012. I forbindelse med budget 2016 blev puljen reduceret fra ca. 10. mio. til nuværende niveau, som i 2017 er 6,6 mio. kr.

Formålet med puljen er at understøtte borgernes mulighed for et aktivt hverdagsliv ved hjælp af aktiviteter i dagligdagen. Det kan fx være gennem fælles sociale aktiviteter på enhederne så som spil, læsning, fester og udflugter.

Puljen fordeles til alle plejecentre og midlertidige opholdsenheder efter almindelig fordelingsnøgle. Midlerne er til generel understøttelse af aktivitetsområdet og er ikke dedikeret til specifikke aktiviteter. Midlerne indgår derfor i den almindelige ramme- og driftsbevilling til enhederne.

1.3 FORSLAGETS INDHOLD

De senere år har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen – bl.a. med afsæt i Ældrepolitikken og Værdighedspolitikken – haft øget fokus på aktiviteter og liv på plejecentre, med det formål, at styrke borgernes livskvalitet og oplevelser af meningsfuldhed i hverdagen. Det indbefatter en række

udviklingsprojekter, som understøtter og styrker medarbejdernes fokus og handlemuligheder i forhold til at skabe øget aktivitet i borgernes hverdagsliv.

Der har ligeledes været et kontinuerligt fokus på at sikre tilstrækkelig bemanning på plejecentrene ud over hele døgnet samt fokus på samarbejde med frivillige og andre aktører i lokalsamfundet. Endelig har indførelsen af klippekortet, hvor den ældre borger får mulighed for selv at disponere over en ½ time hver 14. dag, bidraget positivt til aktivitetsniveauet på byens plejecentre.

På den baggrund vurderer Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, at behovet for puljen til aktiviteter er reduceret. Der er således et effektiviseringspotentiale i forhold til budgetophør for puljen fra budget 2018 og fremover.

1.4 ØKONOMI

Puljen fordeles på nuværende tidspunkt til samtlige plejecentre og rehabiliteringscentre, hvilket medfører et tilsvarende budgetophør på alle centre.

Table 2. Varige ændringer, service

	1.000 kr. 2018 p/l			
	2018	2019	2020	2021
Effektivisering - pulje til aktiviteter på plejecentre	-6.613	-6.613	-6.613	-6.613
Varige ændringer totalt, service	-6.613	-6.613	-6.613	-6.613

1.5 FORDELING PÅ UDVALG

Forslaget vedrører kun Sundheds- og Omsorgsudvalget.

1.6 IMPLEMENTERING AF FORSLAGET

Forslaget kræver ikke implementeringsaktiviteter. De berørte enheder vil blive orienteret i forbindelse med budgetudmelding for 2018.

1.7 INDDRAGELSE AF SAMARBEJDSPARTNERE

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens lokalområdechefer og enhedsledere vil blive orienteret om evt. ophør af puljen umiddelbart efter vedtagelse af budget2018.

1.8 FORSLAGETS EFFEKT

Forslaget medfører reduceret bevilling til forskellige aktiviteter for borgere i plejebolig og midlertidige ophold. Konsekvensen vil være et tilsvarende reduceret udbud af aktiviteter og evt. begrænsede tidspunkter for mulige aktiviteter.

1.9 OPFØLGNING

Tabel 3. opfølgning

	Hvordan måles succeskriteriet	Hvem er ansvarlig for opfølgning	Hvornår gennemføres opfølgningen
<i>At puljen til aktiviteter på plejecentre ophører pr. 1. januar 2018.</i>	Dette vil fremgå af den decentrale budgetudmøntning til budget2018.	Økonomisekretariatet og Center for Omsorg og Rehabilitering i SUF.	Ikke relevant.

1.10 RISIKOVURDERING

De berørte borgere vil opleve et reduceret udbud af mulige aktiviteter i hverdagen, så som udflugter eller andre sociale arrangementer på enhederne.

Forslagets titel: **E10) Madservice med udbringning – ændring af leveringshyppighed og til kold mad**

Kort resumé: Overgang til levering af koldt mad til alle borgere 3 gange pr. uge. Maden leveres kold til flere dage ad gangen, så borgeren selv skal opvarme maden i hjemmet, modsat i dag hvor maden opvarmes under transporten. Derved kan der leveres færre gange pr. uge og opnås besparelser på transport.

Fremstillende forvaltning: Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Berørte forvaltninger:

<input type="checkbox"/>	Økonomiforvaltningen	<input checked="" 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. 2018 p/l	Styringsområde	2018	2019	2020	2021
Varige ændringer					
Driftsbesparelse på transport		-6.495	-7.085	-7.085	-7.085
Udgifter til hjemmepleje SUF		1.585	1.729	1.729	1.729
Udgifter til hjemmepleje SOF		733	800	800	800
Udgift til levering for indlagte borgere mm.		197	215	215	215
Omlægningsudgifter		80	16	16	16
Samlet varig besparelse		-3.900	-4.325	-4.325	-4.325
Samlet økonomisk påvirkning					
		-3.900	-4.325	-4.325	-4.325

Note til alle tabeller: Alle *besparelser* er angivet med negativt (-) fortegn. Forslaget har ikke fuld effekt for første år, da nuværende kontrakt udløber 31. januar 2018.

1.2 BAGGRUND OG FORMÅL

I dag får 1.728 hjemmeboende borgere i Københavns Kommune bragt mad ud af Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Størstedelen af borgerne er ældre borgere under Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, mens ca. 400 borgere er visiteret fra Socialforvaltningen. Maden er produceret en

eller flere dage før levering. Med forslaget introduceres en billigere model for madudbringning til visiterede borgere i Københavns Kommune, uden at madkvaliteten ændres væsentligt.

Borgeren bestemmer som reglerne er i dag selv, om maden skal leveres kold eller opvarmet, og om maden leveres omkring frokost eller sidst på eftermiddagen/tidlig aften. Hver borger får kun bragt mad ud én gang pr. dag. Praksis er i dag, at maden bliver kølet ned efter produktion, og leveres kold til ca. 30 % af borgerne, mens ca. 70 % af borgerne ønsker at modtage maden varm. Maden opvarmes under transporten. Muligheden for at modtage maden opvarmet betyder, at der under det nuværende regelsæt skal være mulighed for madudbringning alle ugens dage. Det medfører høje transportudgifter.

Københavns Kommune har i dag et højt serviceniveau i forhold til levering af mad, idet mange andre kommuner kun leverer maden kold hver anden eller hver tredje dag. Denne forskel i serviceniveau afspejles dog ikke i brugertilfredshedsmålinger, hvor der ikke er nævneværdig forskel på tilfredsheden med madudbringningen i Københavns Kommune og andre kommuner.

1.3 FORSLAGETS INDHOLD

Der er budgetteret med en samlet udgift til transport af mad (kommunal og private leverandører) i forbindelse med madservice til hjemmeboende borgere på 13,825 mio. kr. i 2017.

Forslaget indebærer en omlægning af madudbringning til hjemmeboende borgere med henblik på at opnå en besparelse på transportudgiften. Den nuværende madservice med udbringning alle dage omlægges, så der leveres kold mad tre gange ugentligt, hvorefter borger selv, eller med hjælp, varmer maden op i hjemmet, inden den spises.

Den faglige vurdering er, at madens ernæringsmæssige, hygiejniske og kulinariske kvalitet sandsynligvis vil øges ved at overgå til udbringning af kold mad. Ved udbringning af varm mad ses eksempler på, at maden i borgers hjem håndteres uhensigtsmæssigt og opbevares flere timer ved stuetemperatur inden den genopvarmes, hvilket forringer madens kvalitet.

Denne ændring giver en forventet besparelse på udgifter til transport på 7,085 mio. årligt. Nøjagtig besparelse vil dog afhænge af ny kørselskontrakt, og vil først blive kendt efter, at der er gennemført et nyt udbud.

Et antal borgere får i dag hjælp i hjemmet til mad- og måltider, og med forslaget vil flere borgere sandsynligvis opleve at have behov for hjælp til mad- og måltider. En del af disse borgere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen forventes at kunne trænes til at være selvhjulpne gennem et Udrednings- og Rehabiliteringsforløb. Det vurderes dog, at omkring 100 'nye' borgere vil få brug for hjælp til madhåndtering, såfremt forslaget vedtages. Den ekstra udgift til hjælp til mad- og måltider i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen estimeres at være 1.585 i 2018 og herefter 1,729 mio. årligt.

Socialforvaltningen vurderer, at omkring 57 ud af de i alt 400 borgere i regi af Socialforvaltningen, som SUF leverer mad til, ligeledes vil få brug for hjælp til at håndtere maden. Den ekstra udgift til hjælp til mad- og måltider i Socialforvaltningen estimeres til at være på 0,7 mio. kr. i 2017 og herefter 0,8 mio. kr. årligt.

Forslaget vil ligeledes indebære udgifter til indkøb af mikroovne til brug for hurtig opvarmning af maden. Udgifterne til indkøb af mikroovne er i 2018, hvor omlægningen finder sted, på 80.000 kr., mens der de efterfølgende år estimeres en varig udgift på 16.000 kr. årligt.

Til at imødekomme behovet for ekstra daglig madudbringning, fx når borgere udskrives fra hospital, samt når borgere ændrer i deres bestillinger, vil der være behov for et beredskab med mulighed for daglig

madudbringning. Udgifterne hertil estimeres til 215.000 kr. årligt fra 2019 og frem fordelt på 150.000 kr. til chaufførtimer og 65.000 kr. til leasing af en el-bil.

1.4 ØKONOMI

Tablet 2. Varige ændringer, service

	1.000 kr. 2018 p/l			
	2018	2019	2020	2021
Driftsbesparelse på transport	-6.495	-7.085	-7.085	-7.085
Udgifter til hjemmepleje SUF	1.585	1.729	1.729	1.729
Udgifter til hjemmepleje SOF	733	800	800	800
Udgift til levering for indlagte borgere mm.	197	215	215	215
Omlægningsudgifter (indkøb af mikroovne mv.)	80	16	16	16
Samlet varig besparelse	-3.900	-4.325	-4.325	-4.325

Den nuværende kørselskontrakt udløber 31.1 2018, og ny kontrakt med færre leveringer vil kunne indgå 1.2 2018, hvorfor realisering af effektivisering først kan medregnes pr. 1. februar 2018.

1.5 FORDELING PÅ UDVALG

Forslaget vedrører kun Sundheds- og Omsorgsudvalget, men Socialudvalgets borgere modtager også madudbringning og forslaget har dermed også betydning for Socialudvalgets borgeres behov for hjemmepleje.

1.6 IMPLEMENTERING AF FORSLAGET

Implementeringen af forslaget indebærer omlægningsudgifter til indkøb af mikrobølgeovn til 100 borgere samt etablering af leasingaftale af bil i henhold til behovet for ekstra, daglig madudbringning. Øvrige borgere forventes enten at have- eller at indkøbe mikroovne eller at opvarme maden i almindelig ovn.

1.7 INDDRAGELSE AF SAMARBEJDSPARTNERE

I implementeringen af forslaget vil forvaltningen inddrage Socialforvaltningen.

1.8 FORSLAGETS EFFEKT

Det kan tænkes, at nogle borgere vil opleve det som en kvalitetsforbedring, at måltidet opvarmes umiddelbart før det skal spises og i hjemmet.

Forslaget er klimaforbedrende, i form af mindre CO2 udledning og partikelforurening, grundet minimeret transport.

1.9 OPFØLGNING

Tabel 3. opfølgning

	Hvordan måles succeskriteriet	Hvem er ansvarlig for opfølgning	Hvornår gennemføres opfølgningen
Ny kontrakt med ændret vilkår for levering af mad tre dage ugentligt	Ved at der foretages et udbud og indgås en ny kontrakt.	Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, afdelingen for frit valg og indkøb	Oktober 2017
Indkøb af mikroovne og levering til de relevante borgere	Ved at mikroovne indkøbes og leveres i de fem lokalområder	Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Center for Omsorg	December 2017 / januar 2018

1.10 RISIKOVURDERING

Forslaget vil med stor sandsynlighed betyde, at en større gruppe borgere vil opfatte overgang til levering af kold mad tre gange ugentligt som en serviceforringelse. Madens kvalitet vil blive forsøgt fastholdt i størst mulig grad, men eksempelvis vil muligheden for friskbagt brød hver dag forsvinde, hvilket sandsynligvis vil påvirke borgerens oplevelse af kvalitet.

Forslaget kan for nogle borgere betyde en forringelse af kontakt med omverdenen, da tidligere undersøgelser har vist at kontakt med chauffør for nogle borgere på nogle dage, er eneste kontakt med omverdenen.

For at sikre madens holdbarhed er det afgørende, at maden bliver opbevaret tilstrækkeligt køligt (maks. 5 C) og at emballagen ikke bliver brudt, før måltidet skal spises. En evaluering af et tidligere pilotprojekt omkring madudbringning har vist, at rette temperatur og rette håndtering er en udfordring for en del af de borgere, der er visiteret til madudbringning. Projektet viste i flere tilfælde, at borgerens køleskab ikke havde den rette lave temperatur, og at borgere i nogle tilfælde åbnede emballagen før maden skulle spises, og udskiftede eksempelvis kartofler med ris – med hygiejnemæssig risiko til følge.

Forslagets titel: **E11) Klippekort på plejecentre - finansieret af finanslovsmidler**

Kort resumé: Med finansloven for 2017 afsættes der 380 mio. kr. i en ansøgningspulje til klippekort på plejecentre. Sundheds- og Omsorgsudvalget har allerede via ældrepuljen afsat midler til klippekort på plejecentre. Under forudsætning af at klippekortet på plejecentre fra 2018 og frem finansieres fuldt ud af finanslovsmidler kan de allerede afsatte ældrepuljemidler anvendes som led i at nå effektiviseringsmålet for Budget 2018.

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	Styringsområde	2018	2019	2020	2021
Varige ændringer					
Effektivisering – klippekort på plejecentre finansieret af finanslovsmidler	Service	-8.500	-8.500	-8.500	-8.500
Samlet varig ændring	Service	-8.500	-8.500	-8.500	-8.500
Samlet økonomisk påvirkning	Service	-8.500	-8.500	-8.500	-8.500

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

1.2 BAGGRUND OG FORMÅL

Med aftalen om finansloven 2017 er der afsat 380 mio. kr. årligt fra 2017 i en ansøgningspulje øremærket til klippekort på plejecentre. Klippeordsordningen, som har sin oprindelse i Københavns Kommune, breddes således ud nationalt. Med aftalen øges klippekortet for borgere på kommunens plejecentre, fra en halv time hver 14. dag til en halv time hver uge. Ordningen indebærer, at borgere i plejeboliger får et ugentligt klip, hvilket svarer til en halv times ekstra hjælp og støtte en gang om ugen.

Sundheds- og Ældreministeriet har den 8. februar udmeldt den nærmere afgrænsning af målgruppen som beboere i almene plejeboliger, plejehjem efter Servicelovens § 192 og friplejeboliger. Ansøgningsfristen er den 3. marts 2017.

Midlerne i ansøgningspuljen fordeles efter bloktilskudsnøglen og ikke i forhold til antallet af plejeboliger eller antallet af borgere over 80 år. Københavns Kommune kan således ansøge om maksimalt ca. 39,9 mio. kr. Midlerne skal anvendes til aktiviteter på plejecentre, der ligger ud over den eksisterende plejeindsats.

1.3 FORSLAGETS INDHOLD

På baggrund af de foreløbige tilbagemeldinger fra ministeriet forventes det, at det nuværende klippekort på plejecentre kan erstattes af midlerne fra finansloven - dog først fra puljens udmøntningsdato.

Sundheds- og Omsorgsudvalget har allerede via ældrepuljen afsat 8,37 mio. kr. i 2017 til klippekort på plejecentre. Der er ligeledes afsat 0,8 mio. kr. i Socialforvaltningen til klippekort på plejecentre fra ældrepuljemidlerne.

Under forudsætning af, at klippekortet på plejecentre fra 2018 og frem finansieres fuldt ud af finanslovsmidler kan de allerede afsatte ældrepuljemidler fra 2018 og frem prioriteres til forvaltningsspecifikke effektiviseringer.

1.4 ØKONOMI

I 2017 og 2018 udmøntes klippekortsmidlerne fra finansloven som ansøgningspulje, hvor der skal aflægges regnskab. Fra 2019 fordeles midlerne til kommunerne via bloktilskuddet.

Tabel 2. Varige ændringer, service

	1.000 kr. 2018 p/l			
	2018	2019	2020	2021
Effektivisering – klippekort på plejecentre finansieret af finanslovsmidler	-8.500	-8.500	-8.500	-8.500
Varige ændringer totalt, service	-8.500	-8.500	-8.500	-8.500

1.5 FORDELING PÅ UDVALG

Vedrører kun Sundheds- og Omsorgsudvalget.

1.6 IMPLEMENTERING AF FORSLAGET

Klippekortsordningen skal udbygges i omfang med klip hver uge. Der forventes derfor, omkostninger forbundet med implementeringen. Disse forventes at blive finansieret af finanslovsmidlerne.

1.7 INDDRAGELSE AF SAMARBEJDSPARTNERE

Ikke relevant.

1.8 FORSLAGETS EFFEKT

Forslaget har ingen effekt på borgerne da ordningen fortsætter via finanslovsmidler.

1.9 OPFØLGNING

Forvaltningen vil fortsat følge op klippeskortsordningen og justere ordningen, såfremt der opstår behov for det.

1.10 RISIKOVURDERING

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen kender fortsat ikke de nærmere vilkår herfor, herunder dokumentationskrav i forhold til aflæggelse af et revisionspåtegnet regnskab. Men forventer dog, at forslaget allerede er implementeret i 2017 og at der på den baggrund er begrænsede risici.

Forslagets titel: **E12) Færre sundhedsprojekter**

Kort resumé: Forslag til effektiviseringer af 2 sundhedsprojekter.

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. 2018 p/l	Styringsområde	2018	2019	2020	2021
Varige ændringer					
Telesundhed vedr. nydiagnosticerede diabetikere		-1.000	-1.000	-1.000	-1.000
Fokuseret indsats for færre indlæggelser fra plejecentre		-2.000	-2.000	-2.000	-2.000
Samlet varig ændring		-3.000	-3.000	-3.000	-3.000

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

1.2 BAGGRUND OG FORMÅL

Den 24. juni 2015 besluttede Sundheds- og Omsorgsudvalget – i forbindelse med behandlingen af interne omstillinger og bevillingsophør til budget 2016 – hvorledes midlerne fra Sundhedspakke 2014 skulle anvendes.

Udvalget prioriterede bl.a. 1 mio. kr. til i samarbejde med Region Hovedstaden at gennemføre indsatsen 'Telesundhed vedrørende nydiagnosticerede diabetikere'. Samtidig besluttede udvalget, at en evt. videreførelse af bevillingen fra 2018 og frem skulle afvente en evaluering af projektet. Sidenhen har Sundheds- og Omsorgsforvaltning i Københavns Kommune og Region Hovedstaden grundet udsigt til en uforholdsmæssig høj omkostningsstruktur valgt at indstille projektet. Forvaltningen anbefaler på den baggrund, at bevillingen på 1 mio. kr. ikke videreføres.

Borgerrepræsentationen besluttede i forbindelse med budget 2015 en bevilling til en fokuseret indsats for "Færre indlæggelser fra plejecentre" finansieret af Sundhedspakke 2015. Med udgangspunkt i regnskab 2016, hvor der har været et markant mindreforbrug, vurderes det muligt at lave en effektivisering på 2 mio. kr. af bevillingen på 3,4 mio. kr. fra 2018 og frem.

1.3 FORSLAGETS INDHOLD

Telesundhed vedrørende ny diagnosticerede diabetikere

1 mio. kr. fra Sundhedspakke 2014 spares fra 2018 og frem. Midlerne der til og med 2017 var bevilget til Telesundhed vedr. nydiagnosticerede diabetikere skulle gå til videreudvikling og driftsmodning af en prototype på en digital applikation i samarbejde med Region Hovedstaden. Styregruppen, med deltagelse af Region Hovedstaden og Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning, valgte dog *ikke* at videreføre projektet til yderligere udvikling og driftsmodning. Dette skyldtes, at der skulle bruges for mange ressourcer til videreudvikling af app'en, før den med rimelighed kunne afprøves. Dermed blev omkostningerne for store ift. den konkrete viden, der kunne opnås, og indsatsen blev derfor ikke videreført.

Fokuseret indsats for færre indlæggelser fra plejecentre

Borgerrepræsentationen besluttede i forbindelse med budget 2015 en bevilling til en fokuseret indsats for færre indlæggelser fra plejecentre finansieret af Sundhedspakke 2015. Der var i 2016 afsat 2,4 mio. kr. og der var et forbrug på 1,1 mio. kr. svarende til et mindreforbrug på 1,3 mio. kr. Mindreforbruget skyldes, at man ved projektets begyndelse havde man en antagelse om, at det var muligt at brede projektet ud i et hurtigere tempo, end det siden har vist sig muligt. Fra og med 2018 stiger bevillingen til 3,4 mio. kr. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen arbejder med en systematisk og samlet kvalitetsindsats i forhold til den sundhedsfaglige kvalitet på tværs af hjemmepleje, midlertidige døgnophold og plejecentre. Indsatsen Fokuseret indsats for færre indlæggelser fra plejehjem integreres i den sundhedsfaglige kvalitetsindsats og det vurderes på den baggrund, at indsatsen kan løses for færre midler og at det vil være muligt at reducere bevillingen med 2 mio. kr. årligt fra 2018 og frem.

1.4 ØKONOMI

Økonomien er beskrevet i afsnit 1.3.

Tabel 2. Varige ændringer, service

	1.000 kr. 2018 p/l			
	2018	2019	2020	2021
Telesundhed vedr. nydiagnosticerede diabetikere	-1.000	-1.000	-1.000	-1.000
Fokuseret indsats for færre indlæggelser fra plejecentre	-2.000	-2.000	-2.000	-2.000
Varige ændringer totalt, service	-3.000	-3.000	-3.000	-3.000

1.5 FORDELING PÅ UDVALG

Forslaget vedrører udelukkende Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

1.6 IMPLEMENTERING AF FORSLAGET

Ikke relevant, da der ikke iværksættes nye initiativer.

1.7 INDDRAGELSE AF SAMARBEJDSPARTNERE

Ikke relevant.

1.8 FORSLAGETS EFFEKT

Indsatsen integreres i Sundheds- og Omsorgsforvaltningens øvrige tiltag, der samlet set skal understøtte sikker medicin håndtering, sundhedsfaglig dokumentation, færre indlæggelser mv.

1.9 OPFØLGNING

Forslaget udmøntes med Sundheds- og Omsorgsforvaltningens budgetudmøntning til budget 2018.

1.10 RISIKOVURDERING

Ikke relevant.

Forslagets titel: E13) Praksisplan – bortfald af forpligtelse

Kort resumé: Med Budget 2016 blev der afsat 10,2 mio. kr. i 2017 og frem til praksisplan for almen praksis til blandt andet sygebesøg og samtaleterapi. Da det jf. Budgetvejledningen for 2018 fra KL ikke har været muligt at indgå decentrale aftaler på området, bortfalder forpligtelsen til at afsætte midler imidlertid for kommunerne.

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

Tablet1. samlede økonomiske konsekvenser

1.000 kr. 2018 p/l	Styrings-område	2018	2019	2020	2021
Varige ændringer					
Praksisplan - bortfald af forpligtelse	Service	-10.600	10.600	10.600	-10.600
Samlet varig ændring	Service	-10.600	-10.600	-10.600	-10.600

1.2 BAGGRUND OG FORMÅL

Med udgangspunkt i sundhedsaftalen mellem Region Hovedstaden og kommunerne i regionen skal praksisplanen definere de opgaver, som ønskes løst af almen praksis inden for regionen. Den konkrete udmøntning af praksisplanen forudsætter, at der indgås en underliggende aftale med de praktiserende læger, hvor implementering og ressourcer aftales. Det er et krav ifølge overenskomsten om almen praksis, at den underliggende aftale indeholder en decentral aftale om ydelserne sygebesøg og samtaleterapi.

Overenskomsten mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Lønnings- og takstnævn (RLTN) giver mulighed for decentralisering af sygebesøg og samtaleterapi svarende til, at der årligt overføres ca. 210 mio. kr. fra den centrale overenskomst til det lokale niveau. I forlængelse af decentraliseringen bidrager kommuner og regioner i overenskomstperioden (2014-2017) hver med 100 mio. kr. til aftalt opgaveudvikling for at understøtte praksisplanlægningen. Med Københavns Kommunes Budget 2016 blev der følgende afsat 5,0 mio. kr. i 2016 og 10,2 mio. kr. i 2017 og frem til praksisplan for almen praksis 2016-2018.

1.3 FORSLAGETS INDHOLD

KL har tilkendegivet, at det ikke har været muligt at indgå aftaler inden for det råderum, som de centrale parter har aftalt. De problemer, som den decentrale aftale om sygebesøg og samtaleterapi skulle medvirke til at løse, er dermed ikke løst – herunder sikring af, at de praktiserende læger i højere grad foretager sygebesøg hos borgerne end tilfældet er i dag.

I lægernes overenskomst fremgår det, at det er op til den enkelte læge at vurdere, hvorvidt en borger har brug for et sygebesøg eller ej. Det opleves vanskeligt at få læger til at komme på sygebesøg, og det kan betyde, at der er borgere der ikke modtager rettidig behandling og som konsekvens heraf ender med at blive indlagt – hvilket igen har betydning for kommunernes udgifter til kommunal medfinansiering. Borgere udskrives desuden tidligere og tidligere fra hospitalerne og har dermed også et fortsat stort plejebestandsbehov efter udskrivelse. Ved manglende sygebesøg fra praktiserende læge i disse situationer, stilles der større krav til den kommunale sygeplejes kompetencer og ressourcer i det enkelte hjem eller midlertidige opholdsplads (MTO).

I forhandlingerne med PLO om den decentrale aftale var parterne langt i udfærdigelsen af en ny ydelse 'komplekse sygebesøg', der særligt var målrettet ældre, skrøbelige borgere. Den ny ydelse ville både have betydet en serviceforbedring over for borgerne og en lettelse af den kommunale sygepleje, som nu desværre ikke realiseres.

Da det ikke har været muligt at indgå en decentral aftale om sygebesøg og samtaleterapi inden for det råderum, som de centrale parter har aftalt, bortfalder garantien for udmøntning af de 2*100 mio. kr. fra kommuner og regioner. Det tidligere krav om, at den enkelte kommune skal være klar til at bidrage med deres andel, er derfor ikke længere relevant, hvorfor de varige midler på 10,2 mio. kr. i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen effektiviseres.

1.4 ØKONOMI

De varige midler på 10,2 mio. kr. til praksisplan for almen praksis 2016-2018, der blev givet med Københavns Kommunes Budgetaftale 2016, svarer til 10,6 mio. kr., når beløbet omregnes til 2018 p/l.

Tabel 1. Varige ændringer, service

	1.000 kr. 2018 p/l			
	2018	2019	2020	2021
Praksisplan - bortfald af forpligtelse	-10.600	-10.600	10.600	10.600
Varige ændringer totalt, service	-10.600	-10.600	10.600	10.600

1.5 FORDELING PÅ UDVALG

Forslaget vedrører kun Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

1.6 IMPLEMENTERING AF FORSLAGET

De afsatte midler effektiviseres.

1.7 INDDRAGELSE AF SAMARBEJDSPARTNERE

Ikke relevant.

1.8 FORSLAGETS EFFEKT

Effektiviseringen har ingen konsekvens, da forpligtelsen er bortfaldet.

1.9 RISIKOVURDERING

Ikke relevant.

Forslagets titel: **11) Styrket faglighed og udvikling af udrednings- og rehabiliteringsforløb**

Kort resumé: Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har succes med udrednings- og rehabiliteringsindsatsen (U og R) og vil med nærværende indsatser gerne videreudvikle fagligheden og kvaliteten i den nuværende indsats samt udbrede indsatsen til nye målgrupper, så flere borgere får effekt af udrednings- og rehabiliteringsforløb.

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

Tabel 1. samlede økonomiske konsekvenser

1.000 kr. 2017 p/l	Styrsområde	2017	2018	2019	2020	2021
Varige ændringer						
Effektivisering – flere forløb	Service	0	-2.000	-2.000	-2.000	-2.000
Effektivisering – fastholde effekt	Service	0	-2.000	-2.500	-3.000	-3.000
Effektivisering nye målgrupper	Service	0	-1.000	-1.500	-2.000	-3.000
Samlet varig ændring	Service	0	-5.000	-6.000	-7.000	-8.000
Implementeringsomkostninger						
Kompetenceudvikling	Service	500	1.000	1.000	0	0
Forsøg med socialpædagoger	Service	1.100	2.700	2.700	1.400	0
Forsøg med sygeplejeindsats og hjælpemidler i U og R-enheden og forsøg med nye målgrupper	Service	0	2.500	2.500	1.000	0
Implementering og vidensopsamling	Service	300	900	900	500	0
Kufferter og hjælpemidler	Anlæg	300	700	300	100	0
Monitoreringsredskab	Anlæg	0	200	0	0	0
Samlede implementeringsomkostninger		2.200	8.000	7.400	3.000	0
Samlet økonomisk påvirkning		2.200	3.000	1.400	-4.000	-8.000
Tilbagebetalingstid baseret på serviceeffektivisering	5					
Tilbagebetalingstid baseret på totaløkonomi	5					

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

1.2 BAGGRUND OG FORMÅL

Den 1. januar 2015 blev der indført en ny paragraf 83 a om rehabiliteringsforløb i serviceloven. § 83 a forpligter kommunerne til – forud for tilbud om hjemmehjælp efter § 83 – at tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet

vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjemmehjælp.

I Københavns Kommune er rehabiliteringsindsatsen efter § 83 a organiseret i en særlig enhed i hvert af de fem lokalområder, hvor medarbejdere fra sygeplejen, sundhedshuset og visitationen varetager udrednings- og rehabiliteringsforløbene (U og R). Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har evalueret de eksisterende U og R forløb (december 2016). Evalueringen viser, at måltallene for antal borgere, som har et positivt udbytte af U og R forløb i 2016, er nået. Samlet set har halvdelen af de borgere, som har afsluttet et U og R forløb, opnået et positivt udbytte af U og R forløbet, set i forhold til efterfølgende behov for hjemmehjælp.

Den succesfulde implementering af U og R har medført reducerede udgifter i driften i forhold til forbrug af timer til hjemmehjælp. I særskilt forvaltningsspecifikt effektiviseringsforslag foreslår Sundheds – og Omsorgsforvaltningen på den baggrund, at der hentes en forvaltningsspecifik effektivisering på 7,5 mio. kr. fra budget 2018.

Formålet med indsatserne i denne business case er gennem investering i udrednings- og rehabiliteringsindsatsen at fastholde og udvikle de positive resultater, som evalueringen af U og R forløbene viser. Udviklingen fastholdes dels ved at styrke og videreudvikle den faglige og tværfaglige indsats i U og R forløbene, som vil øge effekten og livskvaliteten for den enkelte borger, dels ved at udvide målgruppen, som vil sikre at endnu flere borgere bliver selvhjulpne.

1.3 FORSLAGETS INDHOLD

De positive tendenser i den nuværende U og R indsats gør det oplagt at investere i en udbygning af indsatsen. På baggrund af de nuværende erfaringer med U og R har forvaltningen identificeret følgende tre indsatsområder, som vurderes at have et udviklingspotentiale:

Tabel 2. forslagets indhold

Indsats	Aktivitet	Effekt
1. Styrke den tværfaglige indsats i Udrednings og rehabiliteringsforløbene 2. Udvide den tværfaglige indsats med brug af pædagogiske kompetencer i Udrednings og rehabilitering enhederne	Styrke og udvikle de organisatoriske rammer for det tværfaglige samarbejde, samt understøtte den samlede udredning og rehabilitering med lettere adgang til brug af hjælpemidler i indsatsen, samt integration af særlige faglige indsatser som ex. sygepleje. Ansætte pædagoger i alle fem lokalområder	Den forventede effekt at de to indsatsområder er, at andelen af borgere med positivt udbytte af U og R forløb øges fra de nuværende 50 % til 60 % i 2020.
3. Videreudvikle U og R til nye målgrupper	Udvidelse af målgruppen for U og R forløbene til borgere, der kun er henvist til sygepleje samt borgere, der kun har ansøgt om/får hjælpemidler. I SUF er der ca. 1.400 borgere der kun modtager sygepleje. Det er vurderingen at ca. ½ delen vil	Den forventede effekt af U & R forløb for disse målgrupper er, at 5-10 % af borgerne får mindre behov for sygeplejeindsatser og hjælpemidler, og at deres behov for hjemmehjælp udskydes.

	kunne henvises til et udrednings- og rehabiliteringsforløb.	
--	---	--

Ad. 1. – Styrke den tværfaglige indsats i U og R forløbene

Indsatsen skal styrke tværfagligheden i udredningen og rehabiliteringen af borgerens fysiske, psykiske og sociale funktionsevne, så borger efter et forløb er selvhjulpen i så høj grad som muligt og så længe som muligt.

Indsatsen skal endvidere styrke U og R medarbejdernes muligheder for og kompetencer til at anvende hjælpemidler i forløbene og sikre yderligere brug af relevante rehabiliterende sygeplejeindsatser som integrerede elementer i forløbene.

Investeringen skal dække udgifter til:

Hjælpemidler

I et U og R forløb vil der ofte være behov for at benytte hjælpemidler – enten midlertidigt som led i rehabiliteringsindsatsen eller for at gøre borgeren helt eller delvist selvhjulpen. Det kræver et smidigt system, der gør hjælpemidler lettere tilgængeligt for enheden end i dag, og gør det muligt at afprøve forskellige typer af hjælpemidler i U og R forløbet.

Når afprøvning og brug af hjælpemidler bliver en tilgængelig mulighed i udredningen og rehabiliteringen forventes flere borgere at opnå en større selvhjulpenhed. Fx viser erfaringer fra andre kommuner, at borgeren kan gøres helt eller delvist selvhjulpen, når der i forløbet arbejdes med en "kuffert", der indeholder en række forskellige hjælpemidler, som kan afprøves sammen med borgeren. Der skal derfor udvikles og indføres et smidigt kuffertsystem inden for området af små hjælpemidler, som eksempelvis indeholder; rebstige til brug for ind- og udstigning af seng, fladmoppe, småredskaber til køkkenet, badebørste på skaft, indkøbstrolley der kan "gå" på trapper og evt. relevante hjælpemidler til borgere med demens eller hjerneskade. Derudover hjælpemidler i form af specielle bukser til kørestolsbrugere, som er nemme at åbne og lukke med én hånd, strømpepåtagere og endelig hjælpemidler til svagtseende.

Kompetenceudvikling af U og R enhedens medarbejdere i brug af hjælpemidler

Kompetenceudvikling af U og R enhedernes medarbejdere og visitatorer skal sikre, at de har en grundlæggende forståelse af det brede rehabiliteringsbegreb, herunder opmærksomhed på hjælpemidler som et redskab i den samlede indsats. Kompetenceudviklingen skal sikre, at medarbejderne er i stand til at screene borgerne i forhold til, hvornår et hjælpemiddel er relevant, lige som det skal gøre dem i stand til at træne borgerne i at anvende hjælpemidlerne, så den fulde gevinst opnås.

Kompetenceudvikling af terapeuter og sygeplejersker

Kompetenceudviklingen af U og R enhedernes medarbejdere skal sikre, at de har den viden, der er nødvendig for at kunne levere relevante sygeplejeindsatser i U og R forløb, og at de har en opmærksomhed på vigtigheden af at arbejde med sygeplejeindsatser som et redskab i den samlede indsats.

Udvikling af et monitoreringsredskab

Der er pt. ikke udviklet et vurderingsredskab, som er velegnet til at måle effekten i forhold til det brede rehabiliteringsbegreb. De eksisterende redskaber er primært rettet mod den fysiske del af rehabilitering og i mindre den psykiske og sociale dimension af rehabilitering. Derfor er der brug for at udvikle et velegnet vurderingsredskab, med henblik på at kvalificere effektmåling af den samlede effekt af U og R forløb. Selve udviklingen af redskabet skal ske i samarbejde med Center for Innovation og Digitalisering og Center for

Kvalitet og HR i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og evt. ekstern leverandør. Såfremt der bliver tale om et digitalt redskab, vil KIT blive involveret.

Ad. 2. – Forsøg med styrkede socialpædagogiske kompetencer i udredning og rehabiliteringen

På baggrund af evalueringen af et pilotforsøg med en pædagog i et lokalområde ønskes det at der investeres i en afprøvning af socialpædagoger i alle fem lokalområder i en forsøgsperiode. Medarbejderne ansættes i den lokale visitation, og indgår i både visitationens almindelige arbejdsopgaver og i U og R enhedens arbejde. Samarbejde mellem socialpædagogerne på tværs af lokalområder vil bidrage til dels at styrke det generelle fokus på SUFs anvendelse af socialpædagogiske kompetencer og tilgange i hele forvaltningen, og dels at sikre socialpædagogiske metoder specifikt i udrednings- og rehabiliteringsforløbene og borgernes egenmestring. Samtidig vil dette samarbejde på tværs mellem de seks pædagoger i forsøgsperioden sikre robusthed i udrednings- og rehabiliterings enhederne og visitationerne ved varetagelse af den pædagogiske opgave fx ifm. sygdom/ferie, opsigelser mv.

Socialpædagogiske kompetencer har i et pilotprojekt vist sig dels at bidrage til visitationens og enhedens evne til at motivere borgere, dels at styrke fokus på den brede rehabiliteringsforståelse herunder psykisk og social rehabilitering. Derudover styrker de socialpædagogiske kompetencer indsatsen ift. borgere i vanskelige situationer som social isolation, manglende livsmod og motivation, psykisk sygdom, manglende evne til strukturering af dagligliv og andet. Investering i sikring af den socialpædagogiske tilgang og metode i enhederne kan derfor bidrage til, at flere borgere får udredning og rehabilitering, og at forløbene forbedrer borgerens fysiske, psykiske og sociale funktionsevne og gøre U & R forløbenes effekt større.

Ad. 3. – Afprøve nye målgrupper for U og R forløb

Det foreslås, at der investeres i en indsats med det formål at afprøve, om U og R perspektivet kan udbredes til andre målgrupper for derved at gøre flere borgere helt eller delvist selvhjulpne. Det foreslås, at den nuværende målgruppe for U og R forløb i en forsøgsperiode udvides (i dag omfattes alene borgere, der søger eller får hjælp efter servicelovens § 83) til henholdsvis:

1. Borgere, der udelukkende søger om et hjælpemiddel og
2. Borgere, som alene er henvist/visiteret til sygeplejeydelser.

Ad. 1. Målet med et U og R forløb vil dels være at reducere eller fjerne borgerens behov for hjælpemidler men også at styrke borgerens generelle mestringsevne .

Ad. 2. For en del af de borgere, der alene modtager sygeplejeindsatser, formodes der at være et rehabiliteringspotentiale, ved at styrke deres generelle evne til at mestre dagliglivet og mulighed for at reducere og/eller udsætte behovet for sygepleje. Formålet med et U og R forløb er således at afhjælpe og forebygge tab i borgerens fysiske, psykiske og sociale funktionsevne.

Implementering og evaluering

En vigtig forudsætning for, at investeringen i styrket tværfaglig indsats i U og R forløbene og nye målgrupper for U og R forløb giver den forventede økonomiske gevinst, er en vellykket implementering i praksis, jf afsnit 1.6. Derfor afsættes midler til understøttelse af implementering, udvikling af kompetencer og indsatser, vidensopsamling og -deling inden for indsatsområderne i en periode på 3 ½ år.

Alle indsatser monitoreres og evalueres løbende for at følge op på, om indsatserne har den forventede effekt for den enkelte borger og den forventede økonomiske effekt.

Med udgangen af 2019 evalueres indsatserne og deres effekt. Det er forventningen, at indsatserne fra medio 2020 kan overgå til almindelig drift og de dækkes derved inden for den eksisterende bevilling.

1.4 ØKONOMI

Evalueringen fra 2016 viste at der på baggrund af U og R indsætterne var et økonomisk potentiale for reducerede hjemmeplejetimer for nye borgere og kendte borgere på ca. 20 mio.kr. i løbet af de følgende 12 måneder. En stigning fra 50 % til 60 % borgere som får effekt af U og R forløbene vil medføre en yderligere reduktion på 2 mio.kr. årligt.

Effekten af U og R er faldende over tid, men en forlængelse af effekten fra 12 til 14 måneder med positiv effekt forventes at kunne øges kontinuerligt og frigøre 3 mio. kr. i 2020 for gruppen af nye og kendte borgere.

For udvidelsen af målgruppen til borgere, der kun får sygepleje, og borgere der kun får hjælpemidler forventes der en effekt i form af reduceret eller helt fjernet behov samt et udskudt behov for hjemmepleje. For borgere der kun får sygepleje forventes således, at 50 borgere ud af 700 (som kun får sygepleje) får udskudt deres behov for hjemmepleje (i gennemsnit 3,4 time pr. uge) med på sigt 12 måneder. Indsatsen evalueres med henblik på at få mere viden om hhv. effekten og antallet af borgere i de to målgrupper.

I takt med at U og R forløbene til de nye målgrupper bliver integreret i den eksisterende U og R indsats forventes udgifterne til de nye målgrupper på sigt at blive reduceret.

Tabel 3. Varige ændringer, service

	1.000 kr. 2017 p/l			
	2018	2019	2020	2021
Flere får effekt - (øget fra 50 % til 60 %)	-2.000	-2.000	-2.000	-2.000
Fastholde effekten i længere tid (20 % længere tid)	-2.000	-2.500	-3.000	-3.000
Nye målgrupper	-1.000	-1.500	-2.000	-3.000
Varige ændringer totalt, service	-5.000	-6.000	-7.000	-8.000

Tabel 4. Serviceinvesteringer i forslaget

	2017	1.000 kr. 2017 p/l					Innovationspulje (sæt X)
		2018	2019	2020	2021	I alt	
Kompetenceudvikling	500	1.000	1.000	0	0	2.500	
Forsøg med socialpædagoger	1.100	2.700	2.700	1.400	0	7.900	
Forsøg med sygeplejeindsats og hjælpemidler i U og R-enheden og forsøg med nye målgrupper	0	2.500	2.500	1.000	0	6.000	
Implementering og vidensopsamling	300	900	900	500	0	2.600	
Investeringer totalt, service	1.900	7.100	7.100	2.900	0	19.000	

Tabel 5. Anlægsinvesteringer i forslaget

	1.000 kr. 2017 p/l					
	2017	2018	2019	2020	2021	I alt
Kufferter og hjælpemidler	300	700	300	100	0	1.400

Monitoreringsredskab	0	200	0	0	0	200
Investeringer totalt, anlæg	300	900	300	100	0	1.600

1.5 FORDELING PÅ UDVALG

Forslaget er kun relevant for Sundheds- og Omsorgsudvalget.

1.6 IMPLEMENTERING AF FORSLAGET

En vigtig forudsætning for vellykket implementering af indsatserne er, at de gennemføres koordineret og i et tæt samarbejde mellem relevante centre og lokalområderne. Derfor samles arbejdet med indsatserne i et projekt med en række delprojekter. Projektejerskabet forankres i Center for Omsorg og Rehabilitering i Sundheds – og Omsorgsforvaltningen. Der etableres en projektorganisation med en fælles styregruppe med centerchefer fra Center for Omsorg og Rehabilitering, Center for Kvalitet og HR, Center for Innovation og Digitalisering, Center for Sundhed og Økonomisekretariatet samt repræsentanter fra lokalområderne.

Centralt for implementeringen er tillige inddragelse af borgere og medarbejdere, for at sikre at de løsninger og tiltag, der udvikles inden for indsatsområderne, kan benyttes i praksis og får den ønskede effekt. Involvering af og samarbejde med medarbejdere sikres ved, at projektlederne er meget ”i felten”, især i U og R enhederne og i de lokale visitationer. Involvering af borgerne sikres gennem den løbende opfølgning på de enkelte borgers U og R forløb, og gennem evaluering af indsatserne.

Implementeringen af projektet forventes at begynde medio 2017, og afsluttes medio 2020.

Tablet 6. Overordnet implementeringsplan

Aktivitet	Dato 2017-2020	Ansvarlige i Sundheds – og Omsorgsforvaltningen
1. Design og etablering af projektorganisation, udformning af projektbeskrivelser og planlægning af proces	Juli-aug. 2017	Center for Omsorg og Rehabilitering
2. Igangsættelse af hjælpemiddelindkøb og udvikling af kompetenceudviklingsforløb i samarbejde med relevante aktører	Sept.-nov. 2017	Center for Omsorg og Rehabilitering og Center for Kvalitet og HR samt Center for Innovation og Digitalisering
3. Forsøgsordning med ansættelse af socialpædagoger	Sept.-nov. 2017	Center for Omsorg og Rehabilitering og lokalområderne
4. Kompetenceudviklingsforløb gennemføres	Sept.-Dec. 2017	Center for Omsorg og Rehabilitering og Center for Kvalitet og HR
5. Indkøb af hjælpemidler	Nov. 2017- primo 2018	Center for Omsorg og Rehabilitering og Center for Innovation og Digitalisering og lokalområderne
6. Screening af borgere	Sept.-dec. 2017	Center for Omsorg og Rehabilitering og lokalområderne
7. Implementering af indsatserne	Dec. 2017- dec. 2020	Center for Omsorg og Rehabilitering og lokalområderne

8. Evaluering og validering af business case	Aug. 2019- dec. 2019	Center for Kvalitet og HR og Økonomisekretariatet
--	-------------------------	--

1.7 INDDRAGELSE AF SAMARBEJDSPARTNERE

Der etableres eventuelt et samarbejde med en privat leverandør om udarbejdelse af monitoreringsredskabet.

1.8 FORSLAGETS EFFEKT

Den forventede effekt er en økonomisk gevinst, samt at flere borgere vil opleve, at de bliver mindre afhængige af hjælp, hvorved deres livskvalitet højnes. Den forventede effekt er desuden, at medarbejderne i U og R enhederne vil opleve et kompetenceløft, og at deres muligheder for at understøtte borgernes fysiske, psykiske og sociale rehabilitering styrkes.

1.9 OPFØLGNING

Tabel 7. Opfølgning

	Hvordan måles succeskriteriet	Hvem er ansvarlig for opfølgning	Hvornår gennemføres opfølgningen
I midt 2020 er andelen af borgere med positivt udbytte af U og R forløb 60 %	Ved at trække data på visiterede ydelser (personlig og praktisk hjælp) til borgere, der har været igennem U og R forløb og ved at benytte redskaber til at måle effekten af U og R indsatserne	Projektledelsen og Center for Kvalitet og HR	Løbende hver måned - startende fra dec. 2017
10 % af borgerne, der får de udvalgte hjælpemidler i et lokalområde, kan klare sig uden hjælpemidlet, og deres generelle mestringssevne er styrket	Ved at trække data på bevilgede hjælpemidler til borgere, der har været igennem U og R forløb og ved at benytte redskaber til at måle effekten af U og R indsatserne	Projektledelsen og Center for Kvalitet og HR	Løbende hver måned - startende fra dec. 2017
10 % af borgerne, der får de udvalgte sygeplejeindsatser i et lokalområde, kan klare sig uden indsatsen, og deres generelle mestringssevne er styrket	Ved at trække data på bevilgede sygeplejeindsatser til borgere, der har været igennem U og R forløb, og ved at benytte redskaber til at måle effekten af U og R indsatserne	Projektledelsen og Center for Kvalitet og HR	Løbende hver måned - startende fra dec. 2017

1.10 RISIKOVURDERING

Der er følgende risici for forslaget mål opfyldelse:

- At der ikke er så mange borgere blandt de borgere, der kun modtager hjælpemidler og sygeplejeindsatser, med et rehabiliteringspotentiale som forudsæt. Denne risiko er til stede, da borgernes rehabiliteringspotentiale ikke er kendt inden projektstart.
- At en styrket tværfaglig indsats i U og R forløbene og styrkede pædagogiske kompetencer i U og R enhederne ikke bevirker, at borgere med et positivt udbytte af U og R forløb øges fra de

nuværende 50 % til 60 % i 2020. Denne risiko er til stede, da det ikke er muligt at forudsige effekten af indsatserne.

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 nøglefaktor 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
Varige ændringer					
Reduktion i visiteret tid til pleje og omsorg	Service	0	0	-3.914	-4.892
Praksiskonsulenter og visitator	Service			636	636
Samlet varig ændring	Service	0	0	-3.278	-4.256
Implementeringsomkostninger					
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
Samlede implementeringsomkostninger		1.468	1.399	127	127
Samlet økonomisk påvirkning	Service	1.468	1.399	-3.151	-4.129
Tilbagebetalingstid baseret på serviceeffektivisering	3				
Tilbagebetalingstid baseret på totaløkonomi	3				

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 årligt¹.

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 år².

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.

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.

¹ Sygdomsbyrden i Danmark 2016, SST

² Analyse af henvisninger fra alment praktiserende læger til kommunale tilbud, KL

Tabel 2. Oversigt over tiltag og aktiviteter

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

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. <ul style="list-style-type: none"> - 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	
Investeringer totalt, service	1.468	1.399	127	127	3.121	

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 2021³.

³ 6-by nøgletal 2015 (fremskrevet til 2017-niveau)

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
Varige ændringer totalt, service	0	0	-3.278	-4.256

1.5 FORDELING PÅ UDVALG

Vedrører kun Sundheds- og Omsorgsudvalget

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 effektiviseringspotentialer i forhold til tidlig opsporing af kroniske sygdomme. Undersøgelser viser, at meromkostningerne for det samlede sundhedsvæsen for en borger med KOL, diabetes eller hjerte-kar sygdom er mellem 40.000-80.000 om året, hele 42 % heraf finansieres af kommunen⁴. En tidlig og vellykket rehabilitering betyder, at sygdomsudviklingen bremses og borgeren bliver bedre til at håndtere egen sygdom, derved mindskes forbruget af sundhedsydelser. 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 potentialer 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.

⁴ 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.

Forslagets titel: **I3) En tidlig indsats for borgere med demens**

Kort resumé: En målrettet indsats tidligt i borgerens sygdom kan forhale borgerens demenssymptomer og dermed medvirke til at mindske og/eller udskyde borgerens behov for omfattende hjælp.

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

Tabel 1. Forslagets samlede økonomiske konsekvenser

1.000 kr. 2017 p/l	Styringsområde	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Varige ændringer							
Effektivisering	Service	0	-2.100	-3.100	-3.100	-3.600	-3.600
Driftsudgifter	Service	0	2.100	2.500	2.500	2.500	2.500
Samlet varig ændring		0	0	-600	-600	-1.100	-1.100
Implementeringsomkostninger							
Serviceinvesteringer	Service		500	0	0	0	0
Midlertidig dækning af driftsudgifter	Service	1.250	400	0	0	0	0
Anlægsinvesteringer	Anlæg	500	0	0	0	0	0
Samlede implementeringsomkostninger		1.750	900	0	0	0	0
Samlet økonomisk påvirkning		1.750	900	-600	-600	-1.100	-1.100
Tilbagebetalingstid baseret på serviceeffektivisering	6						
Tilbagebetalingstid baseret på totaløkonomi	6						

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

1.2 BAGGRUND OG FORMÅL

Demens er en fremadskridende kronisk hjernesygdom, som påvirker alle dele af borgerens liv og personlighed i takt med, at sygdommen udvikler sig. Samtidig påvirkes de pårørende i sådan en grad, at demens i dag kaldes "de pårørendes sygdom". Demens kan ikke helbredes, men jo tidligere diagnosen stilles og behandling igangsættes, jo bedre muligheder er der for at fastholde en god livskvalitet for både borgerne og de pårørende gennem sygdomsforløbet.

I Københavns Kommune lever mindst 5.500 borgere med demens, hvoraf ca. 40 % er diagnosticerede. Af de 5.500 borgere er ca. 2.300 mellem 60-79 år. Tallet forventes at stige til 3.000 borgere i 2030. Langt de fleste bor og vil bo i eget hjem, når de får demens. Ifølge den svenske Socialstyrelse estimeres de gennemsnitlige direkte omkostninger per person med demens til ca. 280.000 kr. årligt, svarende til 1,5 milliarder kr. for borgere i Københavns Kommune i dag. Udgiften varierer afhængigt af den enkeltes demensgrad. Ved svær demens er udgiften fx ca. fire gange højere end ved let demens.

Undersøgelser viser, at en tidlig rehabiliterende indsats for borgeren i form af forebyggende og understøttende tiltag, som træning og vejledning, kan medvirke til at fastholde og bevare et aktivt og selvstændigt hverdagsliv i længere tid - og dermed udskyde behovet for personlig og praktisk hjælp. Senest har et dansk forskningsprojekt, ADEX, vist, at det er muligt at fastholde og forbedre den fysiske og kognitive funktionsevne hos borgere i den tidlige fase af deres demenssygdom gennem moderat til hård fysisk træning og samtidig øge borgerens livskvalitet⁵. Et omfattende review fra 2016 peger på, at fysisk træning og psykosociale indsatser sammen med medicin ser ud til at være den mest effektive metode til at forsinke et gradvist tab af praktisk funktionsevne i hjemmet⁶. Der er ligeledes gode erfaringer med kognitiv træning af demensramte. En fransk undersøgelse fra 2016 viser, at målrettet individuelt kognitiv træning kan fastholde den praktiske funktionsevne længere i hverdagen og udskyde behovet for en plejebolig med ½ år⁷. Aalborg og Århus kommuner har med målrettet kognitiv træning øget eller fastholdt nogle af de mentale færdigheder hos borgere med demens⁸.

Foruden kognitiv og fysisk træning er der også en række teknologier, som kan være med til at understøtte, at borgere med demens kan leve et trygt og aktivt liv i længere tid i kendte rammer. Fx teknologier, som understøtter struktur og tryghed i hverdagen – eller som på anden måde medvirker til at tilpasse borgerens fysiske omgivelser med borgerens behov.

Forslaget udmønter Københavns Kommunes handlingsplan for demensindsatsen 2015-2018 (fokusområde 2 i handleplanen⁹). Indsatsen har fokus på at understøtte borgerne i at kunne selv i længere tid med målrettede indsatser såsom træning, vejledning og teknologisk understøttelse. Indsatser som i dag enten ikke er udviklet og tilbudt til borgere med demens, eller kun er udbudt i mindre omfang og ikke systematisk og evidensbaseret¹⁰. Forslaget understøtter dertil den Nationale handlingsplan for demens 2025, der ligeledes har fokus på den tidlige indsats og fysisk træning.

1.3 FORSLAGETS INDHOLD

Forslaget handler om at tilbyde nydiagnosticerede borgere et bredt spektrum af rehabiliterende evidensbaserede indsatser. Indsatserne består af træning og rådgivning, som kan medvirke til at forhale borgerens demenssygdomssymptomer og som erfaringsmæssigt har en positiv indvirkning på borgerens

⁵ <http://www.videnscenterfordemens.dk/forskning/adex/>

⁶ <http://www.videnscenterfordemens.dk/forskning/forskningsnyheder/2016/09/hvordan-forsinker-man-tab-af-praktisk-funktionsevne-ved-demens/>

⁷ <http://www.videnscenterfordemens.dk/forskning/forskningsnyheder/2016/05/individuel-kognitiv-rehabilitering-virker-bedst/>

⁸ <http://www.demensvidensportalen.dk/content/show/260>

⁹ <http://www.kk.dk/sites/default/files/Handleplaner%20for%20demensindsats%20%282015-2018%29.pdf>

¹⁰ I samarbejde med Alzheimerforeningen udbydes træning i tre lokalområder, baseret på frivillige kræfter, men ikke evidensbaseret. Rådgivningen til borgere og pårørende udbydes, men er ikke systematiseret. Borgere med demens kan visiteres til hjælpemidler, men der tilbydes ikke rådgivning om demensvenlig indretning. Der tilbydes ikke kognitiv træning i dag.

funktionsevne og trivsel. Indsatser, som Københavns Kommune i dag ikke udbyder. Målet med tilbuddene er dermed at fastholde borgerens selvstændighed længst muligt, understøtte at borgerne (og de pårørende) har et godt liv med en demenssygdom og samtidig udsætte kommunens udgifter til pleje og omsorg for borgeren med demens.

Alle tilbud udføres af medarbejdere med særlige kompetencer indenfor demens og tilbuddets indhold, fx demensfaglige rådgivere, fysioterapeuter, ergoterapeuter m.v. Aktuelt foreligger der ikke konkrete undersøgelser af, hvordan og i hvilket omfang kommunen kan opnå besparelser ved at tilbyde borgere med demens en målrettet tidlig indsats. Derfor gennemføres en forskningsbaseret evaluering af effekten af borgeroplevet kvalitet samt behovet for efterfølgende/sideløbende kommunale tilbud via et formelt samarbejde ml. Københavns Kommune og enten et universitet eller Nationalt Videnscenter for Demens.

Borgerne vil skulle visiteres til tilbuddet, så det sikres, at det er relevante borgere, som modtager tilbuddet. Den tidlige indsats udbydes som ét samlet tilbud til borgerne for at opnå bedst effekt, men kan efter individuel vurdering bestå af færre dele. Den tidlige indsats består af:

Tabel 2. Oversigt over indsatser i forslaget

Indsats	Indhold	Antal borgere
Tilbud om fysisk træning på hold	Holdtræning to gange om ugen. 1½ time per gang over 12-15 uger. Der tilknyttes en fysioterapeut til holdene, og der evalueres på indsatsen via forskellige fysiske og kognitive test.	Tilbud til ca. 60 borgere i 2018, stigende til ca. 100 borgere i 2021
Tilbud om kognitiv træning individuelt på hold	Træning to gange om ugen. 2 lektioner per gang over 12 uger. Der tilrettelægges et program, som kan medvirke til at støtte borgerens korttidshukommelse, ordmobilisering, orienteringsevne m.v. Ligesom med den fysiske træning evalueres effekten af undervisningen ved forløbets afslutning.	Tilbud til ca. 60 borgere i 2018, stigen til ca. 100 borgere i 2021
Tilbud om målrettet og systematisk støtte og vejledning tidligt i forløbet for både borgere og pårørende	Der udvikles en rådgivningsmodel for både borgere og de pårørende med inspiration fra bl.a. det danske forskningsprojekt Daisy ¹¹ . Rådgivningen udbydes som kortere og længere forløb af medarbejdere med specialiserede viden om demens, psykologi m.v. På sigt kan det ligeledes udbydes mere åbent afhængig af behovet.	Tilbud til mellem 50-100 borgere i 2017, men antallet forventes at stige løbende
Tilbud om at få inspiration til og viden om, hvordan man kan indrette sit hjem mere demensvenligt	Der etableres en inspirationslejlighed, hvor borgere og pårørende kan få råd og vejledning om demensvenlig indretning fx med farver, belysning, understøttelse af forskellige teknologier m.v. Målet er at styrke mulighederne for at blive længere tid i eget hjem ved hjælp af velfærdsteknologiske løsninger og demensvenlig indretning, som hver for sig og tilsammen kan gøre hverdagen mere overskuelig og tryk.	Tilbud til ca. 50 borgere i 2017, men forventes at stige løbende.

1.4 ØKONOMI

Projektet opstartes medio 2017 og fra 2018 tilbydes ca. 50-60 nydiagnosticerede borgere årligt en tidlig indsats stigende til ca. 100 borgere i 2021, hvor alle fire tilbud indgår (fysisk og kognitiv træning samt to former for rådgivning) mhp. at fastholde deres praktiske funktionsevne i hjemmet længere. Derudover forventes langt flere borgere at modtage rådgivning. I forhold til de borgere, som modtager alle tilbud under den tidlige indsats, vurderes det, at det vil udskyde behovet for hjemmepleje med minimum ½ år for ca. 2/3 af borgere. Heraf vil halvdelen få udskudt deres behov for ingen til let hjælp med ½ år, mens den

¹¹ <http://www.videnscenterfordemens.dk/forskning/nvds-forskning/behandling-og-intervention/daisy/>

anden halvdel vil få udskudt deres behov for let til moderat hjælp med ½ år. I 2018 svarer det til, at ca. 40 borgere vil få udskudt deres behov for let eller moderat hjælp stigende til ca. 70 borgere i 2021.

Tabel 3. Varige ændringer, service

	1.000 kr. 2017 p/l				
	2018	2019	2020	2021	2022
Udskydelse af behov for let blok med 6 måneder (20 borgere)	-600	-900	-900	-1.000	-1.000
Udskydelse af behov fra let til moderat blok med 6 måneder (20 borgere)	-1.500	-2.200	-2.200	-2.600	-2.600
Medarbejdere i indsatserne (4 terapeuter og 1 demenskoordinator)	2.100	2.500	2.500	2.500	2.500
Varige ændringer totalt, service	0	-600	-600	-1.100	-1.100

Tabel 4. Serviceinvesteringer i forslaget

	1.000 kr. 2017 p/l						Innovationspulje (sæt X)
	2017	2018	2019	2020	2021	I alt	
Forskningsbaseret undersøgelse af effekten af den tidlige indsats	0	500	0	0	0	500	
Midlertidig dækning af driftsudgifter	1.250	400	0	0	0	1.650	
Investeringer totalt, service	1.250	900	0	0	0	2.150	

Tabel 5. Anlægsinvesteringer i forslaget

	1.000 kr. 2017 p/l				
	2017	2018	2019	2020	I alt
Indretning, istandsættelse og indkøb til inspirationslejlighed	500	0	0	0	500
Investeringer totalt, anlæg	500	0	0	0	500

1.5 FORDELING PÅ UDVALG

Vedrører kun Sundheds- og Omsorgsudvalget.

1.6 IMPLEMENTERING AF FORSLAGET

Aktivitet	Tidsplan	Ansvar i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
Rekruttering af medarbejdere	Juli – September 2017	Center for Innovation og Digitalisering, Afdelingen for Velfærdsinnovation
Kompetenceudvikling af medarbejdere	September - november 2017	Center for Innovation og Digitalisering, Afdelingen for Velfærdsinnovation
Indkøb af teknologier og indretning af lejlighed	September - December 2017	Center for Innovation og Digitalisering, Afdelingen for Velfærdsinnovation
Udvikling af træningsforløb og rådgivningsmodel	September – December 2017	Center for Innovation og Digitalisering, Afdelingen for Velfærdsinnovation
Indkøb af træningsudstyr	Oktober – november 2017	Center for Innovation og Digitalisering, Afdelingen for Velfærdsinnovation
Rekruttering af borgere til forløb	November – december 2017	Center for Innovation og Digitalisering, Afdelingen for Velfærdsinnovation
Opstart af rådgivning	December 2017- januar 2018	Center for Innovation og Digitalisering, Afdelingen for Velfærdsinnovation
Opstart af lejlighed	December 2017 - Januar 2018	Center for Innovation og Digitalisering, Afdelingen for Velfærdsinnovation
Opstart af fysisk træningsforløb	Januar 2018	Center for Innovation og Digitalisering, Afdelingen for Velfærdsinnovation
Opstart af kognitivt træningsforløb	Januar 2018	Center for Innovation og Digitalisering, Afdelingen for Velfærdsinnovation

1.7 INDDRAGELSE AF SAMARBEJDSPARTNERE

Opgaven varetages i regi af Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, men der vil løbende blive indhentet inspiration fra andre kommuner, frivillige foreninger m.fl. Der vil ligeledes blive taget kontakt til private virksomheder mhp. udvikling af inspirationslejligheden. Dertil vil samarbejde med universiteter og Nationalt Videnscenter for Demens blive afdækket mhp. at få fulgt og evalueret tilbuddene. Borgerne inddrages løbende dels for at afdække behov og interesser og dels for at justere og målrette tilbuddene løbende.

1.8 FORSLAGETS EFFEKT

Der findes ikke opgørelser over, hvordan en tidlig indsats påvirker omkostniveaue i forbindelse med støtte og pleje til borgere med demens. Men med resultaterne og erfaringerne fra ADEX og de ovenfor nævnte kommuner vurderes det, at der er et godt potentiale for at udskyde borgerens behov for pleje og omsorg af hjemmeplejen - og på sigt udskyde behovet for en plejebolig. Endvidere

vurderes det, at en god teknologisk understøttelse både vil øge trygheden ved og mulighederne for at blive længere i eget hjem for både borgeren og den pårørende samt øge friheden til at bevare et godt og selvstændigt liv længst muligt og dermed udsætte behovet for hjælp. Endeligt vil der sandsynligvis være en række afledte effekter som at forebygge udbændthed, depression og isolation hos de pårørende. På sigt vil man kunne indarbejde erfaringerne fra indsatsen i Københavns Kommunes pårørendeuddannelse.

1.9 OPFØLGNING

	Hvordan måles succeskriteriet	Hvem er ansvarlig for opfølgning	Hvornår gennemføres opfølgningen
1) I december 2017 er alle tilbud udviklet og udbudt	Data på hold og forløb. Status på udbud, undervisningsforløb, visitation m.v. (indgår i evalueringen)	Center for Innovation og Digitalisering	Medio 2018
2) Medio 2018 er alle tilbud etableret og kører	Data på antal hold samt data på antal borgere og pårørende, som har fået rådgivning (indgår i evalueringen)	Center for Innovation og Digitalisering	Medio 2018 og ultimo 2018
3) Evaluering af første runde med træningshold og rådgivning er færdig.	Evalueringsrapport forelægges december 2018	Center for Innovation og Digitalisering	Fra medio 2018 til december 2018

1.10 RISIKOVURDERING

Risiko	Håndtering
At træningen ikke fastholder og/eller forbedre borgernes kognitive, sociale og fysiske funktionsevne	<ol style="list-style-type: none"> 1) At borgerne efter en individuel vurdering visiteres til træningshold(ene) 2) At træningspersonalet løbende vurderer, hvorvidt borgerne er målgruppen for træningen, eller om de skal tilbydes en anden form for indsats 3) At den forskningsbaserede undersøgelse vil komme med anbefalinger til den fremtidige indsats, som SUF kan arbejde videre med mhp. at opnå den ønskede effekt.
At der ikke kan rekrutteres borgere til tilbuddene	Udarbejde plan for at udrede kendskabet til buddene blandt almen praksis, hukommelsesklinikker og kommunens medarbejdere både i opstartsfasen og løbende