

Analyse af mulighederne for at hjemtage specialiseret rehabilitering på hjerneskeadeområdet

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen,
Københavns Kommune

19. maj 2017

Implement Consulting Group
Strandvejen 54
2900 Hellerup

Tel +45 4586 7900
Email info@implement.dk
Implementconsultinggroup.com

CVR 32767788
Bank 4845-3450018236
SWIFT DABADKKK
Iban DK3030003450018236

Indholdsfortegnelse

Indhold

1. Resumé.....	1
2. Formål med analysen	4
3. Analyseforløb og -metoder.....	6
4. Opstillede scenarier	9
4.1 Den strategiske og faglige ambition ved hjemtagning	11
4.2 Scenarie 1. Ingen hjemtagning, men optimering af nu-situation	13
4.2.1 Beskrivelse af scenariet	14
4.2.2 Handlinger til realisering af scenariet	15
4.2.3 Økonomiske konsekvenser	17
4.2.4 Opsamling på muligheder og begrænsninger	18
4.3 Scenarie 2. Fuld hjemtagning uden salg af pladser	18
4.3.1 Beskrivelse af scenariet	18
4.3.2 Anlægsforudsætninger og -økonomi	23
4.3.3 Handlinger til realisering af scenariet	27
4.3.4 Økonomiske konsekvenser	31
4.3.5 Opsamling på muligheder og begrænsninger	38
4.4 Scenarie 3. Fuld hjemtagning med salg af pladser	39
4.4.1 Beskrivelse af scenariet	39
4.4.2 Efterspørgsel fra omkringliggende kommuner.....	40
4.4.3 Handlinger til realisering af scenariet	41
4.4.4 Økonomiske konsekvenser	43
4.4.5 Opsamling på muligheder og begrænsninger	46
5. Konklusion og anbefaling	47
Bilag 1. Figur- og tabeloversigt	51
Bilag 2. Spørgeramme til interviews med kommunerne med henblik på interesse-tilkendegivelse	52

1.

1. Resumé

Implement Consulting Group (Implement) har for Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning gennemført en analyse af hjerneskadeområdet. Formålet har været at undersøge om og hvordan, kommunen kan hjemtage specialiseret rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade inden for sundhedsloven i stedet for at købe sundhedsfaglige rehabiliteringsforløb hos eksterne leverandører som i 2015-2017. Hensigten er, at en hjemtagning skal ske med samme kvalitet, men billigere, og med et stærkere borgerperspektiv, idet kommunens indsats i højere grad vil kunne koordineres.

En simpel fremskrivning af de årlige udgifter uden hjemtagning af specialiseret rehabilitering vil betyde en stigning på godt 10 mio. kr. fra 2016 til cirka 40 mio. kr. i 2026.

Analysen er gennemført fra januar til april 2017 med inddragelse af Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Socialforvaltningen, Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen samt Børne- og Ungdomsforvaltningen. Derudover er indhentet information om nuværende og potentielt kommende eksterne leverandører af specialiseret rehabilitering samt øvrige kommuners interesse for et nyt tilbud i Københavns Kommunes regi.

Tilbuddet skal etableres i overensstemmelse med sundhedsmyndighedernes bekendtgørelse, vejledning og retningslinjer, som Implement har operationaliseret til brug for analysen.

Målgruppen er kendetegnet ved at have markant mere sammensatte og differentierede problemstillinger end borgerne, der modtager avanceret genoptræning. Behovet er tilbagevendende og løbende træning og stimulering af fysiske og kognitive færdigheder leveret af tværfaglige teams.

Der er i analysen opstillet tre scenarier, som bygger ovenpå hinanden, således at forudsætninger og handlinger til at realisere scenarie 1 også er afgørende for scenarie 2 og 3. Det vil sige, at forandringen, investeringen, tidshorizonten og den faglige ambition øges fra scenarie 1 til 2 – og til 3.

Der er i alle scenarier taget udgangspunkt i Hjerneskade- og Rehabiliteringscentrets organisation og et fortsat tilbud om avanceret genoptræning. I scenarie 2 og 3 desuden, at centret varetager specialiseret rehabilitering. I både scenarie 2 og 3 er udgifterne estimeret i henholdsvis en øvre del af et spænd (svarende til et fagligt førende tilbud i Danmark) og i en nedre del (mindre ambitiøst med hensyn til de faglige ambitioner og de afledte omkostninger). Anlægsudgifterne til at bygge et nyt center er efter aftale holdt uden for business case-beregningerne som en nødvendig engangsinvestering, der håndteres særskilt.

Ét scenarie tager udgangspunkt i, at Københavns Kommune fortsat vælger at købe specialiseret rehabiliteringsforløb eksternt hos Kurhus og Vejlebjerg og samtidig søger at optimere effekten af egne genoptrænings- og rehabiliteringsforløb.

I de to andre scenarier hjemtager Københavns Kommune sundhedsfaglig specialiseret hjerneskaderehabilitering med etablering af henholdsvis 18 og 29 døgnpladser i tilknytning til de 30 pladser til avanceret genoptræning, som Københavns Kommune har i dag og videreføres i scenarie 2 og 3. De 18 pladser i scenarie 2 er estimeret på baggrund af kommunens antal af specialiserede rehabiliteringsforløb de seneste to år, ekstra kapacitet til en eventuel fremtidig stigning og periodevise udsving samt afrundende testfaser som en integreret del af forløbene. De 29 pladser i scenarie 3 har derudover kapacitet til at tilbyde specialiserede rehabiliteringsforløb til andre kommuners

borgere. I scenarie 2 og 3 indgår de nuværende 52 almene rehabiliteringspladser ikke i et nyt center men skal i løbet af de kommende år tilpasses i sammenhæng med kommunens generelle strategi for midlertidige opholdspladser.

Delvis hjemtagning af specialiseret rehabilitering med døgnophold vurderes ikke at være et muligt scenarie, da tilbuddet forudsætter en organisation med et relativt stort volumen af borgere samt særlige neurorehabiliteringskompetencer og høj grundbemanding til stede gennem hele døgnet, ugen og året. Implement vurderer, at det ikke kan erstattes med afgrænsede specialiserede konsulenttydelser.

På grund af kommende større lokalplanændringer i Bystævneparken forventes den nuværende placering under alle omstændigheder at have en begrænset tidshorizont. Scenarie 1 forudsætter dog ikke i sig selv bygningsmæssige ændringer, mens scenarie 2 og 3 vurderes at forudsætte nye fysiske rammer inde og ude, fx i De Gamles By. Disse kan tidligst tages i anvendelse fra januar 2022.

Den strategiske og faglige ambition er som udgangspunkt, at Københavns Kommune ønsker at tilbyde borgerne specialiseret rehabilitering på niveau med de førende tilbud i Danmark. Samtidig kan institutionen, der varetager tilbuddet, være en faglig drivkraft i kommunen og på landsplan sammen med andre tilbud på samme niveau.

Der kan ske en gradvis indfasning fra den nuværende situation til realisering af scenarie 1 og eventuelt til scenarie 2 og/eller 3. Det betyder, at kommunen løbende kan udvikle eksempelvis kvaliteten til at imødekomme forudsætningerne i scenarie 3. Det betyder ligeledes, at den strategiske og faglige ambition kan udvikles og ændres over tid.

Implement har udarbejdet business cases for scenarierne, der bygger på centrale forudsætninger som blandt andet en årlig vækst i målgruppen og prisstigningstakster for prisen for køb af pladser eksternt. Idet specialiseret rehabilitering kræver en stor personalegruppe, vil lønudgifter til terapeuter, sygeplejersker og andre ansatte fylde en stor del af udgiftsbasen. Herudover er der forudsat et kompetencetilæg til personalet, idet det er en mere specialiseret opgave, i forhold til hvad der i dag løses på rehabiliteringsområdet, der formentlig skal honoreres lidt ekstra for.

I scenarie 3 er det ligeledes en central forudsætning, at det er muligt at tiltrække borgere fra andre kommuner, og at antallet af disse borgere muliggør, at kapaciteten kan udnyttes.

Det forventes i alle scenarier, at avanceret genoptræning kan foregå inden for den nuværende budgetramme af Hjærneskade- og Rehabiliteringscentret med det aktuelt fastsatte kvalitets- og serviceniveau. Det ligger ikke inden for rammerne af denne analyse at foreslå ændringer af det fastlagte niveau.

Scenarie 1 vurderes at kunne realiseres så godt som udgiftsneutralt (i hvert fald set over et par år), idet den øgede prioritering af driftsledelse, supervision og oplæring mv. ventes at give et afkast i form af bedre personalefastholde, der kan øge effektiviteten og kvaliteten samt reducere vikarudgifterne og transaktionsomkostningerne knyttet til personaleomsætningen. Det kan overvejes at tilføre særlige kompetencer med neuropædagoger og diætister for at bedre resultaterne af rehabiliteringen, som skønnes at koste ekstra cirka 1,5 mio. kr. årligt.

Scenarie 2 vurderes at blive cirka 6 mio. kr. dyrere per år for Københavns Kommune end den nuværende situation med køb hos eksterne leverandører i den høje ende af spændet. Det skyldes relativt høje basisomkostninger fordelt på ret få københavnske borgere i målgruppen. Tilbuddet vurderes at kunne indfri Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav i varianten af scenariet med det høje faglige ambitionsniveau, mens det ikke bliver med en stor margin i den nedre ende af spændet på grund af sårbarheden

knyttet til dets begrænsede volumen. Det vurderes dog at kunne blive tæt på udgiftsneutralt.

Scenarie 3 vurderes at blive udgiftsneutralt i den høje ende af spændet og økonomisk besparende i den nedre ende med estimerede nettoindtægter på cirka 4-4½ mio. kr. per år. I begge varianter af scenariet vurderes kvaliteten at kunne indfri kvalitetskravene. Imidlertid er det tvivlsomt, om tilbuddet bliver tilstrækkeligt attraktivt for andre kommuners borgere, hvis kvaliteten ikke bliver på et niveau svarende til andre leverandører af specialiseret rehabilitering og dermed i den høje ende af spændet.

Dertil kommer anlægsudgifter på estimerede 165 mio. kr. og 197 mio. kr., jf. henholdsvis scenarie 2 og 3.

Realiseringen af scenarie 2 og 3 er forbundet med flere betydelige risici:

- » Styringsmæssige udfordringer og usikkerheder knyttet til udsving i en relativt lille målgruppe og individualisering af kvalitets- og serviceniveauer i forløbene.
- » En væsentlig del af driftsøkonomien hviler på andre kommuners køb af pladser.
- » Sammenhængen mellem de kritiske faktorer i driftsøkonomien og kvaliteten af rehabiliteringstilbuddet er tæt og gensidigt påvirkelig.
- » Spinkelt erfaringsgrundlag fra 2015 og 2016 med henblik på dimensionering ud fra antallet af forløb.
- » Kapacitetsændringer på Sjælland fra omkring 2019 på grund af åbningen af et neurorehabiliteringscenter på Rigshospitalet – Glostrup.
- » Uventet længerevarende byggeproces og øgede anlægsudgifter til det kommende center.
- » Rekruttering og fastholdelse af tilstrækkeligt kompetent personale.

Der peges på mulige tiltag, der kan begrænse, men ikke eliminere disse risici og konsekvenser heraf.

På det foreliggende grundlag vurderer Implement:

- » At det er muligt for Københavns Kommune at hjemtage specialiseret rehabilitering i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav, og scenarie 2 og 3 giver forslag til, hvorledes det kan ske.
- » At der er centrale forudsætninger, der på baggrund af nærværende analyse skal testes yderligere, som samtidig vil være skridt på vejen til at realisere et af hjemtagningsscenarierne, såfremt de falder positivt ud. Det gælder tilslutningen til den strategiske ambition, anlægsbevillingen, lokalplanændringer og anlægsprojektets konceptualisering samt betydningen af det kommende neurorehabiliteringscenter på Rigshospitalet – Glostrup.
- » At det er usikkert, om det kvalitetsmæssigt og driftsøkonomisk vil være fordelagtigt for Københavns Kommune at hjemtage specialiseret rehabilitering, og der skal således være en betydelig strategisk satsning og risikovillighed bag.

Således bør hjemtagning efter Implements opfattelse primært være udtryk for et strategisk valg, som set i en større sammenhæng kan understøtte andre mål udover de driftsøkonomiske. Alternativt kan vælges for de kommende år at realisere scenarie 1 og optimere den nuværende situation med fortsat køb af rehabiliteringsforløb hos eksterne leverandører. Med et større erfaringsgrundlag om et par år kan Københavns Kommune eventuelt vurdere, om det vil være mere gunstigt end aktuelt at realisere scenarie 2 og 3. En realisering af scenarie 1 i mellemtiden vil samtidig forberede organisationen bedre hertil. Det samme gør sig i øvrigt gældende, hvis Københavns Kommune fastsætter og øger kvalitets- og serviceniveauet med hensyn til avanceret genoptræning.

2.

2. Formål med analysen

Baggrund

Den 1. januar 2015 trådte en ny bekendtgørelse og vejledning i kraft på genoptræningsområdet^{1,2}, der beskrev et nyt niveau for genoptræning; rehabilitering på specialiseret niveau. Det medførte et nyt myndigheds- og finansieringsansvar for en gruppe borgere med behov for rehabilitering på specialiseret niveau, som kommunerne ikke tidligere har haft.

Kvalitetsstandarder blev udarbejdet af Sundhedsstyrelsen³ for at præcisere, hvilke kvalitetskrav der forventedes for at kunne varetage rehabilitering på specialiseret niveau. Københavns Kommune lever i dag ikke op til disse krav, hvorfor kommunen har købt forløb til borgere med en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau på en række regionale specialhospitaler/-enheder, der lever op til kvalitetskravene.

Der blev ikke givet DUT-midler med til opgaven, der har vist sig at være omkostningstung for kommunen. Fra 2015-2017 har Københavns Kommune reserveret interne midler til at købe forløb på specialhospitalerne/-enhederne.

I denne årrække har både Region Hovedstaden og kommunerne opbygget erfaringer med rehabilitering på specialiseret niveau i forhold til målgruppe, forventninger og praksis. Der har undervejs været uenigheder mellem regionen og kommunerne i forhold til ansvar og praksis forbundet med opgaven. Dette har været drøftet af den administrative styregruppe og en hurtigt arbejdende gruppe herunder og har ført til behov for fx at etablere et tværsektorielt samarbejdsforum om erhvervet hjerneskade. Forummet skal blandt andet følge op på erfaringerne og drøfte fælles løsninger på tværs.

Da der har været behov for at følge udviklingen af området, har Københavns Kommune indgået kontrakter med specialhospitaler/-enheder for 2017-2018. Det har siden 2015 givet erfaring med målgruppen af borgere, der får en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau, omfanget og udgifter. I Københavns Kommune har det betydet en støt stigning af genoptræningsplaner og nye målgrupper. I 2015 modtog Københavns Kommune 29 genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret rehabilitering og 44 genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret rehabilitering i 2016. Disse borgere har alle haft behov for rehabilitering på et midlertidigt døgnophold, i ambulans regi eller en kombination af begge indsatser. Udgifterne var i 2015 cirka 6 mio. kr. og i 2016 cirka 28 mio. kr.

På grund af disse løbende erfaringer har Københavns Kommune vurderet, at det nu er aktuelt at se på, hvad der vil være den bedste løsning fremadrettet i forhold til at give borgerne rehabilitering på specialiseret niveau.

Formål

Analysen foretages af Implement på vegne af Center for Omsorg og Rehabilitering i Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning. Det sker i sammenhæng med Københavns Kommunes myndigheds- og finansieringsansvar for rehabilitering på

¹ Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus (BEK nr. 1088 af 06/10/2014).

² Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold (Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og Regioner. VEJ nr. 9759 af 08/10/2014).

³ Sundhedsstyrelsen. Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje (2014).

specialiseret niveau, og at der fra 2015-2017 er reserveret midler til at købe forløb på specialhospitalerne/-enhederne, men det er ikke afklaret, hvordan kommunen herefter vil leve op til ansvaret.

Formålet med denne analyse er at undersøge om og hvordan, kommunen kan hjemtage specialiseret rehabilitering inden for sundhedsloven i stedet for som nu at købe sundhedsfaglige rehabiliteringsforløb hos eksterne leverandører. Hensigten er, at en hjemtagning skal ske med samme kvalitet, men billigere, og med et stærkere borgerperspektiv, idet kommunens indsatser i højere grad vil kunne koordineres.

Desuden skal det belyses, hvordan området eller indsatser i kommunen kan integreres eller hænge sammen på en anden måde end i dag. Den skal således ses i sammenhæng med strategien for kommunens midlertidige døgnpladser, hvor også de eksisterende hjerneskaderehabiliteringspladser indgår samt anvendelse af ressourcer på anden vis på tværs af forvaltninger.

I analysen indgår alternativer til at fortsætte med en uændret praksis, der løbende skal afsættes driftsmidler til, i kombination med at Københavns Kommune eventuelt kan se det som et udviklingsområde forenet med strategiske ambitioner.

Anbefalingerne, der udgår af analysen, vil indgå i grundlaget for Københavns Kommunes beslutning om den fremtidige varetagelse af specialiseret hjerneskaderehabilitering.

Tilbud med specialiseret rehabilitering skal være i overensstemmelse med Sundhedsministeriets bekendtgørelse og vejledning samt Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje med angivne kvalitetskrav.

Det skal bemærkes, at Sundhedsstyrelsen i foråret 2017 igangsætter en servicegennemgang af hjerneskaderehabiliteringen i Danmark som grundlag for nye initiativer og eventuelle krav. Heri indgår blandt andet en undersøgelse af, hvorledes ministeriets bekendtgørelse og Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje om genoptræning og rehabilitering er implementeret i kommunerne, og hvordan kommunerne kvalitetssikrer tilbuddene. Fokus er på patienter med erhvervet hjerneskade, som har moderate til svære funktionsnedsættelser. Der kan i efteråret 2017 forventes at komme en pejling på, hvad der konkret vil udløbe af servicegennemgangen, herunder eventuelle yderligere præciseringer af kvalitetskravene.

3.

3. Analyseforløb og -metoder

Analysen skal afdække de faglige, økonomiske og styringsmæssige fordele og ulemper ved, at kommunen fremadrettet selv varetager rehabilitering på specialiseret niveau til borgere med erhvervet hjerneskade.

Der henvises i rapporten til forskellige typer af borgeres forløb/pladser til genoptræning/rehabilitering på forskellige niveauer.

Tabel 1. Forskellige typer af forløb og pladser, som direkte involverer kommunen

<p>Genoptræning på basalt niveau³</p>	<p>Målgruppen er patienter med enkle og afgrænsede funktionsevnenedsættelser og med behov for almindeligt forekommende indsatser, som kan varetages af sundhedspersoner med generelle kompetencer inden for deres fagområde. Genoptræning på basalt niveau varetages inden for kommunens sædvanlige rammer.</p>
<p>Genoptræning på avanceret niveau³</p>	<p>Målgruppen er patienter med omfattende funktionsevnenedsættelser af betydning for flere livsområder og med behov for flere typer af indsatser. Indsatserne varetages af sundhedspersoner og andre fagpersoner med særlige kompetencer inden for deres fagområde. Genoptræning på avanceret niveau kan varetages i tværkommunalt samarbejde og/eller ved brug af private og regionale rehabiliteringstilbud.</p>
<p>Rehabilitering på specialiseret niveau³</p>	<p>Målgruppen er oftest personer med omfattende mentale funktionsnedsættelser. Rehabiliteringen varetages af ét (eller flere) specialiserede rehabiliteringstilbud og organiseres som teambaserede, tværfaglige, helhedsorienterede forløb, hvor timing og faglig koordinering af den samlede specialiserede indsats er afgørende. Ingen kommuner driver i dag sådanne tilbud, men køber dem eksternt.</p>
<p>Almene rehabiliteringspladser</p>	<p>Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning tilbyder fem steder i byen (inklusive på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret i Bystævneparken) træning og pleje til borgere henvist fra sygehus med en genoptræningsplan eller henvist af kommunen selv – det være sig som døgnophold eller ambulantly.</p>

Når Københavns Kommune fra regionen modtager en *genoptræningsplan til almen genoptræning*, skal den foranledige en sundhedsfaglig vurdering af, om borgeren skal henvises til genoptræning på basalt niveau eller til genoptræning på avanceret niveau. Kommunen indgår aftaler med eksterne leverandører om rehabilitering på specialiseret niveau.

Analyseforløbet omfatter følgende trin:

1. Kortlægning af nu-situationen

- » Fokusgrubeinterviews med projektgruppen bestående af centerchef Merete Røn Christensen, afdelingsleder Tanja Thor Møller, afdelingsleder Anette Juhl Skov og konsulent Theresa Markenvard. Herudover fokusgrubeinterviews med hjerneskadekoordinatorer, Lions Kollegiet, Hjerneskade- og Rehabiliteringscenteret, Børne- og Ungdomsforvaltningen (Center for Specialundervisning for Voksne), Visitatorer fra SUF – Genoptræning København og Udskrivningskoordinationen, Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen og Socialforvaltningen om nu-situation og mulige fremtidsscenerier.
- » Møder med Sundheds- og Omsorgsforvaltningens Økonomisekretariat og Juridisk afdeling og Boligsekretariat om nu-situation og mulige fremtidsscenerier.
- » Ekspertvurderinger v. Hans J. Johansen, psykologiskspecialist på klinisk neuropsykologi, Kysthospitalet, Tønsberg, Norge.
- » Indsamlede kvantitative data fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningens Økonomisekretariat, Hjerneskade- og Rehabiliteringscenteret og Boligsekretariatet.

2. Analyse af gab mellem nu-situationen og Sundhedsstyrelsens kvalitetskriterier/nuværende tilbud med specialiseret rehabilitering

- » Supplerende desk research af nuværende tilbud om specialiseret rehabilitering.
- » Workshop med projektgruppen.

3. Specificering af handlinger til øget målopfyldelse

- » Opfølgende interview om kvalificering af handlinger til målopfyldelse med Hjerneskade- og Rehabiliteringscenteret.

4. Opstilling af business case

- » Behandlet data og opstillet business cases samt foretaget usikkerhedsberegninger på centrale parametre i business cases.
- » Opstillet og beskrevet tre scenarier: 1) Valg om ikke at hjemtage, 2) Hjemtagning uden salg af pladser og 3) Hjemtagning med salg af pladser.
- » Kvalificeret business case-forudsætningerne gennem møder med Socialforvaltningen, Center for Specialundervisning, Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen, Økonomisekretariat, Genoptræning København, hjerneskadekoordinatorer, udskrivningskoordinatorer og Hjerneskade- og Rehabiliteringscenteret samt projektgruppen.
- » Indarbejdet skriftlige kommentarer fra referencegruppen vedrørende oplæg om kvalificeret business case-forudsætninger og scenariebeskrivelser.

5. Specificering af forudsætninger og konsekvenser

- » Konsolidering af analysegrundlaget, scenariebeskrivelserne og de opstillede

business cases. Det gælder blandt andet velfærdsteknologi, antal genoptræningsplaner til specialiseret rehabilitering i sjællandske kommuner⁴, indhentning af interessetilkendegivelser fra sjællandske kommuner tæt på Københavns Kommune om køb af pladser, kvalitetsniveauer på Kurhus, plan for Rigshospitalet – Glostrups kommende rehabiliteringscenter og operationalisering af Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav.

- » Intern høring af rapportudkastet i Socialforvaltningen, Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen, Børne- og Ungdomsforvaltningen (Center for Specialundervisning for Voksne), Boligsekretariatet, Økonomisekretariatet, Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret og Juridisk afdeling.

Udover ovenstående aktiviteter har Implement ligeledes indsamlet kvantitative data til brug for beregninger i business cases:

- » Budgetmodel og regnskab for Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret, herunder takster på vedligehold, kurser mv. fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.
- » Informationer om lønudgifter i Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret på personalekategorier fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.
- » Generelle informationer om anlæg, matrikel og beregningsforudsætninger fra Per Christensen, Boligsekretariatet.
- » Specificering af anlægsberegninger samt erfaring om effektive og inddragende anlægsprocesser fra konsulent Pernille Weiss Therkildsen, ArchiMed.
- » Personalenormeringer fra årsrapporter og materiale fra Kurhus samt kvalificeret af Implements tilknyttede fagekspert Hans Johansen.

I tillæg til de ovenstående data ligger en række forudsætninger og antagelser til grund for de beregnede business cases. Disse er i vid udstrækning blevet kvalificeret gennem interviews med relevante aktører.

Disse business cases er udtryk for det bedste bud på fremtidige økonomiske konsekvenser – gevinster og udgifter – ud fra de foreliggende kvalificerede data. Særligt kan de give et overblik over, hvilke poster der er særligt udgiftsdrivende, størrelsesordner og usikkerheder. Imidlertid er de baseret på historiske data og forventninger til fremtiden og må derfor tages med et vist forbehold.

⁴ Furesø, Fredensborg, Brøndby, Helsingør, Tårnby, Dragør, Hillerød, Ishøj, Gentofte, Frederiksberg og Vallensbæk Kommuner er blevet kontaktet og har svaret. Høje-Taastrup Kommune har ikke besvaret henvendelsen.

4.

4. Opstillede scenarier

Tre scenarier opstillet

Der er opstillet tre scenarier for Københavns Kommunes fremtidige levering af specialiseret rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade. Scenarierne er principielt forskellige, men en række elementer hænger sammen på tværs af scenarierne. De opstillede scenarier bygger ovenpå hinanden, således at forudsætninger og handlinger til at realisere scenarie 1 også er afgørende for scenarie 2 og 3. Det vil sige, at forandringen, investeringen, tidshorisonten og den faglige ambition øges fra scenarie 1 til 2 og til 3.

Ét scenarie tager udgangspunkt i, at Københavns Kommune fortsat vælger at købe specialiseret rehabiliteringsforløb eksternt og samtidig søger at optimere effekten af egne genoptrænings- og rehabiliteringsforløb.

I to andre scenarier hjemtager Københavns Kommune sundhedsfaglig specialiseret hjerneskaderehabilitering. Disse pladser etableres i tilknytning til 30 pladser til avanceret genoptræning, som Københavns Kommune har i dag og i scenarie 2 og 3.

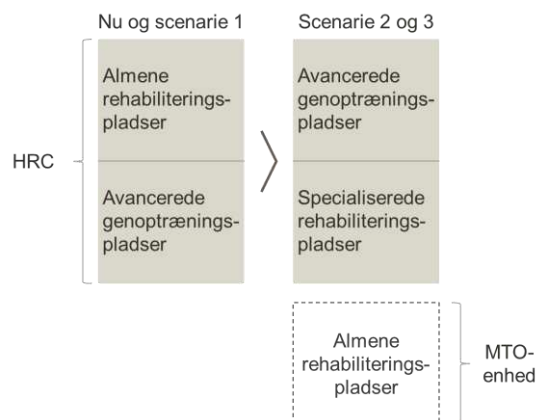
Derimod udskilles de almene rehabiliteringspladser, der i dag findes på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret, når et kommende center etableres. Den geografiske og organisatoriske placering af de almene rehabiliteringspladser bør i disse scenarier ses i sammenhæng med strategien for midlertidige opholdspladser.

To faktorer er afgørende for konstruktionen af hjemtagningsscenarierne og dermed analysen: *kapaciteten* og *den faglige ambition*, der begge er betydende for omkostningerne til anlæg og drift og til den samlede effekt af rehabiliteringen.

Derfor adskiller scenarie 2 og 3 sig fra hinanden, for så vidt angår kapaciteten, hvor den i scenarie 2 er tilpasset antallet af Københavns Kommunes borgere med en genoptræningsplan til specialiseret rehabilitering, mens kapaciteten i scenarie 3 er større med henblik på at sælge pladser til specialiseret rehabilitering af andre kommuners borgere.

Samtidig er der forskellige faglige ambitionsniveauer inden for hvert af de to scenarier, der illustrerer et spænd mellem på den ene side et vurderet minimumsniveau ud fra Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav og på den anden side et, i dansk sammenhæng, fagligt førende tilbud på højt niveau, der er tilstrækkeligt attraktivt til, at andre kommuner finder anledning til at skifte leverandør til Københavns Kommune.

Figur 1. Illustration af skifte i typer af pladser



Figur 2. Sammenhæng mellem scenarier



I begge hjemtagningsscenarier er det en forudsætning, at der findes en egnet byggegrund og der bygges et nyt rehabiliteringscenter. Der eksisterer i dag ikke faciliteter i Københavns Kommune, der umiddelbart vurderes at kunne benyttes eller ombygges til at huse specialiseret hjerneskaderehabilitering på et niveau, der er sammenligneligt med de eksterne leverandøres faciliteter.

Analysen er et bidrag til beslutningsgrundlaget for det strategiske politiske niveau om hjemtagning af specialiseret rehabilitering eller ej, og der fokuseres således på de principielle valgmuligheder, deres forudsætninger og konsekvenser. Senere vil der skulle udarbejdes en plan for realisering af den valgte udviklingsvej.

Delvis hjemtagning

Det har været overvejet, om delvis hjemtagning skulle være udgangspunktet for et selvstændigt scenarie. Delvis hjemtagning kan her forstås som enten hjemtagning af a) *nogle borgere* i målgruppen (men ikke alle) eller b) tilbyde *nogle indsatser* i specialiserede rehabiliteringsforløb (men ikke alle).

Imod et sådant scenarie ad a) taler imidlertid, at antallet af Københavns Kommunes borgere i døgnophold i specialiseret rehabilitering i 2016 kun var 29 personer, og volumenen på en Københavnsk rehabiliteringsinstitution vurderes derfor at blive utilstrækkelig med en delvis hjemtagning, hvis kun en andel af disse borgere modtager specialiserede rehabiliteringsforløb her. Det skyldes, at det kræver et relativt stort volumen af borgere og dermed personale for at kunne leve op til Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav blandt andet vedrørende et tilstrækkeligt fagligt miljø.

Ligeledes vil det heller ikke være relevant blot at hjemtage den ambulante rehabilitering, idet volumenen også her er meget lav, da kun 14 personer i 2016 modtog ren ambulant specialiseret rehabilitering. Dertil kommer, at udgifterne til denne gruppe borgere er betragteligt lavere end til døgnophold, hvorfor investeringen i og driftsudgifterne til det nødvendige setup langt vil overstige en potentiel økonomisk gevinst.

Imod delvis hjemtagning ad b) taler, at der vil være potentielle stordriftsfordele, der ikke kan opnås. Tværtimod vil det blive vanskeligt at gøre tilbuddet rentabelt, da niveauet af faciliteter og grundbemanding under alle omstændigheder skal være relativt højt for at tilbyde specialiseret rehabilitering døgnet, ugen og året rundt. For en del borgeres vedkommende vil det samtidig være tvivlsomt, om de samlede indsatser kan leveres stabilt med optimal timing og intensitet, når tidspunktet er bedst for borgeren, hvis personalet ikke fungerer som et fast team tæt på borgeren, men centrale kompetencer derimod kommer udefra i faste afgrænsede tidsrum.

Dog er der visse meget specialiserede og sjældnere ydelser til nogle borgere, som eksempelvis erhvervsrettet specialiseret rehabilitering, der kan tilkøbes ad hoc og kombineres med sundhedsfaglig specialiseret rehabilitering, og dette princip indgår i alle tre opstillede scenarier.

4.1 Den strategiske og faglige ambition ved hjemtagning

Retningsgivende ambition

Den strategiske og faglige ambition er som udgangspunkt, at Københavns Kommune ønsker at tilbyde borgerne specialiseret rehabilitering på niveau med de førende tilbud i Danmark. Samtidig kan institutionen, der varetager tilbuddet, være en faglig drivkraft i kommunen og på landsplan sammen med andre tilbud på samme niveau.

I de tre scenarier, der er opstillet i analysen, er der et rum for beslutning om det præcise service- og kvalitetsniveau, der afspejler kommunens prioritering og ønskede udvikling over tid. Således kan der ske en gradvis indfasning fra den nuværende situation til realisering af scenarie 1 og eventuelt til scenarie 2 og/eller 3. Det betyder ligeledes, at den strategiske og faglige ambition kan udvikles og ændres over tid.

Mere konkret er det ambitionen, at Københavns Kommune vil kunne:

- » Tilbyde rehabilitering tæt på borgenes hjem, tæt samarbejde med pårørende/netværk, træning i nærmiljø samt effektiv kommunikation mellem forskellige forvaltnings- og specialistenheder på sundheds-, social- og beskæftigelsesområdet samt praksissektoren.
- » Tilbyde egne og andre kommuners borgere et kvalitets- og ressourcemæssigt attraktivt tilbud.
- » Tiltrække kompetente medarbejdere og samarbejdspartnere til en fortsat udvikling af det faglige indhold i tilbuddet.
- » Tiltrække brugersammenslutninger, frivillige, fonde, forskere og puljemidler for at fremme inddragelse af interessenter og styrkelse af det faglige niveau.

De mulige gevinster kan være:

- » Sammenhængende forløb med gode og effektive, fleksible overgange fra specialiseret rehabilitering til avanceret genoptræning og almen genoptræning – og fra døgnophold til ambulante forløb. Det formodes at kunne øge effekten, den brugeroplevede kvalitet, gøre forløbene kortere og dermed have afledte positive økonomiske gevinster.
- » Kortere og mere individualiserede forløb for borgerne, der kan være med til at understøtte og forbedre effekten af den specialiserede rehabilitering til gavn for borgerne.
- » Udviklings- og forskningsdrevet praksis med fokus på kvalitetsopfølgning og anvendelse af nyeste multidisciplinære viden. Det kan øge gennemsigtigheden af tilbuddet, fremme en evidensbaseret praksis og udvikling samt højne kvaliteten af rehabiliteringen.

Hvis Københavns Kommunes ambition sænkes, således at der ikke ønskes etableret et tilbud på niveau med eller bedre end de aktuelt førende i Danmark, kan der på nogle punkter vælges lavere kvalitetsniveauer, uden at det vurderes at kompromittere overholdelsen af Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav. Det kan eksempelvis være en svagt lavere normering af personalegrupper, der ikke indgår i den rehabiliterende indsats om borgerne. Yderligere kan træningsfaciliteterne tilpasses, så man eksempelvis ikke etablerer en multihal, men i stedet fleksible træningsrum (se herudover afsnit 3.3.2).

Tilbageholdenhed vedrørende forhold, der har karakter af service for borgerne, fx varmtvandsbassin, vil næppe få betydning for effekten, mens konsekvensen af at reducere træningshyppighed og faciliteter, der stimulerer til selvtræning, kan risikere at medføre en øget periode med/grad af nedsat funktionsevne og arbejdsevne. Tilsvarende gælder personaleforhold fx i kontorarealer – at etableringen på et minimumsniveau på nogle punkter ikke vil påvirke effektiviteten, mens andre vil. Det kan dog blive vanskeligt senere at hæve kvalitetsniveauet afgørende, hvis det kræver større bygningsmæssige

ændringer. Den væsentligste konsekvens af et lavere ambitionsniveau vil formentlig være en reduktion af tilbuddets konkurrencedygtighed. Det kan være vanskeligt for andre kommuner at skifte leverandør, hvis der er risiko for, at borgerne vil opleve et lavere serviceniveau i Københavns Kommunes tilbud end hos de aktuelle leverandører. Det er samtidig værd at overveje, om Københavns Kommune på dette punkt vil acceptere en relativ sænkning af kvalitetsniveauet.

Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav

Med visitationsretningslinjen angiver Sundhedsstyrelsen, hvilke krav institutioner skal leve op til for at levere specialiseret rehabilitering. Kvalitetskravene til specialiserede indsatser inden for sundhedsområdet lægges til grund for scenarierne og Implements anbefalinger til Københavns Kommune.

Kravene operationaliseres til brug for scenarierne således:

	KVALITETSKRITERIER	OPERATIONALISERING
Kapacitet og robusthed	<p>Der skal være tilstrækkelig kapacitet og robusthed til at varetage opgaverne alle dage året rundt – også under sygdom og ferie. Derudover skal tilbuddene kunne opbygge erfaring samt skabe og vedligeholde et stærkt fagligt miljø.</p> <p>Det vil normalt kræve, at der er ansat minimum to til tre inden for hver faggruppe. De skal alle have specifikke kompetencer til at varetage den sundhedsfaglige rehabiliteringsindsats for patienter med erhvervet hjerneskade. Den enkelte sundhedsprofessionelle kan have specifikke kompetencer til at varetage flere indsatser.</p> <p>Kravet om antal ansatte inden for hver faggruppe kan være vanskeligt at imødekomme, fx i forhold til den lægelige behandling. Her kan der være tale om samarbejde med sygehus, således at lægen fungerer som konsulent. Det er i disse tilfælde centralt, at samarbejdet er robust og ikke bundet op på enkeltpersoner, og at rammerne for dette er fastlagt i en samarbejdsaftale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Minimum tre meget erfarne terapeuter, sygeplejersker, neuropsykologer og logopæder med specialiserede neurorehabiliteringskompetencer. • Samarbejdsaftale med sygehus eller andre om minimum to speciallægekonsulenter og diætister. • Øvrige faggrupper efter vurderet opgavemængde og rationel personale-sammensætning, hvoraf mindst halvdelen skal være erfarne inden for specialiseret neurorehabilitering.
Aktivitet, erfaring og ekspertise	<p>Tilbud, der varetager sundhedsfaglige indsatser i specialiserede rehabiliteringstilbud, skal have et patientgrundlag, der sikrer tilstrækkelig aktivitet til at opnå, vedligeholde og udvikle erfaring for alle relevante faggrupper.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Minimum 15 døgnpladser til sundhedsfaglig neurorehabilitering på specialiseret niveau (og derudover ambulante forløb).
Kompetencer	<p>Det sundhedsfaglige personale skal have de relevante kompetencer til at varetage de sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser i forhold til patientgruppen, og der skal ske en fortløbende kompetenceudvikling, således at indsatsen er opdateret, jf. nyeste viden. Det kan fx være i forhold til behandling, træning, information, observation, pleje mv. Det vil konkret sige, jf. kravet om robusthed, at mindst to til tre i hver relevant sundhedsfaggruppe skal have de relevante specialiserede kompetencer i forhold til neurorehabilitering.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Meget erfarne fagpersoner – med efter- og videreuddannelse svarende til feltet i øvrigt – indgår i tværfaglige teams (se også kapacitet og robusthed ovenfor). • Krav til uddannelse og erfaringsgrundlag ved ansættelse i forbindelse med screening af ansøgere. • Supervision, videndeling og tværfaglig udvikling med afsæt i viden om bedste praksis.

	KVALITETSKRITERIER	OPERATIONALISERING
Samarbejde	<p>Der samarbejdes med andre faggrupper og med patientens kommune om patientforløb.</p> <p>Det forventes, at der kan ydes rådgivning til genoptræningstilbud, der varetager genoptræning og rehabilitering på avanceret niveau.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aftaler med andre enheder i relevante forvaltninger om socialrådgivning, beskæftigelsesrådgivning og hjemme(syge)pleje løbende (fx udgående neuroteam). • Aftaler med andre bopælskommuner, der omfatter afklaring, midtvejsstatus og udskrivelse. • Regelmæssig udveksling af medarbejdere og læringsaktiviteter mellem genoptræningstilbud på almen rehabilitering, avanceret niveau samt specialiseret rehabilitering.
Kvalitet og dokumentation	<p>Der skal ske en løbende dokumentation af de sundhedsfaglige indsatser efter gældende regler om journalføring, der indberettes til relevante kliniske kvalitetsdatabaser samt reageres på lokal og national kvalitetsmonitorering.</p> <p>Udredning og behandling mv. følger landsdækkende kliniske retningslinjer, hvor sådanne foreligger, og er så vidt muligt evidensbaseret.</p> <p>Dette kan ses som en forudsætning for at gennemføre en som udgangspunkt ensartet behandling, der kan gennemføres kvalitetsopfølgning på.</p> <p>Selvom der kan være tale om et tilbud forankret i socialområdet, er der forskningsforpligtelse. Det vil sige, at de sundhedsfaglige medarbejdere skal holde sig opdateret på evidensen på hjerneskadeområdet, samle evidens og sprede den, medvirke til at levere data og generelt medvirke til, at der kommer forskningsbaseret viden samt eventuelt iværksætte forskning på hjerneskadeområdet. Der er formelle samarbejdsaftaler med institutioner, der bedriver udvikling og forskning.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formel supervisions- og udviklingsfunktion tildeles i de største faggrupper, terapeuter og sygeplejerspersonale og deles i de mindre faggrupper • Evidens og faglige retningslinjer indarbejdes løbende i arbejdsbeskrivelser og standarder • Systematisk opsamling af baseline og resultater hos den enkelte borger • Systematiseret tilgang til effektmåling hos den enkelte borger og på gruppeniveau • Systematisk opfølgning på kvalitetsopgørelser • Navngivne personer med ansvar for dokumentation og effektvurderinger • Aftaler om og deltagelse i forskning sammen med forskningsmiljøer

Ovenstående er Implements vejledende operationalisering til det analytiske formål og ikke udtryk for Sundhedsstyrelsens rådgivning til Københavns Kommune.

4.2 Scenarie 1. Ingen hjemtagning, men optimering af nu-situation

I dette afsnit beskrives a) scenariets rationale, elementer og forudsætninger, b) forslag til handlinger til realisering af scenariet inden for organisation, forskning, kompetenceudvikling, faciliteter, kvalitet og bemanding, c) økonomiske konsekvenser og d) opsamling på muligheder og begrænsninger ved scenariet.

Eftersom scenarie 1 udgør en del – om end en relativt lille del – af grundlaget for scenarie 2 og 3, vil følgende være gældende også for beskrivelsen og analysen af scenarie 2 og 3.

Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret blev etableret i 2011 for at samle rehabilitering af borgere med apopleksi og andre neurologiske lidelser. På centret er samlet viden og kompetencer inden for hjernesgadeområdet, og der har været en løbende udvikling for at styrke indsatsen gennem blandt andet kompetenceudvikling og supervision.

I 2013 blev centret evalueret af Implement med henblik på at få anbefalinger til videreudvikling. Siden har centret videreudviklet og optimeret indsatser og organisering gennem blandt andet enstrenget ledelse med en centerleder, ansættelse af neuropsykologer og fusion af personalegrupper for at sikre mere tværfaglig organisering omkring den enkelte borger.

Centret varetager både neurorehabilitering og almen rehabilitering. Det foregår som midlertidigt døgnophold og ambulante og er for borgere under 65 år (SOF) og over 65 år (SUF).

På centret er der 52 almene rehabiliteringspladser og 30 til avanceret genoptræning til borgere med erhvervet hjernesgade. Herudover er der cirka 500 ambulante forløb årligt. Der er 230 ansatte, og terapeuterne og sygeplejerskerne arbejder i teams. Derudover er der blandt andet neuropsykologer tilknyttet talepædagoger og en speciallægekonsulent.

4.2.1 Beskrivelse af scenariet

Rationale

Scenariet sigter på én af to situationer, hvor Københavns Kommune enten vælger ikke at hjemtage specialiseret rehabilitering – men vil optimere forløbene og udbyttet af de anvendte ressourcer – eller forbereder sig frem til etableringen af et eget rehabiliteringstilbud.

Elementer

Scenariet kan beskrives gennem dets væsentligste elementer:

- » Københavns Kommune fortsætter den nuværende praksis med at købe specialiseret rehabiliteringsforløb hos Vejlebjerg, Kurhus, Center for Hjernesgade, BOMI og Børneungecenter for Rehabilitering i Virum.
- » Der tilstræbes et bedre udgangspunkt for prisforhandling gennem eksempelvis flerårsaftaler for specialiseret rehabilitering og et mindste antal forløb, idet der nu foreligger et datagrundlag om forløbene i 2015 og 2016. Aftaler, der minimerer en leverandørs risiko, kan typisk give en mere fordelagtig pris, der her kan være til fordel for Københavns Kommune. Imidlertid er markedet tilsyneladende til fordel for leverandørerne, da der er få udbydere og et udækket behov for pladser. Dermed vurderes de samlede udgifter for Københavns Kommune kun at kunne reduceres marginalt. Forsyningssikkerheden kan samtidig øges, men formentlig kun med en tilsvarende øget risiko for at skulle betale for ubrugte pladser, som kommunen forpligter sig til gennem aftalen.
- » Københavns Kommune fortsætter med almene rehabiliteringspladser og avanceret genoptræning på hjernesgadeområdet på Hjernesgade- og Rehabiliteringscenteret i Bystævneparken.
- » De almene rehabiliteringspladser på Hjernesgade- og Rehabiliteringscenteret anvendes så vidt muligt til borgere efter sygehusindlæggelse med neurologiske problemstillinger (via en "disponeringsret", fx borgere med apopleksi eller lignende vedrørende intensitet i tilbuddet). I dag varetages genoptræningen for nogle borgeres vedkommende på midlertidige opholdspladser på andre centre, særligt hvor andre problemstillinger end de neurologisk betingede vurderes at være mere betydende. Målretningen kan medvirke til at øge og bevare personalets kompetencer her, og samtidig kan det bedre kvaliteten af den neurologisk rettede genoptræning for den enkelte borger. Justeringen i målgruppen vurderes ikke at påvirke plejetyngden markant, da personalet på Hjernesgade- og Rehabiliteringscenteret vil have bedre forudsætninger for og erfaringer med at yde pleje og træning til disse borgere.
- » Skellet mellem borgere over/under 65 år bør fjernes til gavn for en øget fleksibilitet over de eksisterende pladser, sådan at der ikke opleves situationer med en venteliste i den ene gruppe, mens der er ledige pladser til den anden gruppe.
- » Personalestaben og deres neurorehabiliteringskompetencer fastholdes, økonomien stabiliseres, og der prioriteres systematisk kvalitetsudvikling og udvidede forskningssamarbejder, som kan styrke arbejdet med evidensbaseret genoptræning og øge personalets kompetenceniveau.
- » Det tværfaglige teamsamarbejde og teamdannelse om den enkelte borger styrkes på en måde, som balancerer behovet for monofaglig fordybelse med tværfagligt leverede indsatser og effektiv drift. Et effektivt tværfagligt team forudsætter, at de enkelte fagpersoners bidrag er fagligt velkvalificeret og leveres sikkert, og samtidig skal teamet arbejde efter fælles mål afstemt med borgeren.
- » Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen køber fortsat erhvervsrettet rehabilitering (med omdrejningspunkt i arbejdsevne) hos en ekstern leverandør, som

omfatter andre specifikke kompetencer og indsatser end den sundhedsfaglige rehabilitering (med omdrejningspunkt i funktionsevne).

Forudsætninger

Ledelsen og medarbejderne på Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret fokuserer yderligere på det tværfaglige samarbejde for at øge kompetencerne og kvaliteten af den samlede leverede genoptræning og relationerne til samarbejdspartner i kommunen og med beslægtede regionale institutioner, forskningsmiljøer og leverandører af rehabiliteringsindsatser.

Det er afgørende, at også samarbejdspartnere i andre af kommunens forvaltninger er interesseret i og arbejder for at udvide og styrke samarbejdet i forhold til de enkelte borgere i genoptræningsforløb og generelt om kvalitet, kommunikation og dokumentation.

4.2.2 Handlinger til realisering af scenariet

Der kan peges på følgende realiseringstiltag inden for nedenstående temaer:

Organisation

- » Budgettaksten for levering af avanceret genoptræning i Bystævneparkens rammer justeres op med 1.500.000 kr., jf. afsnit 4.2.3, og forbruget styres tæt. En øget personalefastholdelse vil bidrage positivt til lettere styring af forbruget og begrænsning af vikarudgifterne. Øget personalefastholdelse kan tilvejebringes gennem flere af de i dette afsnit beskrevne tiltag.
- » Ledelse af effektivt samarbejdende personale i et attraktivt fagligt miljø med omdrejningspunkt i tværfaglige rehabiliteringsteams. En kommende lederprofil for Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret har tværfaglig ledelseserfaring og kan facilitere samarbejdet internt såvel som med eksterne samarbejdspartner og med forvaltningsniveauet i kommunen. Det vurderes ud fra en funktionel betragtning at være vigtigere end en stærk sundhedsfaglig profil. Se også afsnit 3.3.3.
- » Øget udbytte af tværfaglige rehabiliteringsteams gennem teams, der er bredere defineret end på Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret i dag. De bør herunder inkludere neuropsykolog og logopæd i de perioder, borgeren modtager indsatser herfra. I dag er neuropsykologer og logopæder ikke inkluderet i de faste teams om borgerne, men både afhængige af de andre fagpersoners viden om borgerne og vice versa. Herudover kan udbyttet også øges gennem styrket teamsamarbejde med flere erfarne fagpersoner i de respektive teams (se afsnittet om kompetenceudvikling nedenfor).

Forskning

- » Øget samarbejde med eksterne universitets- og sygehusafdelinger om forskningsaktiviteter. Fokus skal være på tværsektoriel og praksisnær forskning. Det er ikke umiddelbart nødvendigt med nye kompetencer, men det kræver en prioritering i den daglige drift, så der dels kan etableres et samarbejde med eksterne og dels gennemføres konkrete forskningsaktiviteter. Det kan understøttes ved frikøb for ansøgte/tilførte allokerede midler eller ved, at personalets kompetenceniveau øges, og der derigennem frigøres tid fra oplæring af nyt personale og lignende.
- » Forskning kan give et øget fokus på effekt og et generelt kompetenceløft blandt personalet i Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret, hvilket ligeledes kan bidrage positivt til personalefastholdelsen med en styrket oplevelse af at være på en attraktiv arbejdsplads.

Kompetenceudvikling

- » Der opnås et kompetenceløft i Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret særligt gennem fastholdelse af erfarent personale. Kompetenceløftet vedrører primært en grundig oplæring og introduktion af nyansatte terapeuter og plejepersonale, der kommer med begrænset faglig erfaring og uden kendskab til de lokale arbejdsgange. Det vil betyde, at det tværfaglige samarbejde mellem faggrupper vil kunne forbedres, da en forudsætning for godt tværfagligt samarbejde er stærke monofagligheder. Det vil herudover betyde, at effekten af avanceret genoptræning øges, og funktionsevnetabet ved skift mellem niveauer kan mindskes. For nyansatte kan kompetenceløftet konkret bestå i særlige kurser i de særlige problemstillinger, der knytter sig til rehabilitering af neurologiske borgere. Herudover, når belægningen tillader det, vil løbende videndeling om metoder og bedste praksis samt sidemandsoplæring kunne understøtte kompetenceløft.

Faciliteter

- » Der bør afsættes ressourcer til at renovere og vedligeholde faciliteterne i Bystævneparken, inklusive de indvendige, hvis lokationen skal bibeholdes i en længere årrække. Tidshorizonten er dog usikker pga. varslede lokalplanændringer for Bystævneparken som helhed, hvori der satses på at øge den samlede boligmasse med tilhørende daginstitutioner og ikke institutioner som Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret. Umiddelbart ligger det dog i planen som minimum at lave en udvendig renovering af Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret, så bygningerne vil passe bedre ind i omgivelserne.
- » Hvis der påtænkes en længere årrække med fortsatte lokaler i Bystævneparken, kan det overvejes at udvide de bolignære fællesarealer, så de kan fremme aktivitet og social adfærd hos borgerne mere end den nuværende tv-stue, gård og spiserum. Det kan løses ved fx at ombygge en eller flere stuer (hvor betydningen for kapaciteten blandt andet skal afstemmes med den generelle kapacitet af midlertidige opholdspladser). Det bør gøres, fordi borgerne mellem træning i terapien ellers risikerer at isolere sig i inaktivitet i egen bolig og herved ikke træne videre gennem dagens mere hverdagslignende aktiviteter og i uformel interaktion med andre borgere i rehabiliteringen. Borgerne skal helst øve og træne færdigheder gennem hele det vågne døgn for at kunne opnå optimale resultater med effektiv ressourceudnyttelse – og hermed opnå tidligere afslutning af døgnopholdet på centret.

Kvalitet

- » Aftale og praktisere mere effektive og smidige overgange fra sygehuse/rehabiliteringsinstitutioner til Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret og videre til eget hjem/midlertidig døgnplads. Der er flere måder at gøre dette på, herunder en større integration af interne kommunale bidrag i rehabiliteringen, sådan at ydelser fra andre enheder uden for Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret i mindre grad opleves som eksterne og ukoordinerede. For at lykkes med dette bør interne kommunale indsatser have afstemt borgernes behov, status mv. inden mødet med borgeren. Herudover en sammentænkning af de, hver for sig, gode indsatser, sådan at borgerne i højere grad oplever et samlet koordineret forløb.
- » Styrke det eksisterende samarbejde mellem Hjernesgade- og Rehabiliteringscenteret og andre samarbejdspartner i Københavns Kommune, herunder med jobcentret, Borgercenter Handicap, Borgercenter Hjemmepleje og Center for Specialundervisning for Voksne for at fremme en fælles forståelsesramme. Det kan ske gennem samarbejdsaftalerne og de faglige netværk, som kan suppleres med også frivillige foreninger/brugersammenslutninger og beslægtede genoptrænings-

/rehabiliteringsinstitutioner. Formålet er vedvarende at videndele og opbygge relationerne som fagpersoner og organisationer. Det kan være i såvel monofaglige som tværfaglige sammenhænge, hvor der tages et emne op som fx gensidigt samarbejde eller en specifik rehabiliteringsfaglig problemstilling.

- » Kobling mellem viden om praksis som opfølgning på grupper af borgeres genoptræningsforløb (blandt andet via dokumentation af leverede indsatser og effekter) og systematisk kvalitetsudvikling understøttet af kliniske vejledere og andre læringsaktiviteter.

Bemanding

- » Styrke det faglige miljø med mulighed for udfoldelse, engagement og ansvar for effektskabelse således, at det kompetente personale fastholdes. Faglige netværk bør internt og på tværs ledes og faciliteres for at kunne bidrage med merkvalitet og mere effektivitet.
- » Bedre udnyttelse af de tilknyttede logopæders og socialrådgiveres indsatser (forankret i de respektive forvaltninger og regelmæssigt fremmøde i Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret) samt eventuel ansættelse af to neuropædagoger i Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret, som kan supplere med et stærkere aktivitetsfokus og tilknytning af en diætist, der kan rådgive personale og borgere som følge af de mange borgeres vanskeligheder med at indtage kost som hidtil. Begge fagligheder kan understøtte effekten af den øvrige rehabilitering. De logopædiske indsatser varetages fortsat af Center for Specialundervisning af Voksne, men et forbedret samarbejde kan gøre deres indsatser mere effektive. Det er her nødvendigt med et fælles sprog og ansvarsdeling på tværs af opgaver for at kunne lykkes.

4.2.3 Økonomiske konsekvenser

En stor del af tiltagene beskrevet i det foregående afsnit er ikke nødvendigvis udgiftsdrivende, men kan tænkes ind i driften. De vedrører især oplæring og supervision af nyansatte, hvilket kan give et kompetenceløft og bedre personalefastholdelse. Det kan øge kvaliteten og effektiviteten samt reducere transaktionsomkostningerne knyttet til personaleomsætningen. Afgående og nyt personale betyder generelt et tab i effektivitet for organisationen. Det kan fx udnyttes, at der i perioder er en mindre belægning på pladserne, som giver mulighed for – inden for de nuværende budgetrammer set hen over et til to år – at prioritere oplæring og supervisionen.

Den øgede målretning af almene rehabiliteringspladser til borgere med primært neurologiske problemstillinger i forbindelse med fordelingen mellem forskellige lokalområders midlertidige opholdspladser vurderes ikke at ændre plejetyngden markant og får dermed ikke konsekvenser for lønbudgettet (se afsnit 4.2.2).

Eventuelle udgiftsdrivende tiltag vedrører udvidelse af personalegruppen og investering i de bygningsmæssige faciliteter. Hvis Københavns Kommune vil tilføre særlige kompetencer med ansættelse af to neuropædagoger og/eller tilknytning af diætistkompetence, vil det øge udgifterne på op til i alt 1.500.000 kr. i tilfælde af hele årsværk⁵ (i alt tre årsværk á gennemsnitligt 0,5 mio. kr.). Herudover vil en eventuel renovering af faciliteterne betyde, at der skal allokeres ressourcer til det afhængigt af det nærmere omfang.

⁵ Det skal ses i sammenhæng med de særskilte bevillinger, Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret har, der ligger udenfor den sædvanlige budgetmodel. Der er bevilliget 1,1 mio. kr. til en centerchef og 2,7 mio. kr. som et midlertidigt tillæg til et neurologisk plejecenter.

4.2.4 Opsamling på muligheder og begrænsninger

De væsentligste fordele ved fortsat at købe specialiserede rehabiliteringsforløb eksternt er, at scenariet sikrer Københavns Kommune en forsyning af forløb med den påkrævede kvalitet til borgerne, og at det samtidig friholder kommunen for betydelige investeringer og risiko.

Yderligere er der et potentiale for positive effekter på prisen for forløbene ved aftale om et mindste antal – om end der formentlig vil være tale om marginale forbedringer.

Det fortsatte arbejde med at omstille Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret efter fusionen samt optimere driften og leveringen af de faglige indsatser kan øge kvaliteten af forløbene, økonomien og personaleomsætningen. Det giver et højere kompetenceniveau hos personalet og mere gnidningsfrie overgange mellem hospitalerne og Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret, som igen kan give en større effekt af de samlede kommunale indsatser og derved reducere nogle af døgnopholdenes længde.

Udover de direkte gevinster for borgerne kan scenariet også indebære positive gevinster for medarbejdertilfredsheden.

Det er afgørende for kvaliteten og effekten af de specialiserede rehabiliteringsforløb, at Københavns Kommune følger borgerne særligt tæt ved starten og forberedelserne til afslutningen, og at informationerne deles mellem de relevante forvaltningsområder.

Videre skal det med hensyn til Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret lykkes at rekruttere og fastholde personalet, da scenariets positive gevinster ellers bliver vanskelige at hente. Tilsvarende er det afgørende, at samarbejdet med andre forvaltninger og rehabiliteringsinstitutioner/sygehuse forbedres.

En ulempe er, at rehabiliteringen for borgere i kommende forløb vil ske langt fra borgerens hjem, der vil være flere overgange i forløbet end nødvendigt, og det vil fortsat være sværere gennemskueligt for kommunen løbende i forløbet at vide, hvad borgerne har brug for. Desuden løser scenariet ikke udfordringen på mellemlangt sigte med bygningernes relativt ringe tilstand i Bystævneparken, og det forventes derfor at have en tidsbegrænset holdbarhed i forhold til faciliteterne.

Hvis realiseringen af scenariet sker med henblik på en senere hjemtagning af specialiseret rehabilitering, vil scenariet skulle sammentænkes med aspekter i en implementeringsplan for hjemtagning.

4.3 Scenarie 2. Fuld hjemtagning uden salg af pladser

I afsnit 4.3 beskrives a) scenariet, b) anlægsforudsætninger og -økonomi, c) handlinger til realisering af scenariet, d) økonomiske konsekvenser og d) opsamling på muligheder og begrænsninger.

Eftersom scenarie 2 udgør en betydelig del af grundlaget for scenarie 3, vil meget af det følgende bidrage til beskrivelsen og analysen af scenarie 3. De principielle ligheder og forskelle mellem scenarierne fremgår af starten på kapitel 4.

4.3.1 Beskrivelse af scenariet

Rationale

Københavns Kommune etablerer kapacitet til at tilbyde døgn- og ambulante specialiseret rehabilitering, hvor behovet forventes at være gennemsnitligt 18 døgnpladser. Heri er taget højde for det springende antal af døgnophold de foregående år, en formodet let stigende efterspørgsel de kommende år, periodevis udsving i tilgangen af borgere hen

over året og større brug af en afrundende testfase som en integreret del af forløbene (se også nedenfor og afsnit 4.3.2).

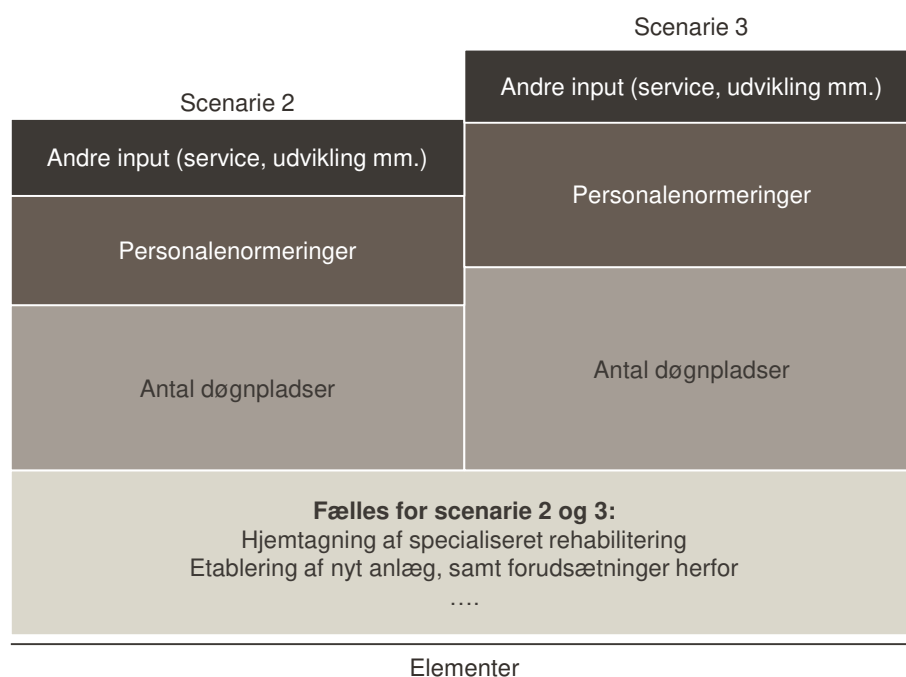
Der har i 2015 og 2016 været en relativt lille andel af ambulante forløb til specialiseret rehabilitering (14 i 2016 mod 530 på avanceret niveau). Mens ambulante specialiseret rehabilitering er mere intensivt end avanceret niveau, fylder det volumenmæssigt lidt, da intensiteten på døgnophold er meget højere. Ambulante forløb kræver færre faciliteter end døgnophold, dog ikke på træningsdelen, og faciliteter til borgere på døgnophold vil kunne benyttes af borgere i ambulante forløb. Det betyder, at det ikke er nødvendigt facilitetsmæssigt at skelne mellem de to typer af forløb. På baggrund af den historiske udvikling i antallet af ambulante forløb i Københavns Kommune forventes volumenen trods en mindre stigning ikke at ændres i en sådan grad, at de foreslåede handlinger og anbefalinger vedrørende ambulante forløb påvirkes. Ved en hjemtagning af den specialiserede rehabilitering til Københavns Kommune kan der være økonomiske og sundhedsfaglige årsager til oftere at tilbyde borgere ambulante forløb, da rehabiliteringsfaciliteterne på Hjerneske- og Rehabiliteringscentret vil være betragteligt tættere på borgernes hjem. Der kunne altså være et rationale i at tilbyde nogle borgere, der ellers i dag ville komme på døgnophold, et ambulante forløb.

Elementer – fælles for scenarie 2 og 3

Afsnittet beskriver de elementer, der er fælles for scenarie 2 og 3. Ved læsning af afsnit 4.4.1 indgår følgende altså også som en del af beskrivelsen af scenarie 3.

Figur 3 illustrerer, hvordan beskrivelsen af de elementer, der dels er fælles for nærværende scenarie og det kommende scenarie, og dels er specifikke for hvert af de to scenarier, er struktureret. Beskrivelsen af elementer, der blot vedrører scenarie 3, findes i afsnit 4.4.1. Figuren er ikke en udtømmende liste over de elementer, der indgår som fælles elementer, og som er specifikke for scenarierne.

Figur 3. Illustration af centrale udgiftsdrivende elementer i scenarie 2 og 3



Fælles elementer for de to scenarier beskrives i det følgende:

- » Københavns Kommune hjemtager den specialiserede rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade fra blandt andet Vejlefyord og Kurhus. I 2016 var der 29 borgere i døgnophold med en genoptræningsplan til specialiseret rehabilitering, mens der var 14 ambulante forløb. Herudover var der tre kombinerede forløb.
- » De nuværende faciliteter i Bystævneparken vurderes ikke tilstrækkelige til at opfylde Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav til specialiseret rehabilitering, og bygningernes nuværende stand muliggør ikke en anvendelse i en længere årrække i øvrigt. Derfor betyder hjemtagning, at der er et behov for at bygge et nyt center med tidssvarende faciliteter. Centeret bør huse både avanceret genoptræning og specialiseret rehabilitering, inklusive døgnophold og ambulante træning af borgere, der har genoptræningsplan til avanceret niveau og specialiseret rehabilitering (se desuden kapitel 4 angående principperne for opstillingen af scenarierne).
- » I en organisering af et nyt center bør pladserne til specialiseret rehabilitering ikke opdeles på en aldersgrænse (mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Socialforvaltningen), men i stedet udnyttes fleksibelt for at undgå overbelægning på nogle pladser og underbelægning på andre pladser. Når året er omme, kan udgifterne eksempelvis udlignes baseret på en gennemsnitlig dagspris og den faktiske udnyttelse af pladserne.
- » Centeret kan tilbyde eksterne kurser og supervision/kompetenceudvikling eksternt og internt i Københavns Kommune. Omfanget af disse vil blandt andet afhænge af, hvilken anlægsmodel der vælges (se senere). Det er vigtigt at tænke faciliteterne ind. Som udgangspunkt kan en multihal eksempelvis bruges til større kurser. Det kan herudover bidrage til personalegruppernes grundkompetencer og særlige kompetencer inden for neurologisk rehabilitering.
- » Det påtænkes at begynde rekruttering og kompetenceudvikling af en større kreds af medarbejdere primo 2021. Det sker i 2021, da det foregår med henblik på blandt andet at inkludere medarbejdere i dele af kravspecifikationen i bygningsprocessen, opnå indsigt i kommunens forhold, kendskab til kolleger mv. Centrale medarbejdere kan inddrages tidligere for en mere omfattende rolle i kravspecifikationen af bygningen. Disse medarbejdere er ikke nødvendigvis udelukkende nyansatte, men kan komme fra medarbejderstaben på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret (udddybes senere).
- » Under forudsætning af at en egnet grund findes, og lokalplansproces mv. foregår uden uforudsete tidskrævende ophold (se uddybende om anlægsforudsætningerne i afsnit 4.3.2), vil et center kunne stå færdigt (tidligst) primo 2022.
- » Der bør rutinemæssigt opnås et tæt kendskab til borgerne inden modtagelsen på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret ved kontakt på sygehusafdelingen, som formentlig kan reducere lidt af de par ugers stilstand i funktionsevneforbedringen, der typisk ses ved et skifte. Også et tæt samarbejde mellem forvaltningsenhederne i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Socialforvaltningen, Børne- og Ungeforvaltningen (Center for Specialundervisning for Voksne) samt Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen kan i endnu højere grad tilgodese individuelt tilrettelagte forløb, hvorfor nogle borgere formentlig overgår tidligere til ambulante forløb, end det er tilfældet i dag.
- » Avanceret genoptræning bør organiseres som beskrevet i scenarie 1. Det medfører som udgangspunkt ikke væsentligt flere udgifter, end der er budgetteret hidtil.
- » Økonomien vedrørende den nuværende almene rehabilitering på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret, der skal omplaceres ved etableringen af centret, påvirkes ikke af scenarierne med undtagelse af ledelsesposten, da budgettet i Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret altovervejende er bundet op på antallet af pladser. Dermed kan almen rehabilitering fremadrettet udføres uden en ændret budgettering

Intern efterspørgsel på i alt 18 døgnpladser estimeret således:

- Ni pladser svarende til 2016-niveau
 - Tre pladser til bufferkapacitet pga. svingende behov over året
 - Fire pladser til stigende efterspørgsel i de kommende år
 - To pladser som bufferkapacitet til afrundende test og overgange
-

med undtagelse af allokering af budget til en leder. Dog vil det igen afhænge af den fremtidige organisering, der vælges i forbindelse med strategien for kommunens anvendelse af midlertidige opholdspladser.

- » Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret leverer indtil etableringen af et nyt center fortsat indsætter til borgere på almene rehabiliteringspladser (dog målrettet borgere primært med neurologiske problemer, jf. afsnit 4.2.1) (se også strategien for midlertidige opholdspladser).
- » Centeret bør, som tidligere beskrevet, ligeledes varetage ambulante forløb på specialiseret rehabilitering. Det vurderes, at der ikke er behov for en selvstændig afdeling med personale, der alene varetager ambulante forløb, som det er tilfældet på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret/avanceret niveau. Det skyldes, at antallet af forløb er meget begrænset, og det giver en mere fleksibel personalegruppe, der samtidig får mulighed for at opbygge relationer bredere i institutionen. I stedet kan de ambulante forløb indtænkes som en del af teamstrukturen (se senere).
- » Ledelsesstrukturen for centret som helhed bør være enkel med to niveauer, én centerleder og to til tre afdelingsledere afhængigt af centrets og personalegruppens samlede størrelse.
- » Administrative opgaver kan varetages i en mindre administration, mens planlægningsopgaver vedrørende kompetence- og kvalitetsudvikling samt forskningssamarbejder kan varetages af udvalgte fagpersoner med særlige forudsætninger herfor.

Efterspørgselsbehov

Den interne efterspørgsel – til brug for scenarie 2 – vurderes at være omkring ni døgnpladser baseret på, at 29 borgere i 2016 modtog en genoptræningsplan til døgnophold til specialiseret rehabilitering, og disse har haft en opholdsvarighed på gennemsnitligt 3½ måneder. De ni døgnpladser svarer kun til efterspørgslen, hvis borgernes ophold kan planlægges ordnet efter kapaciteten, hvilket i praksis ikke er tilfældet. Derfor er der behov for skønnet yderligere tre døgnpladser som en bufferkapacitet, der kan imødegå et svingende behov for døgnpladser. Herudover vil der være behov for yderligere fire døgnpladser, når det antages, at der er en årlig målgruppevækst på 2 pct. for på denne måde at søge kapaciteten fremtidssikret. Endelig indregnes bufferkapacitet svarende til samlet set to testpladser til afrunding af rehabiliteringsforløb sådan, at borgerne er bedst muligt forberedt – det kan være i overgangen til ambulans specialiseret rehabilitering eller avanceret genoptræning. Pladserne er ikke tiltænkt som § 107- eller § 108-tilbud, men pladser, der kan benyttes, når intensiteten i rehabiliteringen er reduceret (og ligeledes personalebehovet hertil). Pladserne kan fungere som testboliger med det formål, at borgerne under kontrollerede forhold kan afprøve en situation, der minder om at være i eget hjem. Den interne efterspørgsel betyder altså, at der er behov for i alt 18 døgnpladser til håndtering af denne.

Den eksterne efterspørgsel er udelukkende relevant i scenarie 3, hvor kommunen sælger pladser til andre kommuner. I de omkringliggende kommuner har der i 2016 været cirka 30 genoptræningsplaner til specialiseret hjerneskaderehabilitering. Hvis et nyt center kan tiltrække cirka 70 pct. af borgerne, er der behov for at etablere pladser til godt 20 borgere. Såfremt opholdsvarigheden er som hidtil i Københavns Kommune (cirka 3½ måneder), betyder det, at der er behov for at etablere syv døgnpladser for at imødekomme den eksterne efterspørgsel. På samme måde som for Københavns Kommunes egne døgnpladser svinger efterspørgslen også for eksterne borgere, hvorfor yderligere tre døgnpladser bør etableres. Der etableres ligeledes også én testplads.

Det betyder samlet set, at der bør etableres enten 18 eller 29 døgnpladser til specialiseret rehabilitering afhængigt af det valgte scenarie. Udover disse pladser etableres som tidligere angivet 30 døgnpladser til at videreføre genoptræning på avanceret niveau som i det nuværende Hjerneskode- og Rehabiliteringscenter.

Elementer – specifikke for scenarie 2

- » 18 døgnpladser svarer til, at kommunen kan have godt 50 borgere i rehabiliteringsforløb per år under forudsætning af, at forløbene fremover i gennemsnit svarer til længden på de købte forløb i 2015 og 2016. Hvis længden på opholdene stiger, vil det være nødvendigt at etablere flere døgnpladser. På den anden side vil kortere forløb i fremtiden betyde, at behovet for døgnpladser falder. Det er nødvendigt at anlægge kapacitet til flere borgere, end der har været de foregående år, til at imødegå sæsonudsving i efterspørgslen, og målgruppen forventes at stige fremover. Oveni disse pladser til i udgangspunktet 50 borgere vil det også være muligt at tilbyde ambulante forløb til kommunens egne borgere.
- » De 18 døgnpladser opdeles i to afdelinger á ni pladser, der er et antal, som muliggør effektiv driftsledelse og facilitering af teamsamarbejder. Opdelingen fordrer herudover overskuelighed og tilgængelighed for borgernes uformelle interaktion omkring rehabiliterende fysiske og sociale aktiviteter i fællesrum.

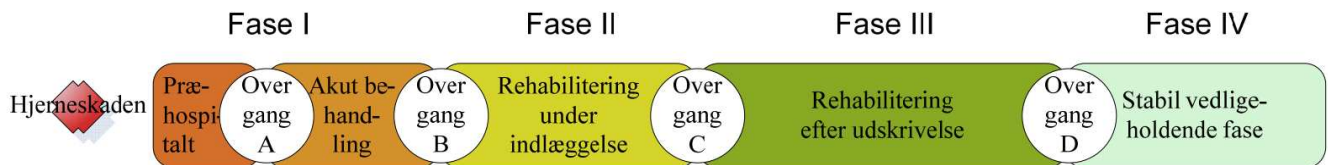
Forudsætninger

De centrale forudsætninger for at realisere scenarie 2 og 3 er følgende (se afsnit 4.3.3 angående handlinger til realisering af scenarie 2 og afsnit 4.4.3 om handlinger til realisering af scenarie 3):

- » Genoptræning på avanceret niveau drives fortsat af Hjerneskode- og Rehabiliteringscentret under forudsætningerne beskrevet i scenarie 1. Budgettet til avanceret niveau vil derfor ikke umiddelbart påvirkes af etableringen af et nyt center, udover hvad der er beskrevet i scenarie 1. Dermed vil eventuelle yderligere udgifter udelukkende vedrøre specialiseret rehabilitering.
- » Kvalificeret personale rekrutteres, kompetenceudvikles og fastholdes. Det gælder både ledere og fagprofessionelle. Det er med til at skabe kontinuitet i leveringen af specialiseret rehabilitering og bibeholdelse af kompetencerne hos personalet, sådan at den leverede kvalitet er tilstrækkelig høj – både i forhold til Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav, sikring af effekt for borgerne og en potentiel konkurrencesituation med andre tilbud.
- » Datagrundlaget for at estimere det fremtidige antal af rehabiliteringsforløb er spinkelt, idet der blot er data fra to år: 2015 og 2016. Der ses imidlertid ikke her en stor stigning i antallet af ambulante forløb og døgnophold. Set hen over et år kan der, som beskrevet om anlægsforudsætningerne, være naturlige udsving i efterspørgslen.
- » Rigshospitalet – Glostrups kommende neurorehabiliteringscenter – forventes ikke at levere specialiseret rehabilitering til borgere i fase 3. Der etableres formentlig 125 døgnpladser, og heraf er godt 80 pladser til borgere med neurologiske sygdomme. Herudover er ambitionen at etablere et center, der svarer til Hammel Neurocenter. Rigshospitalet – Glostrups neurorehabiliteringscenter er tiltænkt borgere fra både Region Hovedstaden og Region Sjælland. Præcise informationer er ikke umiddelbart tilgængelige om de nærmere ændringer af den nuværende kapacitet. Alle pladser er som udgangspunkt tiltænkt borgere i en sub-akutfase, fase 2. Såfremt centrets målgruppe reelt bevæger sig ind i fase 3, fordi der er en gråzone og eventuelt tilskyndelse hertil, kræves det, at Københavns Kommunes tilbud som minimum matcher dette tilbud på kvalitet, pris og attraktion. Enkelte kommuner har tilkendegivet, at et sådant tilbud i Glostrup kan være interessant, idet det kan

mindske antallet af overgange for deres borgere til gavn for borgeren og opnåelse af en større effekt.

Figur 4. Faseinddeling af hjerneskaderehabilitering, jf. Sundhedsstyrelsens Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade (2012)



Det tværfaglige samarbejde søges styrket særligt via rehabiliteringsteams omkring de enkelte borgere, således at effekten for borgerne øges. Det gælder personale ansat på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret (fast eller på konsulentbasis) og personale i delestillinger eller udplaceret fra andre organisatoriske enheder.

- » Rehabiliteringsteams og afdelingsledere skal løbende sikre, at borgerne modtager indsatser på de rette kvalitets- og serviceniveauer sådan, at forløbene får størst mulig effekt, og at de samlede ressourcer i centret samtidig udnyttes optimalt.

Forudsætningerne vurderes generelt at være realistiske for Københavns Kommune at opfylde. Særligt de organisatoriske og driftsmæssige forudsætninger er inden for Københavns Kommunes egen indflydelse, hvorfor det forventes, at de er lettere at opfylde – enten fra begyndelsen eller løbende efter etableringen af tilbuddet.

Der er derimod større usikkerhed, når det handler om fremtidig efterspørgsel i opadgående eller nedadgående retning. Imidlertid er det en faktor – ligesom udsving hen over året, der er søgt taget højde for – med planlagt bufferkapacitet.

4.3.2 Anlægsforudsætninger og -økonomi

Det vurderes at være nødvendigt at bygge et nyt center til specialiseret rehabilitering (døgnoophold og ambulant). Udover at huse specialiseret rehabilitering med det antal døgnpladser, som beskrevet ovenfor, vil det være fordelagtigt at anlægge 30 døgnpladser til avanceret genoptræning, der erstatter de nuværende 30 pladser på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret, hvorved kommunen samler de neurologiske borgere på samme matrikel med mulighed for at udnytte stuer, træningsfaciliteter, specialkompetencer og basispersonale fleksibelt. Derudover giver det mulighed for at opnå synergieffekter såsom glidende overgange i borgernes forløb og øget kompetenceudvikling hos personalet.

Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret har i dag 52 pladser i alt til Sundheds- og Omsorgsforvaltningens almene rehabilitering og Socialforvaltningen. Frem til åbningen af centeret bør kapaciteten tænkes sammen med og omplaceres i overensstemmelse med den samlede strategi for de midlertidige opholdspladser. Det er ikke tiltænkt, at der skal bygges almene rehabiliteringspladser i det nye rehabiliteringscenter, jf. nærværende rapport. Centeret skal altså udelukkende huse avanceret niveau og specialiseret rehabilitering.

Anlægsforudsætningerne skal ses i sammenhæng med den faglige og strategiske ambition, der kan bestå i at få et rehabiliteringstilbud blandt de førende i Danmark. Faciliteterne er en forudsætning for ambitionen og afspejles videre ind i forudsætningerne for byggeriet, herunder blandt andet boligstørrelser, fællesarealer, haveanlæg, genoptræningsfaciliteter og forsknings- og udviklingsmuligheder.

Ønskes et minimumsniveau, jf. afsnit 4.1, kan en eller flere justeringer foretages ved anlægget:

- » Begrænse forholdene til udførte forskningsaktiviteter på stedet.
- » Reducere posten til it, apparatur, løst inventar og kunst, fx ved at begrænse teknologi i fællesarealer til et minimum.
- » Reducere rum til undervisning og rådgivning, fx med servicearealer svarende til et plejehjem.
- » Undlade at etablere en multihal og i stedet lave fleksible træningsrum, der kan gøres større/mindre afhængigt af behov.
- » Undlade rum til robotteknologi, som i stedet kan foregå i øvrige trænings- og fællesarealer.

Generelt er det vigtigt at være opmærksom på, at et center til specialiseret rehabilitering vil ligne et sygehus mere end et plejecenter i forhold til de opgaver, der skal løses – den plads og de faciliteter, der er behov for. Det betyder, at hvis der i byggeriet tages udgangspunkt i anlæg af plejecentre, risikeres det, at Københavns Kommune ikke får bygget et center, der i tilstrækkelig grad lever op til borgernes behov som modtagere af specialiseret rehabilitering. Eksempelvis fordrer fællesarealerne på et typisk plejecenter (og Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret i Bystævneparken) ikke rehabilitering uden for træningssessioner. Etablering af fællesarealer, der kan understøtte de almindelige træningssessioner, vil kunne bidrage til, at borgernes rehabilitering foregår i alle døgnets vågne timer og med mulighed for at inddrage borgerens nære netværk/familie, og den samlede indsats kan derfor få større effekt. På samme måde kan træning i miljøer, der balancerer mellem professionelle og kognitivt stimulerende (ofte såkaldte "hjemlige") rammer, skabe større effekt og motivation hos borgerne om at (gen-)vinde færdigheder til at kunne klare sig igen i eget hjem og måske genoptage et aktivt arbejds- og fritidsliv. Det er vigtigt, at det understøttes af faciliteterne og omgivelserne.

I en proces om kravspecificering af bygningen er det desuden vigtigt at inddrage relevant personale for blandt andet at få indretning af stuer, badeværelser, lysdesign mv. til at være en del af den rehabiliterende indsats for borgerne. Tidligt i bygningsprocessen bør enkelte centrale personer inddrages i kravspecificeringen. En bredere personalegruppe kan inddrages senere, blandt andet med det formål at udvikle organisationen, forberede samarbejdet blandt personalet og præcisere relevante aspekter i indretningen.

Antallet af døgnpladser, der skal bygges til specialiseret rehabilitering, afhænger af henholdsvis den interne og eksterne efterspørgsel på pladser. Den interne efterspørgsel skal forstås som Københavns Kommunes egne borgere, mens den eksterne efterspørgsel er borgere fra andre kommuner end København.

I det følgende præsenteres de generelle anlægsforudsætninger for beregning af anlægsudgifter for døgnpladser til henholdsvis specialiseret rehabilitering og avanceret niveau samt arealer, der ikke direkte relaterer sig til pladserne (se desuden ovenfor). Københavns Kommunes target-pris for midlertidige pladser tages som udgangspunkt og tilpasses denne konkrete sammenhæng.

Tabel 2 viser arealforudsætninger, der ligger til grund for beregningerne, mens **Tabel 3** viser nedbrydningen af de samlede anlægsudgifter.

Tabel 2. Arealforudsætninger for døgnpladser og tilhørende arealer

Kvadratmeter	
Specialiseret rehabilitering	
Boligareal	48
Fællesarealer	30

Servicearealer	25
Avanceret niveau	
Boligareal	30
Fællesarealer	20
Servicearealer	15

Disse forudsætninger påvirkes ikke umiddelbart af antallet af pladser til specialiseret rehabilitering, der vælges anlagt.⁶ Det betyder samtidig, at de er ens for de to hjemtagningsscenarier. Der er en forskel mellem størrelsen på værelserne til specialiseret rehabilitering og til avanceret niveau, hvilket afspejler forskelle i træningsintensitet, kompleksitet og borgernes muligheder, jf. ovenfor og afsnit 4.3.1.

Udover de beskrevne forudsætninger regnes der ligeledes med 15 pct. til uforudsete udgifter i anlægsprocessen, 3 pct. til byggepladsudgifter og 5 pct. til bygherrerådgivning. Hertil kommer faste udgifter på 500.000 kr. til både tilstandsvurdering af grunden og advokatbistand i forbindelse med en udbudskontrakt. Andre myndighedsomkostninger beløber sig til 250.000 kr., og vinterforanstaltninger og rensning af jordforureninger skønnes til cirka to mio. kr. i alt.

Under de beskrevne forudsætninger fordeler anlægsøkonomien sig dermed, som det ses i **Tabel 3**, hvor anlægsudgifterne til et center med 18 døgnpadser er opstillet. Et tilsvarende regnestykke gør sig gældende for et center med 29 døgnpadser.

Tabel 3. Nedbrydning af anlægsudgifter

	Kvm. pris	Kvm.	Samlet pris	Grundlag
Byggeri				
Døgnpadser	17.500	1.764	30.870.000	Erfaringstal
Servicearealer	19.000	1.140	21.660.000	Erfaringstal
Fællesarealer	19.000	900	17.100.000	Erfaringstal
Kælderareal	9.000	1.000	9.000.000	Erfaringstal
Handicaplif m.m.	3.000	1.764	5.292.000	Erfaringstal
Tekniske installationer	1.000	1.140	1.140.000	Erfaringstal
Bæredygtighed, solceller BR20	10.000	300	3.000.000	Erfaringstal
It, apparatur, løst inventar, kunst	3.500	1.764	17.146.500	Erfaringstal
Genoptræningsfaciliteter				
Individuelle behandlingsrum (5 små)	18.000	75	1.350.000	SUF
Individuelle behandlingsrum (5 store)	18.000	100	1.800.000	SUF
Træningssal (3 á 100 kvm.)	15.000	300	4.500.000	SUF
Multihal til boldspil mv. (1)	15.000	200	3.000.000	SUF
Opbevaringsrum, depot (2)	18.000	60	1.080.000	SUF
Træningsfaciliteter til robotteknologi (2)	18.000	160	2.880.000	SUF
Hjælpe midde ldepot (2)	18.000	80	1.440.000	SUF
Omk lædningsfaciliteter til ambul ant (2)	18.000	100	1.800.000	SUF
Venteværelse, ambul ant (2)	18.000	60	1.080.000	SUF
Forskningsfaciliteter				

⁶ Ovenstående forudsætninger bygger på erfaringer og vurderinger af konsulent Pernille Weiss Terkildsen, specialist i sundhestypologier/fysiske rammer og indhold, og de er kvalificeret af Per Christensen, Boligsekretariatet i Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning.

	Kvm. pris	Kvm.	Samlet pris	Grundlag
Kontorer (10)	14.000	200	2.800.000	SUF
Møde- og undervisningslokale (2)	15.000	30	450.000	SUF
Haveanlæg				
Sansehave	1.300	500	650.000	V&S, forventet pris i 2017
Stier og belægning	350	1.000	350.000	V&S, forventet pris i 2017
Forurening jord			1.000.000	Skøn
Støttefunktioner				
Vaskeri	12.000	20	240.000	Skøn
Køkken	12.000	75	900.000	Skøn
<i>Håndværkerudgifter, total</i>			<i>130.528.500</i>	
Uforudsete udgifter			19.579.275	Erfaringstal
Byggeplads			3.915.855	Erfaringstal
Vinterforanstaltninger			1.000.000	Erfaringstal
<i>Anlægssum, ekskl. opstartsomkostninger</i>			<i>155.023.630</i>	
Rådgivningsomkostninger				
Bygherrerådgivning			7.751.182	Erfaringstal
Eventuel geoteknisk og tilstandsvurdering			500.000	Erfaringstal
Udbudsomkostninger				
Advokatbistand, udbudskontrakt			500.000	Erfaringstal
Myndighedsomkostninger (byggetilladelse + andre gebyrer)			250.000	Erfaringstal
<i>Samlet projektsum</i>			<i>164.024.812</i>	

En projektsum på knap 165 mio. kr. betyder, at de 48 døgnpladser vil koste omkring 3,4 mio. kr. per styk alt inklusive. Se desuden ovenstående tabel for nedbrydning af udgifter. Særligt døgnpladser, servicearealer og it, apparatur, inventar og kunst er store poster. Det er mere, end når der etableres nye plejeboliger, og skal ses i lyset af, at det er et anlæg, der løfter andre og mere komplekse opgaver end et traditionelt plejecenter. Døgnpladserne er i højere grad sammenlignelige med hospitalsvirksomhed, hvor der ydermere er taget højde for, at den gennemsnitlige indlæggelsestid på en rehabiliteringsenhed er langt højere end på hospitalerne. Derudover skal der være en særlig plads- og kvalitetskrævende aktivitet, hvor de fysiske rammer har en stor indflydelse på effekt af indsatsen med og omkring borgeren på grund af deres kognitive og funktionelle skadesniveau og rehabiliteringsbehov. Det er afgørende at tænke faciliteterne som en del af den rehabiliterende indsats, der er med til at skabe effekt for borgerne. En øget rehabiliteringseffekt for borgerne kan have afledte positive økonomiske effekter, idet opholdsvarighederne kan forkortes. Det betyder, at borgerne potentielt kan komme hurtigere ud af den intense rehabilitering og med bedre funktionsevner end historisk set. Dermed kommer de også hurtigere over i noget mindre personalekrævende og eventuelt hurtigere tilbage på arbejdsmarkedet.

Under en forudsætning om, at byggeriet kan påbegyndes i 2018 og er færdigbygget primo 2021, vil udgifterne på 150 mio. kr. kunne fordeles som illustreret i **Tabel 4**. Her forudsættes det, at byggeudgifterne fordeles ligeligt over de fire byggeår, mens inventarudgifter udelukkende afholdes i 2021.

Færdiggørelsen af centret sker under forudsætning af, at en egnet grund findes medio 2017, og der ikke er eventuelle nedrivnings- og/eller oprensningsudfordringer fra tidligere anvendelse af grunden.

Kommunen undersøger i skrivende stund flere forskellige potentielle placeringer af et nyt center til hjerneskaderehabilitering, herunder i De Gamles By på Nørrebro.

Tabel 4. Anlægsudgifter over tid (mio. kr.)

	2017	2018	2019	2020	2021	Samlet
Opstartsomkostninger	9,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,0
Anlægsudgifter	0,0	34,5	34,5	34,5	34,5	137,9
Inventar m.m.	0,0	0,0	0,0	0,0	17,1	17,1
Samlet	9,0	34,5	34,5	34,5	51,6	164,0

Ved at foretage alle de tidligere oplyste justeringer i anlægget som følge af et sænket ambitionsniveau ændres anlægsudgifterne væsentligt, se **Tabel 5**.

Ændringerne er følgende:

- » Begrænse forholdene til udførte forskningsaktiviteter på stedet.
- » Reducere posten til it, apparatur, løst inventar og kunst, fx ved at reducere teknologi i fællesarealer til et minimum.
- » Reducere rum til undervisning og rådgivning, fx med servicearealer svarende til et plejehjem.
- » Undlade at etablere en multihal og i stedet lave fleksible træningsrum, der kan gøres større/mindre afhængigt af behov.
- » Undlade rum til robotteknologi, som i stedet kan foregå i øvrige trænings- og fællesarealer.

Det betyder samtidig, at anlægsudgifterne per døgnplads går fra 3,4 mio. kr. til knap 2,9 mio. kr. Ved disse justeringer af anlægget fås altså et billigere anlæg, der dog kan have negative effekter på den rehabiliterende effekt for borgerne som tidligere beskrevet.

Tabel 5. Anlægsudgifter over tid ved justeringer (mio. kr.)

	2017	2018	2019	2020	2021	Samlet
Opstartsomkostninger	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	7,7
Anlægsudgifter	0,0	29,9	29,9	29,9	29,9	119,8
Inventar m.m.	0,0	0,0	0,0	0,0	9,1	9,1
Samlet	7,7	29,9	29,9	29,9	39,1	136,6

4.3.3 Handlinger til realisering af scenariet

Der kan peges på følgende handlinger inden for forskellige temaer.

Organisation

Én centerleder ansættes, der særligt har erfaring med tværfaglig ledelse og er orienteret mod eksterne samarbejdsrelationer i og udenfor Københavns Kommune. Lederen skal favne tilbuddene med almen rehabilitering og avanceret genoptræning samt specialiseret rehabilitering. Ønskes en sundhedsfaglig leder, bør det givetvis være en neurologisk overlæge, der har erfaring med tværfaglig ledelse. Ledere med andre sundhedsfaglige baggrunde kan risikere at betyde, at en neurologisk overlæge (som ikke-leder) kan blive svær at rekruttere. Imidlertid kan en neurologisk speciallæge som leder udfordres på, at der vil blive for stort fokus på det lægefaglige og mindre på de

øvrige fagligheder, der alt andet lige er tættere på kernen i neurorehabiliteringen i denne fase af borgernes forløb.

Afdelingsledere ansættes med fokus på driften, og som særligt kan udvikle den tværfaglige værdiskabelse gennem at forene faggruppernes respektive monofaglige styrker i gensidigt afhængige indsatser via rehabiliteringsteams og samtidig optimere ressourceanvendelsen i forhold til borgernes forskellige behov.

Fagpersonalet organiseres som i dag i en teamstruktur, hvor hvert rehabiliteringsteam består af flere faggrupper for blandt andet at sikre en tværfaglig helhedsorienteret indsats om borgerne, sikring af kompetenceudvikling hos personalet og styrket fleksibilitet i forhold til kapacitets- og personaleressourceudnyttelse. Dog er det nødvendigt med en skarp opdeling af service- og træningsniveauer mellem avanceret niveau og specialiseret rehabilitering, så de tilpasses de enkelte borgere, udnytter ressourcerne som tilsigtet og samtidig fastholder personalets faglige engagement. Løbende supervision, sammensætning af teams med personer, der har forskellige erfaringsniveauer, og periodevise skift mellem afdelingerne kan fremme kompetenceudviklingen. Det bør indtænkes, at personalet på mindre specialiserede niveauer kan bidrage på mere specialiserede niveauer, når ressourcebehovet tillader det for at øge kompetenceniveauet.

Samarbejdet mellem forvaltningerne styrkes eksempelvis ved, at Socialforvaltningen og Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen kommer i dialog med Sundheds- og Omsorgsforvaltningen – Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret – med fremskudt personale på ugentlig basis med socialrådgivere og beskæftigelsesmedarbejdere (efter vanlig finansieringsmodel), der kan starte tidligt i borgernes forløb. Det kan samtidig forbedre borgernes oplevelse af en samlet indsats. Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen har et ønske om fortsat at købe erhvervs- og virksomhedsrettet rehabilitering på Center For Hjerneskade som et supplement til den specialiserede sundhedsfaglige rehabilitering, der vil foregå på et nyt center. Det vurderes at være en specialkompetence, der ikke i første omgang bør søges opbygget på centret givet den meget øvrige kompetenceudvikling, der skal finde sted, men det kan overvejes på sigt.

Varigheder af ophold tilpasses individuelt ligesom i dag, idet behovene i denne heterogene målgruppe er forskellige, og der er ikke formelle krav til varigheden af et døgnophold på specialiseret rehabilitering. Med et tilstrækkeligt stort volumen af borgere forventes det at være muligt løbende at tilpasse kapaciteten og efterspørgslen til hinanden gennem styring af driften tæt på den tværfaglige levering af rehabiliteringsindsatsen, overgangene mellem specialiseret rehabilitering, avanceret genoptræning og almen rehabilitering samt tilgang/afgang fra centret.

Forskning

Der etableres en forskningsfunktion tilknyttet de daglige aktiviteter med et tværsektorielt og praksisnært fokus. Forskningen forventes ikke at blive initieret fra centret, men kan ske i samarbejde med forskningsmiljøer og ph.d.-studerende, fx på Københavns Universitet og DTU samt sygehuse og specialsygehuse, der arbejder med neurologiske patienter og neurorehabilitering.

Der samarbejdes med andre rehabiliteringsinstitutioner/sygehusafdelinger for at styrke videndeling og kompetenceudvikling i personalegruppen, der kan fremme en evidensbaseret praksis.

Faciliteter

- » Nøglepersoner i et fremtidigt center deltager i udarbejdelsen af blandt andet kravspecifikation af bygningen. Der indhentes erfaringer fra rehabiliteringshuset på Rigshospitalet – Glostrup for at sikre høj kvalitet i det nye center.

- » Faciliteterne ventes ikke at skulle benyttes som et § 107-tilbud i stil med Lions Kollegiet, idet denne målgruppe typisk vil have ophold i en længerevarende periode med behov for sundhedsfaglige indsatser i begrænset omfang, som ikke flugter med behovet for fleksibel kapacitet og udnyttelse af de faglige kompetencer.
- » Et modtagekøkken etableres for at sikre levering af kost til borgernes samtlige måltider. Samtidig bør madlavning og tilberedning af måltider integreres i de stuenære fællesarealer, fx træningskøkkener, så borgerne kan træne færdigheder i relation til madlavning som en central del af et hverdagsliv. Borgerne skal ikke levere kost til hverken sig selv eller andre.
- » De bolignære fællesarealer bør udformes og indrettes, så borgerne kan træne fysiske og sociale færdigheder med hverdagsaktiviteter som madlavning/ færdigtilberedning, rengøring, tøjvask, sociale- og fritidslignende aktiviteter, arbejdslivslignende aktiviteter mv. Det har stor indflydelse på den samlede effekt af opholdet og borgerens mulighed for at opnå højest muligt funktionsniveau før overgang til næste rehabiliteringsniveau. På denne måde kan man designe rehabiliteringsforløb, der kan understøtte borgernes hverdagsliv før og efter rehabiliteringsforløbet. Til de bolignære fællesarealer indgår uderummet også som en væsentlig bidragsyder til rehabiliterende indsatser.
- » Anvendelse af nyeste velfærdsteknologi skal være mulig. Det kræver rumstørrelser og -forløb, der har den rette størrelse og sammenhæng af tilstrækkeligt areal til, at personale og borgere kan anvende dem, uden at arbejdsmiljø eller patientsikkerhed kompromitteres. Behovet for depotarealer og opladningsstationer skal være dækket i fordelingen af arealerne.
- » Inde- og udearealerne skal give mulighed for ophold og indsatser, som kan anvendes rehabiliterende. Dette gælder både i arkitekturens formsprog, som skal respektere evidens for hjerneskadedes rumoplevelse og førende anbefalinger for neurorehabiliterende indretning. Rehabiliteringen skal kunne inddrage og aktivere alle sanser med respekt for den enkelte borgers behov og rehabiliteringsniveau. Det kan samtidig have afledte positive gevinster i forhold til kortere og mere effektive rehabiliteringsforløb for borgerne.
- » Faciliteterne kan samtidig tænkes at skulle være af en type, der gør det muligt at tilvejebringe kurser, rådgivning m.m. Dette har flere formål, herunder styrkelse af kompetencer, videndeling og salg af kurser til andre forvaltninger og institutioner. Tilvejebringelsen af disse formål kan eksempelvis ske gennem multihallen, der kan fungerer som kursusrum, når det ikke benyttes til andre rehabiliterende formål.

Kvalitet

Der dokumenteres systematisk indsatser og resultater hos de enkelte borgere samt foretages en systematisk og løbende opfølgning på gruppeniveau efter gængse metoder til kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet (journaldokumentation, audits, interviews og/eller databaseregistreringer). Denne viden om kvaliteten kan anvendes til udpegnings af indsatsområder i supervisionen og kompetenceudviklingen.

Ved brug af eksterne leverandører af afgrænsede specialiserede indsatser, såsom fx træning med særlig velfærdsteknologi og speciallægeydelser, bør der tilsvarende ske en opfølgning på, at der leveres det ønskede, og at kvaliteten er som forventet.

Der sker en overdragelse af viden om de enkelte borgere ved overgange fra specialiseret rehabilitering til avanceret genoptræning/almen rehabiliteringsplads. Det kan understøttes organisatorisk internt i centret og mellem involverede forvaltninger, fx gennem start- og slutmøder i forløbene.

Faglige retningslinjer og evidens indarbejdes i arbejdsgangsbeskrivelser og -standarder samt foretages en løbende opdatering af disse. Det vil være med til at sikre, at nyeste

viden og nationale retningslinjer følges til gavn for borgerne. Det er tiltag, der videre underbygger effektskabelse af den rehabiliterende indsats.

Bemanding

- » Personalenormeringen tilpasses kravene til specialiseret rehabilitering. Det kan blive vanskeligt og relativt dyrt at efterleve Sundhedsstyrelsens krav til mindstestørrelsen af personalegrupper (se senere).
- » Ved ansættelse af personale, der er tiltænkt at levere specialiseret rehabilitering, skal disse have relevant efter- og/eller videreuddannelse, der har givet specialiserede kompetencer inden for neurorehabilitering samt klinisk erfaring fra tidligere ansættelser.
- » Der benyttes en systematisk tilgang til at kortlægge de rette kompetencer, der er behov for, når personalet skal rekrutteres. Én ud af flere måder kan være en proces, hvor først den grundlæggende ambition for levering af specialiseret rehabilitering fastlægges. Dernæst kan ambitionen brydes ned i tre til fire centrale områder (eksempelvis genoptræning, systematisk opfølgning på effekt, brugeroplevet kvalitet mv.). Det tredje skridt i kortlægningen af de nødvendige kompetencer er en kort og præcis beskrivelse inden for hvert af de tre til fire centrale områder – af de faktiske, konkrete kompetencer, der er brug for. Disse tre skridt kan dermed ses som en løbende nedbrydning af kompetenceprofilerne. Beskrivelsen af de nødvendige kompetencer kan herudover benyttes i rekrutteringsøjemed, i forhold til hvilke kompetencer der allerede er dækket, og hvilke der er behov for yderligere at dække. Endelig kan de benyttes til at identificere de områder, hvor der er behov for efter- og videreuddannelse.
- » Neurologer tilknyttes på konsulentbasis, gerne via en aftale med en neurologisk afdeling. Der er umiddelbart behov for i alt cirka ét årsværk, som kan deles mellem flere personer for at styrke robustheden i forbindelse med ferieafvikling og opsigelser.
- » Afhængigt af erfaringerne med målgruppens samlede problemstillinger og behandlingsbehov kan der indgås samarbejdsaftaler med en geriatrisk og psykiatrisk afdeling eller indgås konsulentaftaler med speciallæger, som kan konsulteres og rådgive ad hoc.
- » Der tilknyttes diætister til rådgivning om kostindtagelse hos målgruppen med særlige funktionsnedsættelser (som også omtalt i afsnit 4.2.2 om "bemanding"), der kan fordeles på mindst to personer, således at kompetencerne som udgangspunkt kan være til stede i løbet af hele året. Der er dog næppe brug for mere end et årsværk samlet set.
- » Logopæder vil være en del af den tværfaglige bemanding i mange borgeres rehabiliteringsforløb, og disse fagpersoner forankres i det nye center. Et tæt samarbejde styrkes gennem daglige kontakter mellem ledere og medarbejdere, og denne forankring tilgodeser teamdannelsen omkring fælles mål hos borgeren. Det stadfæster samtidig personalets tilhørsforhold, hvor prioriteringer løbende og dagligt må foretages, og de mange fagligheder skal integreres. Det gør dermed centret uafhængigt direkte af Center for Specialundervisning for Voksne, om end der bør være et samarbejde om faglig udvikling. Alternativt skal en fast gruppe af logopæder møde dagligt i Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret og i praksis fungere som medarbejdere her. Det skal understøttes af et tæt samarbejde mellem lederne af de to organisationers enheder, så de pågældende medarbejdere ikke mødes med unødigt tvetydige vilkår og forventninger.
- » Der indtænkes fremskudte socialrådgivere fra Socialforvaltningen – fx med et ugentligt fremmøde – i et nyt center for at styrke borgernes oplevelse af et sammenhængende forløb og optimere effekten. Socialrådgiverne forventes ikke organisatorisk forankret i centeret, da deres rolle i borgernes rehabiliteringsforløb er

ad hoc-præget. Behovet for afklaringer er almindeligvis størst ved starten af et forløb og henimod planlægningen af afslutningen.

4.3.4 Økonomiske konsekvenser

I dette afsnit præsenteres de økonomiske konsekvenser ved scenariet. Afsnittet er bygget op i flere elementer. Først og fremmest beskrives det indhold og forudsætninger for business casen, som ikke allerede er præsenteret i det ovenstående. For at etablere et økonomisk beslutningsgrundlag for scenariet præsenteres herefter de forventede fremtidige udgifter til specialiseret rehabilitering, såfremt kommunen fortsat køber rehabiliteringen eksternt. Disse udgifter udgør baselinen/udgangspunktet for business casen.

Som tidligere beskrevet er de medtagne udgifter eksklusive udgifter til avanceret niveau og almen rehabilitering. Udgifterne præsenteret i dette afsnit (og afsnit 3.4.4) er dermed kun udgifter, der relaterer sig til specialiseret rehabilitering.

Baselineudgifterne sammenlignes efterfølgende med de forventede fremtidige udgifter i dette scenarie for at vise scenariets samlede økonomiske rentabilitet. Denne sammenligning giver nettoindtægterne i scenariet. Generelt vil der være et økonomisk rationale for hjemtagning, såfremt de forventede udgifter i nærværende scenarie er lavere end baselineudgifterne, og nettoindtægterne dermed er positive.

De forventede fremtidige udgifter er beregnet på baggrund af data, som Implement i løbet af projektet har indsamlet, samt forskellige estimater og antagelser om centrale beregningsforudsætninger. Forudsætninger og antagelser for de forventede udgifter i scenariet beskrives ligeledes i afsnittet sammen med en nedbrydning af de væsentligste udgiftsdrivere.

Beskrivelse af indhold og forudsætninger

De forventede udgifter er brudt ned i flere kategorier, der dækker alle væsentlige poster og ikke overlapper hinanden, og som er mulige at kvantificere. Der er grundlæggende to typer af udgifter, henholdsvis anlægsinvesteringer og driftsudgifter. Da det ikke forventes, at anlægsudgifterne skal kunne dækkes ved en forbedret drift, og udgifterne skal bevilges af Økonomiforvaltningen, indgår anlægsudgifterne ikke som udgangspunkt i fremstillingen af de økonomiske konsekvenser ved scenariet. Driftsudgifterne inkluderet i beregninger omfatter:

- » Investering i velfærdsteknologi
- » Service af bygning, herunder rengøring, mad mv.
- » Vedligehold af bygning
- » Lønudgifter til personale
- » Kompetenceudvikling af personale

Der er behov for investering i velfærdsteknologi for at tilvejebringe en rehabilitering, der fordrer en god rehabilitering for borgerne og støtter disse i det daglige og som en del af at opfylde Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav til specialiseret rehabilitering. Erfaringer fra Norge viser, at det er et relativt uopdyrket område, hvor der er mange forskellige tilgange til benyttelse af velfærdsteknologi. Det betyder også, at det ikke er muligt at beskrive i detaljer, hvilke typer af velfærdsteknologi der kan benyttes i den specialiserede rehabilitering.

Når der vælges specifikke typer af velfærdsteknologi, er erfaringerne fra Norge, at der indkøbes velfærdsteknologi, der kan benyttes af alle i målgruppen uanset socioøkonomisk baggrund. Herudover kan det være givtigt at etablere fora på tværs af

rehabiliteringsinstitutioner, som kan diskutere brugen af typer af velfærdsteknologi og disses rehabiliterende effekter.

Velfærdsteknologi kan i disse rehabiliteringssammenhænge sjældent fungere som en direkte erstatning for personale, men som et supplement til træning. Der er taget kontakt til Hammel Neurocenter med henblik på en uddybelse af deres erfaringer med velfærdsteknologi. De er ikke vendt tilbage på gentagne henvendelser.

Personaleudgifterne er lønudgifter til det personale, der normeres til i et fremtidigt tilbud. Lønudgifterne per årsværk er baseret på de nuværende lønninger hos personalegrupper, der er ansat i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. For visse personalegrupper er der tillagt et kompetencetillæg – dvs. en højere løn fx via funktionstillæg – for at tage højde for, at personalet i et nyt tilbud vil være mere specialiseret og erfarent, end de fleste ansatte er i dag (se **Tabel 6**). Det skyldes, at det forventes, at nogle fagpersoner vil være dyrere at ansætte i et nyt tilbud, idet kravet til kompetenceniveauet og erfaringen vil være større end den gennemsnitlige ansatte i dag.

Personalenormeringerne tager udgangspunkt i normeringen hos Kurhus og er blevet kvalificeret af projektgruppen og Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret samt med norske erfaringer.

Herudover er der udgifter til vedligeholdelse og den daglige drift af faciliteterne, herunder blandt andet rengøring og it-ydelser fra Koncern Service. Der er benyttet de takster, der i dag benyttes på plejecentrene. Ligeledes er udgifter til kompetenceudvikling beregnet på en lignende baggrund, som det gøres i Hjerneskade- og Rehabiliteringscentrets budgetmodel.

De eksakte input præsenteres senere.

Udover disse inputfaktorer består beregningerne også af en række antagelser for at tage højde for blandt andet udvikling i målgruppetørrelse, kompetencetillæg m.m. De er nødvendige for at skabe det mest retvisende billede af en fremtidig situation og giver mulighed for at justere business casen, såfremt forholdene ændres senere. **Tabel 6** fremhæver de væsentligste antagelser og deres forudsætning i beregningerne.

Tabel 6. Generelle forudsætninger for business casen

Forudsætning	Værdi
Årlig målgruppevækst	2 pct.
Årlig prisstigningstakst på køb af pladser	2 pct.
Årlig lønstigningstakst	2 pct.
Ekstra lønudgifter til personale – kompetencetillæg	25 pct.
Vedligeholdelsesomkostninger af velfærdsteknologi	10 pct.
Rekrutteringsandel i 2021	70 pct.

Til grundlag for estimering af disse datapunkter ligger en række interviews, jf. afsnit 2, samt indsamling af kvantitative data fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret og ekspertestimater.

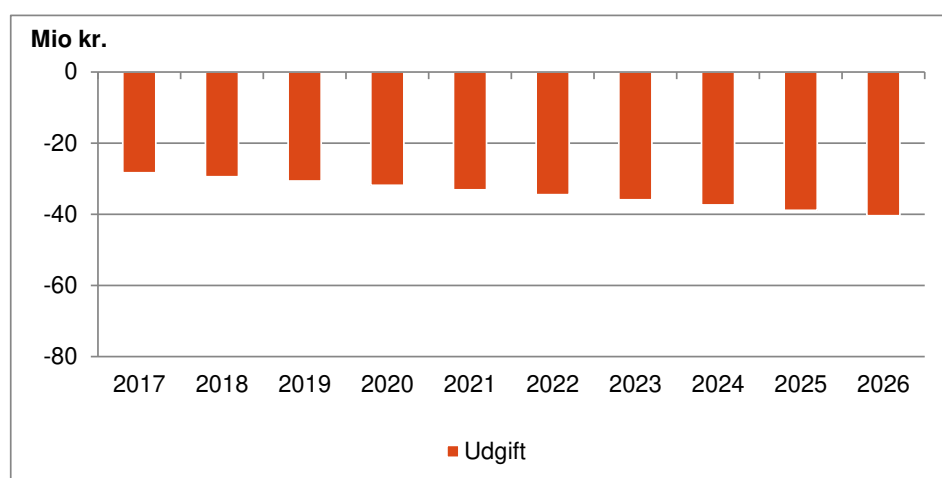
Forventede fremtidige udgifter

Figur 5 viser de fremtidige udgifter til specialiseret rehabilitering under forudsætning af, at Københavns Kommune fortsat køber specialiseret rehabilitering uden for kommunen. Det er altså baselineudgifterne, der udgør sammenligningsgrundlaget i scenariet.

Til grund for beregningerne ligger en række forudsætninger. Herunder en årlig målgruppevækst på 2 pct., almindelige løn- og prisstigninger samt prisniveauet for betalte ophold i 2016. Forudsætningerne spiller naturligvis en rolle i det eksakte beløb. Det anvendte prisgrundlag er udgifterne til specialiseret rehabilitering i 2016. Prisniveauet kan potentielt påvirkes af åbningen af rehabiliteringscenteret i Glostrup, der kan øge udbuddet af pladser til specialiseret rehabilitering.

I 2016 betalte kommunen omkring 28 mio. for 29 døgnophold, 14 ambulante forløb og tre kombinerede forløb for specialiseret rehabilitering. Disse udgifter skønnes at vokse til godt 40 mio. kr. frem mod 2026 grundet en årlig målgruppevækst og stigningstakt i priserne.

Figur 5. Forventede fremtidige udgifter til specialiseret rehabilitering uden hjemtagning

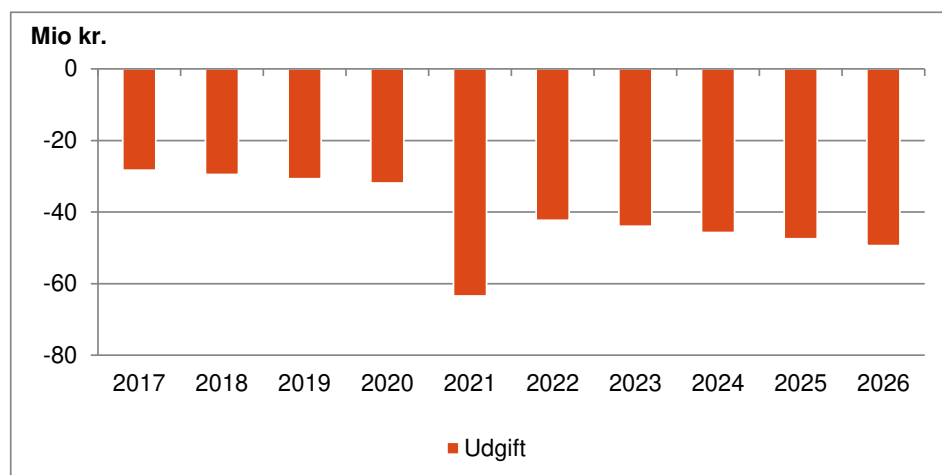


Til sammenligning viser **Figur 6** de forventede fremtidige driftsudgifter, såfremt Københavns Kommune vælger nærværende scenarie. Her vil Københavns Kommune fortsat købe pladser hos eksterne leverandører frem til og med 2021, inden et nyt center er færdigbygget og klar til brug. Udgifterne fordeler sig på de førnævnte kategorier samt udgifter til køb af pladser frem til og med 2021.⁷

Datainput i de væsentliges kategorier præsenteres senere for øget gennemsigtighed og forståelse af business casen.

⁷ Til grund for beregningerne ligger data fra blandt andet Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret, Økonomisekretariatet i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og input fra fagpersoner i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Figur 6. Forventede fremtidige udgifter i scenarie 2



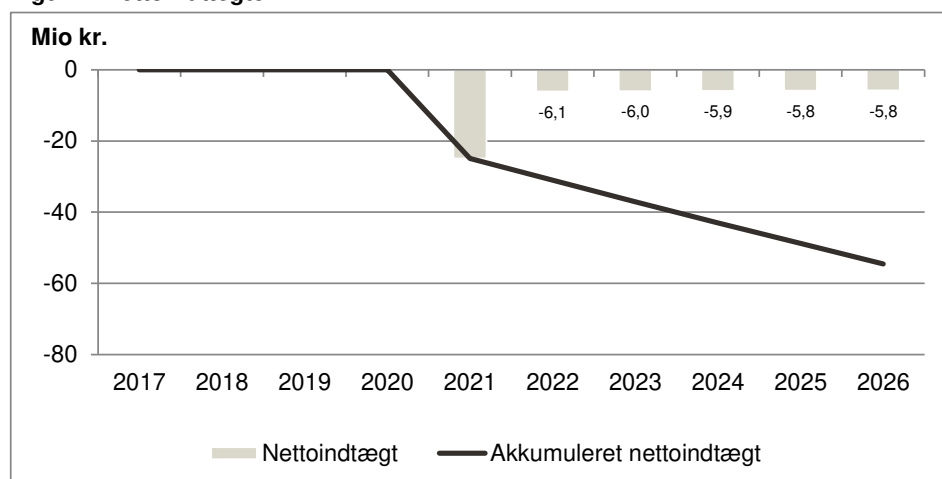
Af figuren ovenfor fremgår det blandt andet, at der er betragtelige udgifter i år 2021, der afviger fra de andre år. Det skyldes, at der her ikke er hjemtaget borgere, men er begyndt at rekruttere personale med henblik på blandt andet design af faciliteter og kompetenceudvikling. Det er dermed forudsætningen om, at der i 2021 indledes rekruttering af en del af personalet, der driver udgifter i dette år. Rekrutteringsandelen har dog ikke betydning for driftsøkonomien i de efterfølgende år. Herudover ligger der også en engangsudgift til indkøb af velfærdsteknologi i 2021. Figuren implicerer herudover en døgntakst på omkring 7.500 kr., hvilket er lidt mere end den døgntakst, der i gennemsnit er blevet betalt i 2016 til borgere på døgnophold.⁸

Figur 7 er en sammenligning mellem nærværende scenarie og baselinen. Forskellen mellem de to situationer betegnes nettoindtægten og er det relevante mål for scenariets økonomiske rentabilitet. En positiv nettoindtægt betyder, at udgifterne i nærværende scenarie er mindre end udgifterne ved en fortsættelse af nuværende praksis, og scenariet dermed er økonomisk rentabelt. Nettoindtægterne fra 2017 til 2020 er 0, da kommunen i nærværende scenarie vil være nødt til at købe specialiseret rehabilitering eksternt. Dermed adskiller scenariet sig ikke i disse fire år fra baselineudgifterne, da anlægsudgifterne til døgnpladser til avanceret niveau og specialiseret rehabilitering er taget ud af disse beregninger.

Som det ses, er nettoindtægterne fra 2022 og frem negative, hvilket viser, at nærværende scenarie som udgangspunkt ikke er rentabelt, selv hvis der ikke indregnes engangsinvesteringer i eksempelvis velfærdsteknologi.

Nettoindtægter ændres over tid, idet der arbejdes med en diskonteringsrente på 5 pct. for at tage højde for blandt andet generelle løn- og prisudviklinger.

⁸ I denne beregning forudsættes en forløbslængde på 3½ måneder. Det varierer på tværs af forløb og borgere.

Figur 7. Nettoindtægter**Fordeling og nedbrydning af forventede udgifter**

For at give en forståelse af, hvad der driver udgifterne, præsenteres **Tabel 7**, der viser nedbrydningen af de forventede udgifter i årene 2020-2023. Det ses, ikke overraskende, at personalet driver den klart største del af udgifterne fra 2022 og frem. Specialiseret rehabilitering er en personalekrævende opgave, hvorfor det er her, næsten alle udgifter findes.

Udgifterne til velfærdsteknologi er anslået på baggrund af input fra Hans Johansen, neuropsykolog på Kysthospitalet i Norge. I beregningerne er der desuden inkluderet 10 pct. årlige vedligeholdelsesudgifter af velfærdsteknologi ud fra den samlede investeringssum.

Tabel 7. Nedbrydning af årlige forventede udgifter (mio. kr.) i scenarie 2

Kategori	2020	2021	2022	2023
Køb af pladser	31,9	33,2	0,0	0,0
Velfærdsteknologi	0,0	2,9	0,3	0,3
Vedligehold	0,0	0,0	1,9	1,9
Personale	0,0	27,4	39,9	41,5
Kompetenceudvikling	0,0	0,0	0,2	0,2
Samlet	31,9	63,5	42,3	44,0

Tabel 8 viser bemandingsforudsætningerne samt løn per årsværk, der ligger til grund for beregningerne. Normeringerne dækker udelukkende de 18 døgnpladser til specialiseret rehabilitering. En stor del af lønudgifterne drives af personalegrupper, der har borgerkontakt, og som er en del af den rehabiliterende indsats. Omkring 10 pct. af lønudgifterne benyttes til ledelse og administration. Såfremt der ønskes et rentabelt tilbud, vil det altså primært kræve, at kvalitetsniveauet sænkes. Det kan være vanskeligt at reducere visse personalegrupper, når Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav samtidig skal indfries, hvilket betyder, at personalenormeringerne er nødvendige minimumsnormeringer.

Tabel 8. Personalnormering i scenarie 2

Personalkategori	Antal ÅV	Årsløn per ÅV	Samlede lønudgifter
Administration	1,00	380.952	380.952
Afdelingsleder	2,00	590.668	1.181.336
Neuropædagog	1,62	591.630	958.441
Neuropsykologer	3,24	706.250	2.288.250
Pædagogiske assistenter	2,00	529.100	1.058.200
Logopæd/speciallærer	2,00	601.250	1.202.500
Lægeseekretærer	1,00	476.190	476.190
Klinisk vejleder	1,50	610.870	916.305
Speciallægelig konsulent	1,00	1.161.800	1.161.800
Tværfaglig udviklingskonsulent	1,00	808.080	808.080
Sygeplejersker	8,64	536.470	4.635.104
Ergoterapeut	10,25	514.084	5.268.489
Fysioterapeut	10,64	575.283	6.123.612
Social-/sundhedsassistenter	10,80	526.160	5.682.525
Diætist	1,00	598.845	598.845
Samlet	57,69	567.499	32.740.628

Note: Centerleder er medtænkt i scenariet, men driver ikke udgifter her, idet der allerede er afsat ressourcer i det nuværende budget. Ligeledes indgår der socialrådgivere, men udgifterne ventes afholdt af Socialforvaltningen. Lønbudgettet til logopæder kan eventuelt følge medarbejderne fra Center for Specialundervisning af Voksne, hvis de flyttes til centret – alternativt afholdes lønudgiften derfra.

Samlet set er der altså ikke et økonomisk rationale i dette scenarie, og personalet er den største udgiftsdriver. Det skal ses i sammenhæng med den faglige ambition beskrevet i afsnit 3.1. Såfremt kommunen vil leve op til den, kræver det en vis personalnormering.

Følsomhed af centrale antagelser

Med udgangspunkt i forudsætninger, som angivet ovenfor i **Tabel 6**, præsenteres her konsekvensen af en ændring i forskellige centrale inputfaktorer.

Som tidligere beskrevet bygger ovenstående på en årlig målgruppevækst på 2 pct. som det bedste bud ud fra en generel betragtning om en stigning i befolkningen i Københavns Kommune samt en bedre indsats i fase 1 og 2, hvilket vil betyde flere borgere, der vil være i målgruppe for specialiseret rehabilitering. Selvom en målgruppevækst på 2 pct. per år er det bedste bud, er der usikkerhed om denne antagelse.

Hvis den årlige målgruppevækst i stedet antages til at være 1 pct., vil nettoindtægterne være -3,4 mio. kr. fremfor en nettoindtægt på -6,1 mio. kr. i 2022 med en årlig målgruppevækst på 2 pct. Det betyder dermed, at scenariet, om end stadig ikke driftsøkonomisk rentabelt, har færre udgifter forbundet med sig. Det skyldes, at antallet af borgere vil være lavere, hvorfor personalnormeringerne ligeledes bliver lavere, hvilket betyder færre udgifter.

På samme måde vil nettoindtægterne i 2022 være -10,6 mio. kr., hvis målgruppevæksten i stedet er 3 pct. Det drives blandt andet af et behov for en større personalegruppe. Som vist i **Tabel 7** er personalet netop en hoveddriver af udgifter.

Ændringer i målgruppestørrelsen har dermed relativt stor betydning for størrelsen af de driftsøkonomiske udgifter og dermed også den samlede rentabilitet i scenariet.

Antagelsen om en målgruppevækst på 2 pct. per år er der altså usikkerhed om, og det kan ikke afvises, at den faktiske målgruppevækst de kommende år vil adskille sig fra 2 pct. per år. Udover usikkerheden vedrørende antagelsen har det også en relativt stor betydning for den samlede driftsøkonomiske rentabilitet i scenariet.

Det skal dog samtidig bemærkes, at en stigning i målgruppens størrelse også vil have positive gevinster, idet styringen af kapaciteten vil lettes, da en større målgruppe også typisk vil betyde, at flowet vil være mere jævnt. Herudover vil personalet opleve flere forskelligartede problemstillinger, hvilket vil sætte dem i stand til at håndtere disse bedre fremadrettet. Det kan øge effekten af den leverede rehabilitering til gavn for både borgerne og økonomien gennem en lavere opholdstid.

4.3.5 Opsamling på muligheder og begrænsninger

Den særlige mulighed, scenarie 2 giver, er, at Københavns Kommune vil kunne tilbyde borgerne specialiseret rehabilitering i nærmiljøet og i tæt samarbejde med relevante forvaltninger.

Den begrænsede kapacitet, som er forbeholdt kommunens egne borgere, er på én og samme tid en fordel og en væsentlig begrænsning. Fordelen fremfor scenarie 3 er uafhængigheden af andre kommuner, der ellers ville øge den organisatoriske og administrative kompleksitet og derved gøre centret mindre styrbar. Samtidig vil omkostningerne per borger formentlig blive højere end ved fortsat køb af eksterne rehabiliteringspladser. Omkostningerne vil kunne reduceres, hvis den faglige ambition ikke er at have et førende tilbud (se nedenstående afsnit). Det kan dog være vanskeligt at argumentere for en synligt lavere kvalitet, hvis Rigshospitalet – Glostrups kommende neurorehabiliteringscenter – i den umiddelbare geografiske nærhed retter sig til en delvist overlappende målgruppe og med en højere kvalitet.

Det er vanskeligt at vurdere konsekvenserne for de øvrige rehabiliteringscentre som fx Kurhus og Vejlefjord uden nærmere viden om deres aktuelle over-/underkapacitet og kompensationsmuligheder, når et samlet antal borgere i rehabiliteringsforløbene vil skulle fordeles på flere institutioner.

Økonomisk konsekvens af ændring af faglig ambition

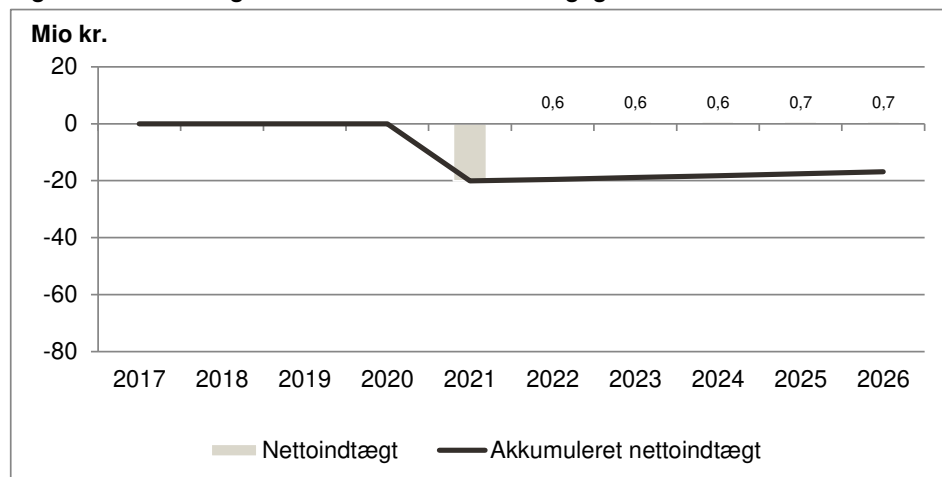
En anden faglig ambition kan afspejles i en ændring i personalenormering og kompetencetillæg.

En ændring i normeringen kan formentlig lade sig gøre ved at reducere antallet af sygeplejepersonale, der har en mindre rehabiliterende funktion end terapeuterne, og således stadig skabe en effekt for borgerne og imødekomme Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav. Konkret bygger beregningerne til forskel for det foregående på tre færre social- og sundhedsassistenter og én mindre sygeplejerske.

Som tidligere beskrevet er der forudsat et kompetencetillæg på 25 pct. for at imødekomme et personale, der har flere kompetencer og kvalifikationer, end hvad der på nuværende tidspunkt gennemsnitligt er ansat i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Det repræsenterer altså de enkeltes faglige niveau, kompetencer, erfaring m.m. I dette scenarie ændres denne til 10 pct. for alle faggrupper (med undtagelse af ledelse og speciallægelige konsulenter, hvor der ikke er inkluderet et særligt kompetencetillæg). Det vil altså sige, at Københavns Kommune med et mindre fagligt ambitionsniveau vælger et personalegrundlag, der har lidt mere begrænsede kompetencer til levering af specialiseret rehabilitering.

Konsekvensen af disse ændringer ses i **Figur 8**. Det ses, at med disse forudsætninger kan der være driftsøkonomisk rentabilitet i tilbuddet. Dog vil der stadig være et relativt stort investeringsbehov i 2021 i personale og velfærdsteknologi.

Figur 8. Nettoindtægter i scenarie 2 ved lavere faglig ambition



Det bemærkes, at det – særligt med en ændring i kompetencetillægget – kan få den konsekvens, at der opnås en mindre effekt af den specialiserede rehabilitering, hvilket kan have negative afledte effekter senere i borgernes rehabiliteringsforløb.

4.4 Scenarie 3. Fuld hjemtagning med salg af pladser

Eftersom scenarie 3 bygger ovenpå scenarie 1 og 2, vil det følgende supplere beskrivelserne og analyserne af de to foregående scenarier, jf. afsnit 4.2 og 4.3.

I dette afsnit beskrives a) scenariets rationale og specifikke elementer, b) yderligere handlinger til realisering, c) økonomiske konsekvenser og d) opsamling på muligheder og begrænsninger.

4.4.1 Beskrivelse af scenariet

Rationale

Københavns Kommune etablerer kapacitet til at tilbyde døgn- og ambulante rehabilitering, hvor behovet forventes at være gennemsnitligt 29 pladser. Ligesom det skønnede kapacitetsbehov i scenarie 2 er der her taget højde for antallet af døgnophold og ambulante forløb i de foregående år, en formodet let stigende efterspørgsel de kommende år, periodevise udsving i tilgangen af borgere, og ledig kapacitet kan udnyttes til udslusningspladser og andre kommuner.

Den større kapacitet skal muliggøre stordriftsfordele med hensyn til kvalitet og økonomi samt give institutionen robusthed.

Specifikke elementer for scenarie 3

Ved oprettelse af 29 pladser til egne borgere og salg af pladser til andre kommuners borgere organiseres disse i tre afdelinger på henholdsvis 9 og 10 pladser. 29 pladser svarer til at rehabiliterer omkring 90 borgere årligt. Pladserne kan benyttes fleksibelt til egne borgere og til salg.

Ved salg af rehabiliteringspladser indgås aftaler med andre kommuner senest i 2021. Generelt har kommunerne ikke egentlige faste aftaler med leverandører af specialiseret rehabilitering, da flowet af borgere, der får specialiseret rehabilitering, er meget

svingende. Køb af pladser foregår dermed primært ad hoc. Det kan dermed blive vanskeligt for Københavns Kommune at sikre sig et stabilt flow af borgere fra andre kommuner. Sikring af et stabilt flow af borgere er altså en risiko for Københavns Kommune, hvis der sælges pladser til andre kommuner.

En kommune kan efter sundhedslovens § 140, stk. 3, tilvejebringe tilbud om genoptræning ved at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommunalbestyrelser, regionsråd eller private institutioner. Dermed vurderes det, at Københavns Kommune kan sælge døgnpladser til andre kommuner uden en lovgivningsmæssig hindring.

4.4.2 Efterspørgsel fra omkringliggende kommuner

Implement har kontaktet en række omkringliggende kommuner med henblik på at belyse, hvilke parametre der er vigtige for kommunerne, når de vælger leverandør af specialiseret rehabilitering. Det er gjort for at udsøge kommunernes umiddelbare interesse i et eventuelt kommende rehabiliteringstilbud i Københavns Kommune samt afdække de mest kritiske parametre, som et tilbud i Københavns Kommune vil skulle leve op til. For at scenariet kan lykkes, er det en forudsætning, at andre kommuner er interesserede i at benytte Københavns Kommune som leverandør af specialiseret rehabilitering.

Implement har forespurgt hos følgende kommuner: Furesø, Fredensborg, Brøndby, Helsingør, Tårnby, Dragør, Hillerød, Ishøj, Gentofte, Frederiksberg og Vallensbæk.⁹

Der tegner sig et umiddelbart billede af, at flere af kommunerne allerede i årets første måneder har haft flere genoptræningsplaner til specialiseret rehabilitering end i 2016. Eksempelvis havde Hillerød i 2016 blot én genoptræningsplan til specialiseret rehabilitering, men har i årets første måneder allerede modtaget fire.

Der er en umiddelbar interesse fra andre kommuner om at købe specialiseret rehabilitering i København, hvis det etablerede tilbud kan levere en rehabiliteringsindsats af tilstrækkeligt højt niveau og til en konkurrencedygtig pris (på samme prisniveau som i markedet). Herudover er tiltrækningsværdien for kommunerne, at tilbuddet vil ligge tættere på borgernes eget hjem, hvilket kan være med til at understøtte et stærkt samarbejde mellem kommunerne.

Der lader til at være forsyningsudfordringer for kommunerne, hvilket giver en indikation af, at der ikke nødvendigvis er tilstrækkelig kapacitet til specialiseret rehabilitering på Sjælland. Flere kommuner har oplevet at måtte vente i flere uger på at kunne sende deres borgere i forløb med specialiseret rehabilitering.

Der er flere væsentlige parametre for omkringliggende kommuner i forhold til deres valg af leverandør til specialiseret rehabilitering. Kvalitet i den leverede indsats er vigtigt, selv hvis det samtidig betyder, at forløbet bliver dyrere. Det skyldes, at et høj kvalitetsforløb kan skabe effekt for borgerne og dermed gøre de efterfølgende indsatser billigere. For nogle kommuner er prisen dog et centralt parameter. Der er en umiddelbar positiv sammenhæng mellem antallet af forløb til specialiseret rehabilitering og kommuneres vægt på pris i tilbuddene.

Velfærdsteknologi angives ikke at være et centralt parameter. Kommunerne forventer meget træning og tid med terapeuter og andre sundhedsfaglige personalegrupper. Der forventes eksempelvis, at der er logopæder, neuropsykologer og specialiserede

⁹ Høje-Taastrup Kommune har ikke besvaret henvendelsen.

ergoterapeuter tilknyttet en rehabiliteringsinstitution, der leverer specialiseret rehabilitering. Det er derfor særligt nødvendigt, at Københavns Kommune tilknytter disse kompetencer til bemanningen af et nyt tilbud.

En løbende dialog og samarbejde om borgeren og dennes behov ses som en del af et attraktivt tilbud, sådan at indsatsen til borgeren kan ændres undervejs, såfremt der er ændringer i borgernes funktionsevne mv.

Kommunernes tidligere erfaringer med kvaliteten og samarbejdet med rehabiliteringsinstitutioner har en stor betydning for kommunernes valg af institution. Hvis de har gode erfaringer, er de mere tilbøjelige til at benytte samme leverandør. Udover historiske erfaringer spiller anbefalingerne fra hospitalerne vedrørende borgernes behov også en stor rolle. Hvis der eksempelvis er brug for særlige speciallægelige kompetencer, står Kurhus stærkt.

Nogle kommuner har overvejelser om selv at levere dele af en specialiseret rehabiliterende indsats i ambulante forløb. I praksis vil disse kommuner levere blandt andet træning, men hente eksempelvis specialiserede terapeuter samt neuropsykologiske og logopædiske kompetencer ind fra eksterne leverandører.¹⁰

4.4.3 Handlinger til realisering af scenariet

Der kan peges på følgende handlinger, der særligt vedrører scenarie 3, inden for forskellige temaer.

Organisation

Organisationen skal dimensioneres efter en større volumen af borgere – primært med mere plejepersonale og terapeuter, afdelingsledere og kliniske vejledere. Se desuden bemanning nedenfor. En større dimensionering har ikke betydning for den faktiske organisering, ledelsesstruktur eller teamorganisering omkring levering af rehabilitering til borgerne.

Ved behandling af andre kommuners borgere kræves en organisation, der kan understøtte et tæt samarbejde med forvaltningerne i de købende bopælskommuner for at stille Københavns Kommune i en fordelagtig konkurrencesituation. Det kan betyde en organisation, der kan levere specialiseret rehabilitering på det forventede niveau og til en konkurrencedygtig pris. Borgernes forløb bør være det centrale omdrejningspunkt i samarbejdet. Centrale elementer er en forventningsafstemning af leverede indsatser før og under forløbet samt en smidig overlevering ved afslutning af forløbene.

Kompetenceudvikling

Prioritering af kompetenceudvikling er i højere grad nødvendig, når Københavns Kommune er i en konkurrencesituation om borgerne, og hvis der forventes et tilbud, der matcher Vejle fjord, Kurhus og eventuelt det kommende neurorehabiliteringscenter i Glostrup. Det relativt store volumen i København, jf. scenarie 3, og den gensidige afhængighed med andre kommuner øger muligheden for kompetenceudvikling gennem undervisning, supervision, studiebesøg og udvekslingsophold samt udviklings- og forskningssamarbejder. Dette kan yderligere bedre mulighederne for at rekruttere og fastholde kompetent personale.

¹⁰ Det er ikke undersøgt nærmere, hvordan de specifikke konstruktioner tænkes. Implement vurderer dog, at der enten er en høj risiko for, at Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav ikke indfries ved en sådan fremgangsmåde, eller at den alternativt ikke vil være rentabel på grund af en høj basisnormering.

En højere personalenormering kan være positiv for kompetenceudvikling, idet der, alt andet lige, vil være mere erfarent personale og flere borgere med forskelligartede problemstillinger, der kan give hurtigere læring.

Faciliteter

En ekstra facilitet, der kan overvejes specifikt i dette scenarie, er et gæsteværelse med overnatningsmulighed til pårørende, der kommer langvejs fra.

Et varmtvandsbassin angives ikke at være et centralt parameter for omkringliggende kommuner i forhold til køb af specialiseret rehabilitering. Det er i høj grad "nice to have" for kommunerne, men vil næppe afgøre kommunernes valg af leverandør.

Kvalitet

Gennemsnitlighed af ydelser i forhold til købende kommuner; etableringen af systemer og faste processer for afrapportering af forløb og effekt til kommunerne.

Bemanding

Personalenormeringen, der følger af specialiseret rehabilitering, kan ses i nedenstående tabel (se også bemærkninger til scenarie 2).

Nogle personalegrupper følger en normering per døgnplads, hvilket betyder en opskalering 1:1 af personalegruppen. Antallet af andre, typisk administrative medarbejdere, påvirkes af blandt andet ekstra administration i forbindelse med kontakt til kommuner, der køber pladser. Der er derfor regnet med en højere normering af administrativt personale i nærværende scenarie. Det er med til at dække blandt andet, at denne personalegruppe skal håndtere kontakt til kommuner, der køber pladser, herunder blandt andet fakturaer, statusskrivelser og profilering.

Hvis Københavns Kommune har et ambitionsniveau, der er lavere end at etablere et fagligt førende tilbud i Danmark, men dog er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav og ikke giver væsentlige effekttab for borgerne, kan lønudgifterne formentlig reduceres, og der kan afsættes mindre tid til modtagelse af studiebesøg og intern/ekstern undervisning. Det betyder, at antallet af terapeuter kan reduceres i størrelsesordenen to stillinger. Herudover kan antallet af social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker ligeledes reduceres i lighed med scenarie 2.

Med dette volumen af borgere og i betragtning af målgruppens heterogene karakter vil der formentlig være et samlet omfang af geriatriske og psykiatriske problematikker, hvorfor der bør være adgang til relevante kompetencer, som kan optimere behandlingen og dermed rehabiliteringsforløbene. Der kan, som i scenarie 2, indgås samarbejdsaftaler med en geriatrisk og psykiatrisk afdeling eller indgås konsultantaftaler med speciallæger, som kan konsulteres og rådgive ad hoc.

En mindre del af personalets tid forventes at skulle bruges til koordinering, dialog og samarbejde med kommuner, der køber pladser hos Københavns Kommune.

Table 9. Samlet personalenormering i scenarie 3

Personalkategori	Antal ÅV
Administration	1,2
Afdelingsleder	3,0
Neuropædagog	2,6
Neuropsykologer	5,2
Pædagogiske assistenter	3,2
Logopæd/speciallærer	3,2
Lægeseekretærer	1,0
Klinisk vejleder	1,5
Speciallægelig konsulent	1,5
Tværfaglig udviklingskonsulent	1,0
Sygeplejersker	12,2
Ergoterapeut	14,4
Fysioterapeut	14,8
Social-/sundhedsassistenter	17,4
Diætist	1,0
Samlet	83,3

Note: Centerleder er indtænkt i scenariet, men driver ikke udgifter her, idet der allerede er afsat ressourcer i det nuværende budget. Ligeledes er socialrådgivere indtænkt, men ikke udgiftsdrivende.

Eventuelt kan diætisten tilknyttes på konsulentbasis i stedet for fast ansættelse, som kan rådgive generelt om kosten og specifikt i forhold til konkrete borgere samt undervise personalet. På samme måde som foregående scenarie er det vigtigt at have dækning i ferier mv., hvorfor to diætister på deltid er mere robust og vil næppe få en økonomisk betydning.

4.4.4 Økonomiske konsekvenser

Som tidligere beskrevet er forudsætningerne og de generelle antagelser i dette scenarie identiske med det foregående (se afsnit 3.3).

Anlægsøkonomien i dette scenarie er imidlertid anderledes end scenarie 2, idet der bygges 29 døgnpladser til specialiseret rehabilitering udover de 30 til avanceret genoptræning. Når der etableres de ekstra pladser, er det en forudsætning, at matriklen kan understøtte de ekstra kvadratmetre, der er nødvendige.

Forventede fremtidige udgifter

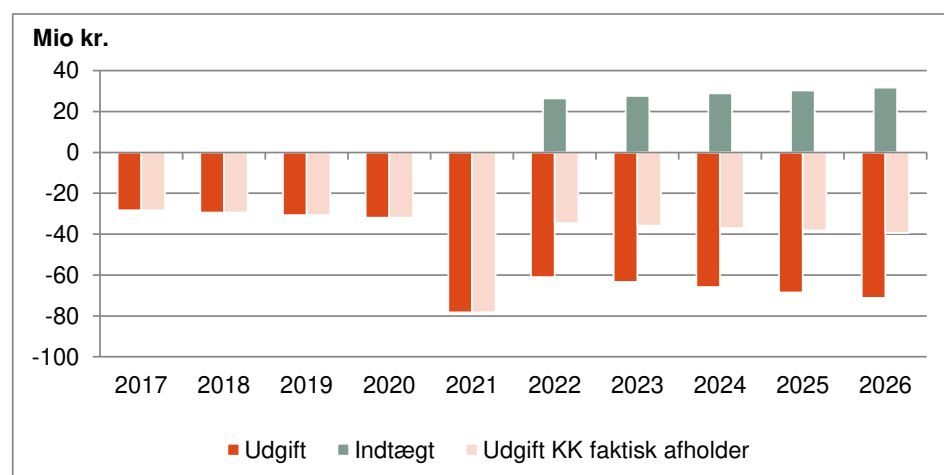
Nedenstående figur viser, hvordan udgifter udvikles, hvis der etableres et nyt center til specialiseret rehabilitering, hvor Københavns Kommune samtidig sælger pladser til andre kommuner. Det forudsættes, at Københavns Kommunes aftale om salg af pladser til andre kommuner bliver således, at kommunens egne borgere har fortrinsret til tilbuddet, så det ikke risikeres, at der skal købes pladser eksternt hertil.

Udover en række udgifter i lighed med foregående scenarie vil der i nærværende scenarie ligeledes være indtægter i form af salg af pladser til andre kommuner. De er beregnet ud fra en takst, der er de samlede årlige driftsudgifter i forhold til det samlede

antal borgere, der benytter centeret årligt. **Figur 9** viser, hvordan de forventede fremtidige udgifter og indtægter ser ud over tid i nærværende scenarie. I forhold til udviklingen i foregående scenarie bemærkes her to centrale forhold: 1) De løbende driftsudgifter er større, idet der er behov for mere personale til at levere rehabilitering til en større borgervolumen, og 2) de løbende indtægter, når centeret er i drift, fra andre kommuner.

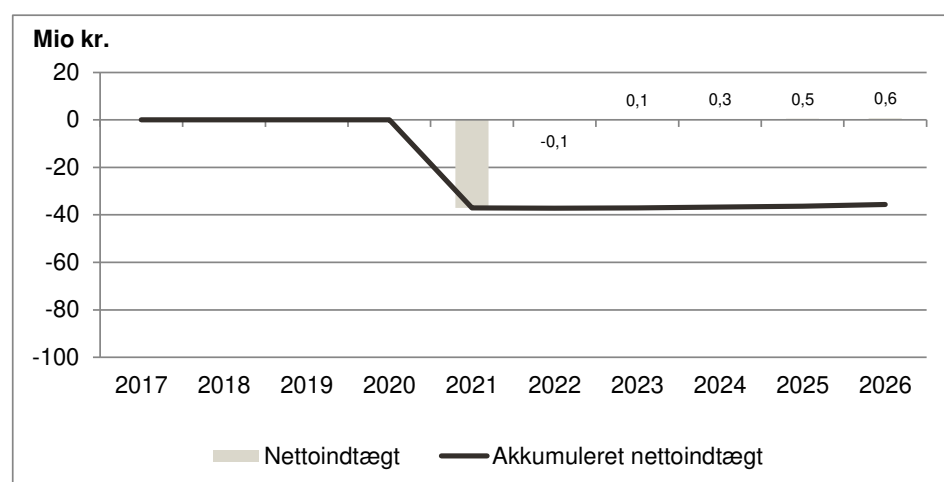
De højere udgifter i 2022 skal altså ses i sammenhæng med, at kommunen får en del af udgifterne dækket af andre kommuner. Den faktiske udgift, som Københavns Kommune afholder til rehabilitering af egne borgere, er altså mindre fra 2022 og frem.

Figur 9. Forventede fremtidige udgifter til specialiseret rehabilitering med hjemtagning med salg af pladser



Figur 10 viser nettoindtægterne i dette scenarie. I figuren er indregnet både indtægterne gennem salg af pladser og udgifterne, hvis Københavns Kommune ikke hjemtager. Indtægterne er beregnet på baggrund af en dagstakst på omkring 9.000 kr. Der er en svag økonomisk rentabilitet i dette scenarie i modsætning til foregående under en fastholdelse af den høje faglige ambition. En af forudsætningerne for beregningerne er, at kommunen kan tiltrække borgere fra andre kommuner, således at kapaciteten udnyttes fuldkomment. Det vil givetvis være vanskeligere, såfremt den faglige ambition ændres.

Figur 10. Nettoindtægter i scenarie 3



Da dette scenarie indebærer et større anlæg end det foregående, præsenteres her kort et overblik over anlægsudgifterne i dette scenarie. Forudsætningerne er som tidligere beskrevet. Den primære forskel er, at der etableres 29 døgnpladser i stedet for 18. Dette byggeri vil betyde, at udgifterne per døgnplads vil være omkring 3,3 mio. kr. svarende til en kvadratmeterpris for hele anlægget på knap 34.000 kr.

Tabel 10. Anlægsudgifter ved etablering af 59 pladser

(Mio. kr.)	2017	2018	2019	2020	2021	Samlet
Opstartsomkostninger	10,6	0,0	0,0	0,0	0,0	10,6
Anlægsudgifter	0,0	41,3	41,3	41,3	41,3	165,3
Inventar m.m.	0,0	0,0	0,0	0,0	21,1	21,1
Samlet	10,6	41,3	41,3	41,3	62,4	197,0

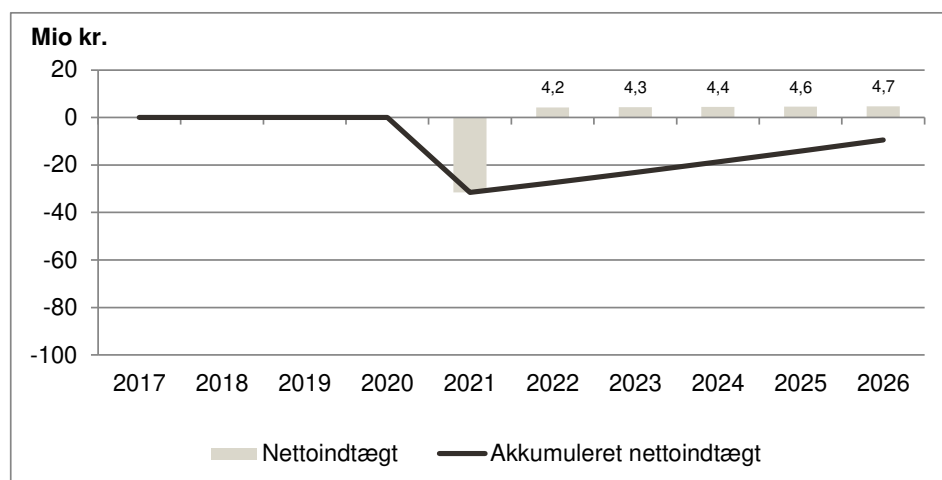
Økonomiske konsekvenser ved lavere ambitionsniveau

I lighed med scenarie 2 kan Københavns Kommune også i dette scenarie vælge en lavere personalenormering med den risiko for effekten, det indebærer, som beskrevet tidligere.

Med en lavere personalenormering og et lavere kompetencetillæg forbedres driftsøkonomien betragteligt. Det vurderes dog at være lige på kanten til, om Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav kan indfries, og samtidig er der også en risiko for, at rehabiliteringseffekten for borgerne bliver mindre.

Lykkes det imidlertid i praksis at indfri forudsætningerne, vil dette scenarie med en lavere ambition være økonomisk rentabelt, som det ses af **Figur 11**. Figuren viser forskellen i udgifter mellem nærværende scenarie og en fortsættelse af nuværende praksis, hvor der købes pladser eksternt. Da nettoindtægterne er positive, er scenariet driftsmæssigt rentabelt.

Figur 11. Nettoindtægt i scenarie 3 ved lavere faglig ambition



Det kan eventuelt undersøges nærmere, om det vil være realistisk og hensigtsmæssigt at søge et offentligt-privat partnerskab, hvor den private partner varetager driften af bygninger og faciliteter, og Københavns Kommune leverer rehabiliteringstilbuddet.

4.4.5 Opsamling på muligheder og begrænsninger

Den særlige mulighed, scenarie 3 giver for hjemtagning af specialiseret rehabilitering, er, at Københavns Kommune vil kunne tilbyde borgerne specialiseret rehabilitering i nærmiljøet og i tæt samarbejde med relevante forvaltninger kombineret med et større samlet volumen, der kan understøtte højere kvalitet og bedre driftsøkonomi i tilbuddet.

Tilkendegivelserne fra de omkringliggende kommuner viser en positiv interesse, såfremt pris og kvalitet bliver konkurrencedygtig, der af flere sammenholdes med Kurhus. Samtidig tilkendes det, at der indimellem forekommer at være en utilstrækkelig kapacitet med ventetider på uger og måneder som følge. Ligeledes er der udtrykt en interesse for, at Københavns Kommune kan levere særlige ydelser i borgernes nærmiljø. En sådan ydelse kan finansieres på aktivitetsbasis.

Hvis målgruppen for det kommende neurorehabiliteringscenter på Rigshospitalet – Glostrup, som p.t. er på et tidligt planlægningsstadium, viser sig at blive (delvist) overlappende med målgruppen for dette scenarie, vil det potentielt kunne begrænse borgergrundlaget. Og på grund af den tætte geografiske afstand mellem Glostrup og København kan grundlaget reduceres for det ene af de to tilbud.

Den gensidige afhængighed mellem Københavns Kommune og de andre bopælskommuner vil medføre en større organisatorisk kompleksitet, der medfører en større ledelsesmæssig og administrativ opgave, ligesom personalets arbejdsgange og viden skal tilpasses denne situation. Den øgede kapacitet giver stordriftsfordele, men for at udnytte den skal den daglige driftsledelse give ekstra opmærksomhed til udnyttelse af personaleressourcer og tættere planlægning af borgerforløbene.

På det foreliggende grundlag vurderes det rentabelt for Københavns Kommune at realisere scenarie 3 – fraset anlægsudgifterne, der kræver særlig bevilling – ud fra en konservativ betragtning. Det gælder også ved et højt fagligt ambitionsniveau, som i modsætning til et lavere ambitionsniveau formodes at være attraktivt for andre kommuner.

Det er sandsynligt, at konsekvenserne for de øvrige rehabiliteringscentre, såsom Kurhus og Vejlefjord (og eventuelt Rigshospitalet – Glostrups kommende neurorehabiliteringscenter afhængigt af deres endelige målgruppe), vil være signifikante, når et relativt lille antal borgere i rehabiliteringsforløbene vil skulle fordeles på flere institutioner – hvis ikke der i dag er en tilsvarende underkapacitet. Hvilket tilbud, det vil være mest truende for, afhænger formentlig primært af, hvilke tilbud der får etableret den største sikkerhed for jævn tilgang af borgere.

5.

5. Konklusion og anbefaling

Sammenfattende svar på spørgsmålene stillet i analysen.

På det foreliggende grundlag vurderer Implement:

- » At det er muligt for Københavns Kommune at hjemtage specialiseret rehabilitering i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav, og scenarie 2 og 3 giver forslag til, hvorledes det kan ske.
- » At der er centrale forudsætninger, der, på baggrund af nærværende analyse, skal testes yderligere, som samtidig vil være skridt på vejen til at realisere et af hjemtagningsscenarierne, såfremt de falder positivt ud. Det gælder tilslutningen til den strategiske ambition, anlægsbevillingen, lokalplanændringer og anlægsprojektets konceptualisering samt betydningen af det kommende neurorehabiliteringscenter på Rigshospitalet – Glostrup.
- » At det er usikkert, om det kvalitetsmæssigt og driftsøkonomisk vil være fordelagtigt for Københavns Kommune at hjemtage specialiseret rehabilitering, og der skal således være en betydelig strategisk satsning og risikovillighed bag.

Således bør hjemtagning efter Implements opfattelse primært være udtryk for et strategisk valg, som set i en større sammenhæng kan understøtte andre mål udover de driftsøkonomiske. Det kan fx være placeringen af Københavns Kommune i en særlig position politisk og sundhedsfagligt, der kan åbne op for andre muligheder og vise vej for den generelle kommunale udvikling. Imidlertid er der en del usikkerhed og risici forbundet med – som den første kommune i landet – at vælge denne vej med varetagelse af en så specialiseret funktion. Alternativt kan det vælges for de kommende år at realisere scenarie 1 og optimere den nuværende situation med fortsat køb af rehabiliteringsforløb hos eksterne leverandører. Med et større erfaringsgrundlag om et par år kan Københavns Kommune eventuelt vurdere, om det vil være gunstigere end aktuelt at realisere 2 og 3. En realisering af scenarie 1 i mellemtiden vil samtidig forberede organisationen bedre hertil. Det samme gør sig i øvrigt gældende, hvis Københavns Kommune fastsætter og øger kvalitets- og serviceniveauet med hensyn til avanceret genoptræning.

Denne konklusion og anbefaling hviler på følgende gennemførte analyse:

Implement har som udgangspunkt for analysen opstillet tre scenarier for Københavns Kommunes fremtidige varetagelse af specialiseret rehabilitering til voksne mennesker med erhvervet hjerneskade inden for sundhedsloven.

1. Et scenarie, hvor Københavns Kommune fortsat køber specialiseret rehabiliteringsforløb eksternt og samtidig søger at optimere effekten af egne genoptrænings- og rehabiliteringsforløb.
2. Et scenarie, hvor specialiseret rehabilitering som døgnophold og ambulante forløb hjemtages til Københavns Kommunes borgere: i alt 18 døgnpladser.
3. Et scenarie, hvor specialiseret rehabilitering som døgnophold og ambulante forløb hjemtages til Københavns Kommunes borgere, og der sælges derudover rehabiliteringsforløb til andre kommuner: i alt 29 døgnpladser.

De opstillede scenarier bygger ovenpå hinanden, således at forudsætninger og handlinger til at realisere scenarie 1 også er afgørende for scenarie 2 og 3. Det vil sige, at forandringen, investeringen, tidshorisonten og den faglige ambition øges fra scenarie 1 til 2 og til 3.

Der er i alle scenarier taget udgangspunkt i Hjerneskade- og Rehabiliteringscentrets organisation og et fortsat tilbud om avanceret genoptræning. I scenarie 2 og 3 desuden, at centret varetager specialiseret rehabilitering – men ikke genoptræning på basalt

niveau, hvor de almene rehabiliteringspladser i den mellemliggende periode tilpasses i sammenhæng med strategien for kommunens midlertidige opholdspladser.

Det forventes i alle scenarier, at avanceret genoptræning kan foregå inden for de nuværende budgetrammer af Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret med det aktuelt fastsatte kvalitets- og serviceniveau. Det ligger ikke inden for rammerne af denne analyse at foreslå ændringer af det fastlagte niveau.

Scenarie 1 vurderes at kunne realiseres så godt som udgiftsneutralt (i hvert fald set over et par år), idet den øgede prioritering af driftsledelse, supervision og oplæring mv. ventes at give et afkast i form af bedre personalefastholde, der kan øge effektiviteten og kvaliteten samt reducere vikarudgifterne og transaktionsomkostningerne knyttet til personaleomsætningen. Det kan overvejes at tilføre særlige kompetencer med neuropædagoger og diætister for at bedre resultaterne af rehabiliteringen, som skønnes at koste ekstra cirka 1,5 mio. kr. årligt.

I både scenarie 2 og 3 er estimeret udgifterne i henholdsvis den øvre del af spændet (svarende til et fagligt førende tilbud i Danmark) og den nedre del (mindre ambitiøst med hensyn til de faglige ambitioner og de afledte omkostninger). Anlægsudgifterne til at bygge et nyt center er efter aftale holdt uden for business case-beregningerne som en nødvendig engangsinvestering, der håndteres særskilt.

En simpel fremskrivning af de årlige udgifter uden hjemtagning af specialiseret rehabilitering vil betyde en stigning på godt 10 mio. kr. til cirka 40 mio. kr. i 2026.

Indhentede interessetilkendegivelser fra omkringliggende kommuner tyder på, at der i dag er utilstrækkelig leverandørkapacitet, og de vil være interesserede i et tilbud i København, jf. scenarie 3, der er konkurrencedygtigt både med hensyn til pris og kvalitet.

Med scenarie 2 og 3 gives forslag til, hvorledes specialiseret rehabilitering kan hjemtages.

Scenarie 2 vurderes at blive cirka 6 mio. kr. dyrere per år for Københavns Kommune end den nuværende situation med køb hos eksterne leverandører i den høje ende af spændet, hvilket skyldes relativt høje basisomkostninger fordelt på ret få københavnske borgere i målgruppen. Tilbuddet vurderes at kunne indfri Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav i varianten af scenariet med det høje faglige ambitionsniveau, mens det ikke bliver med en stor margin i den nedre ende af spændet på grund af sårbarheden knyttet til dets begrænsede volumen. Det vurderes dog at kunne blive tæt på udgiftsneutralt.

Scenarie 3 vurderes at blive udgiftsneutralt i den høje ende af spændet og økonomisk besparende i den nedre ende med estimerede nettoindtægter på cirka 4-4½ mio. kr. per år. I begge varianter af scenariet vurderes kvaliteten at kunne indfri kvalitetskravene. Imidlertid er det tvivlsomt, om tilbuddet bliver tilstrækkeligt attraktivt for andre kommuners borgere, hvis kvaliteten ikke bliver på et niveau svarende til andre leverandører af specialiseret rehabilitering og dermed i den høje ende af spændet.

Derudover kommer anlægsudgifterne estimeret til i alt 165 mio. kr. til etablering af i alt 48 døgnpladser og ambulante forløb til avanceret genoptræning og specialiseret rehabilitering (scenarie 2) og 197 mio. kr. til i alt 59 døgnpladser og ambulante forløb (scenarie 3). De nye faciliteter vil tidligst kunne stå klar til anvendelse i januar 2022.

Fordelene for Københavns Kommune ved at hjemtage specialiseret rehabilitering er dermed primært, at:

- » Det vil give kommunen mulighed for at optimere hjerneskaderehabiliteringen for egne borgere med mere effektivt samarbejde mellem forvaltninger, og der kan arbejdes med mere effektive, individualiserede forløb med smidige overgange mellem stationære, ambulante og hjemmebaserede tilbud/indsatser.
- » Københavns Kommune kan placere sig blandt de fagligt førende på området i Danmark.

Derudover vil etableringen umiddelbart bidrage positivt til den samlede sjællandske og danske kapacitet og dermed reducere ventetid mv. for borgere i andre kommuner, der ellers måtte vente.

De afgørende forudsætninger for, at Københavns Kommune kan realisere scenarie 2 og/eller 3, er:

- » Bevilling til opførelse af et nyt rehabiliteringscenter fx i De Gamles By samt afklaring af tidspunktet for igangsættelsen af anlægsprojektet og de forudsatte kvadratmeterpriser i anlægsøkonomien – hvilket formentlig kan afdækkes i de kommende måneder i forbindelse med budgetprocessen.
- » Opfyldelse af Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav, herunder at det i praksis lykkes Københavns Kommune at rekruttere og fastholde personale med de fornødne kompetencer – hvilket særligt handler om at forberede organisationen på det nuværende Hjerneskade- og Rehabiliteringscenter med en driftsmæssig stabilisering, begrænse personaleomsætningen samt styrke teamsamarbejdet og med øvrige forvaltningsenheder i kommunen.
- » Reel efterspørgsel fra omkringliggende kommuner, som markedet ikke dækker, i en mere forpligtende sammenhæng (gælder kun scenarie 3). Det vil formentlig afhænge af en kombination af markedssituationen (pris og kvalitet) og politisk-administrative aftaler blandt aftagerne, hvor begge forhold kan afsøges nærmere, hvis Københavns Kommune vælger at gå videre.

Der er flere væsentlige risici forbundet med realiseringen af scenarie 2 og 3.

Der vil løbende være styringsmæssige udfordringer og usikkerheder i forhold til en kommende driftssituation, som knytter sig dels til udsving i en relativt lille målgruppe og dels til individualisering af kvalitets- og serviceniveauer i forløbene. De er begge vigtige faktorer i kapacitetsudnyttelsen og dermed balancen mellem indtægter og udgifter. En væsentlig del af driftsøkonomien hviler således på andre kommuners køb af pladser, som Københavns Kommune skal sikre bedst muligt gennem markedsføring og aftaler.

Sammenhængen mellem de kritiske faktorer i driftsøkonomien og kvaliteten af rehabiliteringstilbuddet er tæt. Det betyder, at hvis der bliver vanskeligheder med økonomien, kan det få en afsmittende effekt på kvaliteten gennem manglende tiltrækning og fastholdelse af tilstrækkeligt kompetent personale – og dermed på attraktionen for andre kommuners borgere.

Derudover drejer risiciene sig især om:

- » Spinkelt erfaringsgrundlag fra 2015 og 2016 med henblik på dimensionering ud fra antallet af forløb – det kan imødegås ved at vente nogle år, indtil der konstateres et stabilt mønster.
- » Kapacitetsændringer på Sjælland fra omkring 2019 på grund af åbningen af et neurorehabiliteringscenter på Rigshospitalet – Glostrup – det kan imødegås ved at afvente nogle måneder, indtil projekteringen er mere afklaret og dermed vurderes, om det samlede udbud af pladser til specialiserede rehabiliteringsforløb øges, og grundlaget for scenarie 3 derved fjernes.

- » Forsinket byggeproces og øgede anlægsudgifter til det kommende center – det kan imødegås delvist i forbindelse gennem conceptualiseringen og projekteringen, som kan skabe større sikkerhed, inden store udgifter til byggeriet påtages.
- » Rekruttering og fastholdelse af tilstrækkeligt kompetent personale – det kan imødegås ved en realisering af scenarie 1, der vil kunne virke både som en test og skabe et konkret fundament og dermed øge sikkerheden.

De nævnte risici knytter sig ikke til en realisering af scenarie 1.

1.

Bilag 1. Figur- og tabeloversigt

I rapporten fremgår følgende figurer:

Figur 1. Illustration af skifte i typer af pladser.....	9
Figur 2. Sammenhæng mellem scenarier	10
Figur 3. Illustration af centrale udgiftsdrivende elementer i scenarie 2 og 3	19
Figur 4. Faseinddeling af hjerneskaderehabilitering, jf. Sundhedsstyrelsens Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade (2012)	23
Figur 5. Forventede fremtidige udgifter til specialiseret rehabilitering uden hjemtagning	34
Figur 6. Forventede fremtidige udgifter i scenarie 2.....	35
Figur 7. Nettoindtægter	36
Figur 8. Nettoindtægter i scenarie 2 ved lavere faglig ambition	39
Figur 9. Forventede fremtidige udgifter til specialiseret rehabilitering med hjemtagning med salg af pladser.....	44
Figur 10. Nettoindtægter i scenarie 3.....	44
Figur 11. Nettoindtægt i scenarie 3 ved lavere faglig ambition	45

Der indgår følgende tabeller:

Tabel 1. Forskellige typer af forløb og pladser, som direkte involverer kommunen	6
Tabel 2. Arealforudsætninger for døgnpladser og tilhørende arealer.....	24
Tabel 3. Nedbrydning af anlægsudgifter	24
Tabel 4. Anlægsudgifter over tid (mio. kr.)	27
Tabel 5. Anlægsudgifter over tid ved justeringer (mio. kr.).....	27
Tabel 6. Generelle forudsætninger for business casen.....	32
Tabel 7. Nedbrydning af årlige forventede udgifter (mio. kr.) i scenarie 2.....	36
Tabel 8. Personalenormering i scenarie 2	37
Tabel 9. Samlet personalenormering i scenarie 3.....	43
Tabel 10. Anlægsudgifter ved etablering af 59 pladser.....	45

2.

Bilag 2. Spørgeramme til interviews med kommunerne med henblik på interesse-tilkendegivelse

Kommunerne er blevet stillet følgende spørgsmål via telefoninterviews (typisk chefer, alternativt hjerneskadekoordinatorer):

Hvor køber I i dag pladser til henholdsvis døgnophold og ambulans specialiseret rehabilitering?

Hvad er grunden til, at I bruger dem?

Hvad er vigtigt for jer med hensyn til valg af leverandør – fx:

- » Kvalitet
- » Pris
- » Geografisk afstand
- » Samarbejde ved opstart og afslutning af opholdet med kommunens forskellige forvaltninger
- » Forsyningsikkerhed (ventetid og mulighed for forlængede ophold)
- » Gennemsigtighed mht. kvalitet og pris
- » Varmtvandsbassin
- » Velfærdsteknologi (og i så fald hvilken)
- » Særlige personalekompetencer (logopæd, diætist mv.)

Når neurorehabiliteringscenteret på Rigshospitalet – Glostrup står færdigt, har I så tanker om at benytte dette til andet end fase 2, såfremt muligheden byder sig?

Hvis der bliver etableret et tilbud i Københavns Kommunes regi om nogle år, hvad vil så – om noget – kunne få jer til at overveje at indgå en aftale?