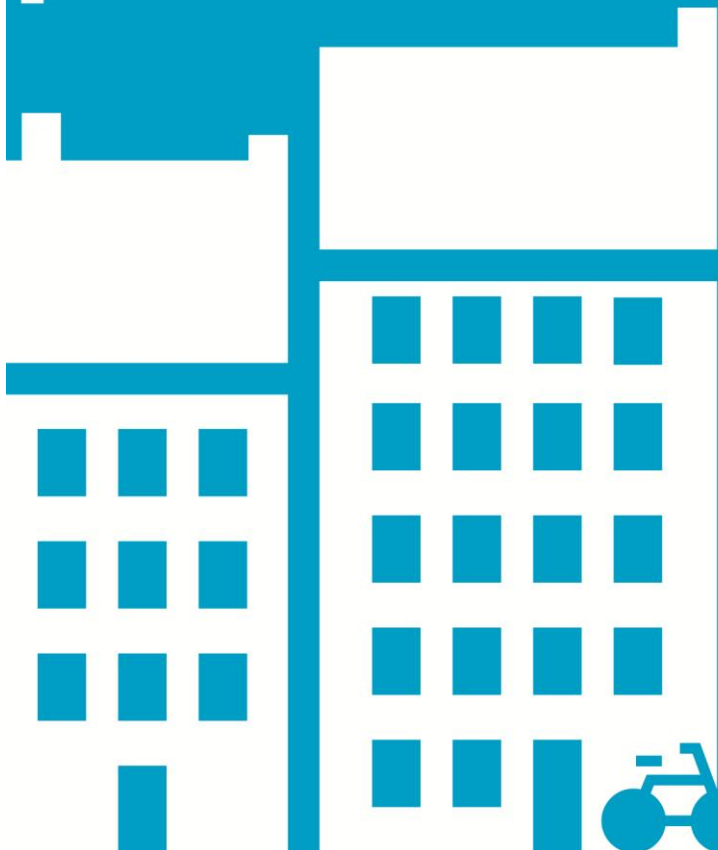
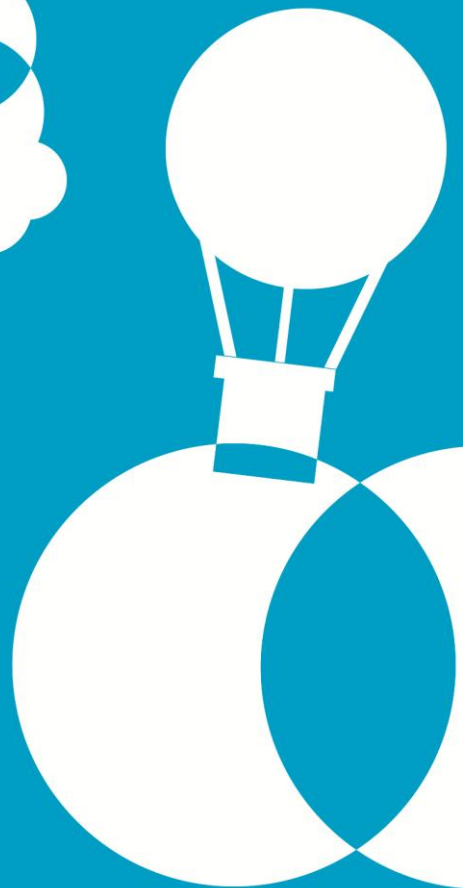
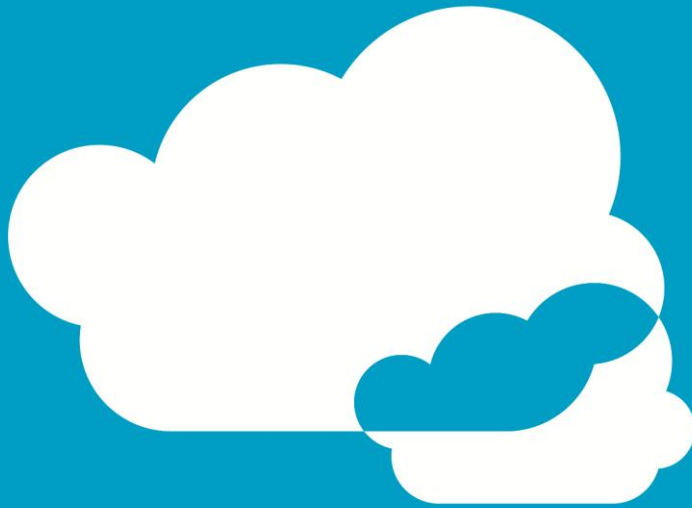
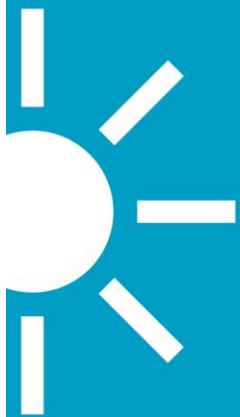


Omkostningsanalyse af Ældre- og Sundhedsområdet

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
Økonomiforvaltningen



Indhold

1. Indledning	3
2. Kortlægning af baseline	5
3. Udvikling i udgiftsdrivere.....	7
3.1 Opgaveglidning på sundhedsområdet.....	8
3.2 Kronikere og den ældre medicinske patient	11
3.3 Sund aldring.....	13
3.4 Konsekvenser af mulige scenarier	14
4. Muligheder for at reducere udgiftsvæksten	18
4.1 Øget brug af velfærdsteknologi.....	18
4.2 Styrket rehabilitering.....	23
4.3 Smidigt samarbejde mellem sundhedsvæsenets aktører	26
5. Konklusion og anbefalinger	29

1. Indledning

Antallet af københavnere over 65 år forventes at vokse med ca. 33 pct. frem mod 2030, hvor der vil være over 20.000 flere ældre københavnere. Samtidig sker der en fortsat udvikling af sundhedsvæsenet, hvor kommunen skal håndtere flere borgere med mere ustabile og komplicerede sygdomstilstande end tidligere som følge af etablering af supersygehuse, hurtigere udskrivning af patienter og øget ambulant aktivitet. Og endelig er der et voksende antal københavnere med kroniske sygdomme, som kræver en øget kommunal indsats at håndtere.

Disse udviklingstendenser vil i de kommende år lægge et massivt pres på ældre- og sundhedsområdet i Københavns Kommune såvel økonomisk som fagligt.

Borgerrepræsentationen har derfor med vedtagelse af Budget 2016-2019 besluttet, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen skal udarbejde en omkostningsanalyse på ældre- og sundhedsområdet med inddragelse af Økonomiforvaltningen. Det fremgår af hensigtserklæring H39, at analysen skal skabe et fælles overblik over den forventede udvikling i udgifterne, herunder konkrete muligheder for at reducere stigningen. Analysen forelægges Sundheds- og Omsorgsudvalget og Økonomiudvalget inden sommeren 2016.

Budgetaftalen har følgende præcisering af opgaven:

Omkostningsanalyse på ældre- og sundhedsområdet

I de kommende år vil antallet af ældre stige i København. Det sætter pres på de kommunale ydelser med bl.a. flere kronikere og flere komplekse patientforløb. Dertil er der en mindre gruppe borgere, som bruger en uforholdsmæssig stor andel af sundhedsydelserne, som forventes at vokse i de kommende år. Samtidig medfører udviklingen i sundhedssektoren – med fx supersygehuse, accelererende patientforløb, samt tidligere udskrivning fra sygehuse – en kommende økonomisk udfordring på ældre- og sundhedsområdet. Derfor er parterne enige om, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen igangsætter en omkostningsanalyse på ældre- og sundhedsområdet med inddragelse af Økonomiforvaltningen. Analysen skal skabe et fælles overblik over den forventede udvikling i udgifterne, herunder konkrete muligheder for at reducere stigningen. I analysen skal mulighederne for at skabe nye samarbejdsrelationer med Region Hovedstaden samt mulighederne for at løse en række problemstillinger ved hjælp af velfærdsteknologi ligeledes afdækkes. Analysen forelægges Sundheds- og Omsorgsudvalget og Økonomiudvalget inden sommeren 2016.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har allerede udarbejdet en del analyser om den fremtidige udfordring med et stigende antal ældre, jf. bl.a. analyserne i forbindelse med Sund Aldring (2014) og Socioøkonomisk analyse (2015), hvorfor denne omkostningsanalyse tager afsæt i disse som grundlag for fastlæggelse af en baseline.

Omkostningsanalysen er bygget op på følgende måde:

1. Omkostningsanalysen kortlægger en baseline for den forventede udgiftsudvikling på ældre- og sundhedsområdet ud fra den forventede demografiske fremskrivning ved eksisterende serviceniveauer.
2. Ud fra dette grundscenarium tillægges på baggrund af de tidligere gennemførte analyser bl.a. vedr. sund aldring den forventede udgiftsudvikling som følge af udviklingen af en række øvrige udgiftsdrivere:
 - a. Opgaveglidning på sundhedsområdet
 - b. Kronikere og den ældre medicinske patient
 - c. Udvikling i befolkningens sundhedstilstand
3. Endeligt beskriver omkostningsanalysen en række konkrete håndtag, som kan anvendes til at reducere udgiftsvæksten, særligt
 - a. Øget brug af velfærdsteknologi
 - b. Styrket rehabilitering
 - c. Smidigt samarbejde med sundhedsvæsenets aktører

I forhold til det fremtidige kapacitetsbehov for plejeboliger som følge af den demografiske udvikling udarbejdes der en særskilt udbygningsplan til brug for budgetforhandlingerne for 2017, jf. budgetaftale 2016. Behovet for yderligere plejeboligkapacitet er derfor ikke nærmere belyst i denne rapport.

Nærværende omkostningsanalyse præsenterer væsentlige og voksende økonomiske udfordringer på Sundheds- og Omsorgsudvalgets område frem mod 2030 ved et uændret serviceniveau. Samtidig er der nogle tydelige udviklingstendenser, som indikerer et yderligere udgiftspres i perioden.

For i videst mulig udstrækning at håndtere de voksende økonomiske udfordringer i de kommende år er der behov for et skærpet fokus på de indsatser, som bidrager til at gøre ældre københavnere mere eller helt selvhjulpne gennem en tidlig og rettidig indsats, herunder øget rehabilitering og anvendelse af velfærdsteknologi, og som samtidig understøtter de politiske visioner og strategiske målsætninger, der er forankret i ældrepolitikken "Lev stærkt – hele livet" og sundhedspolitikken "Nyd livet, københavnere".

Eksempelvis er det en central målsætning i ældrepolitikken, at de der kan selv – skal selv, og at ældre københavnere skal have hjælp og støtte til at kunne mestre deres egen hverdag mest muligt og fortsætte det liv, de altid har levet. Dette giver større frihed, tryghed og livskvalitet for den enkelte, og det sikrer, at kommunen bruger ressourcerne der, hvor behovet er størst, fx hos de allersvageste ældre.

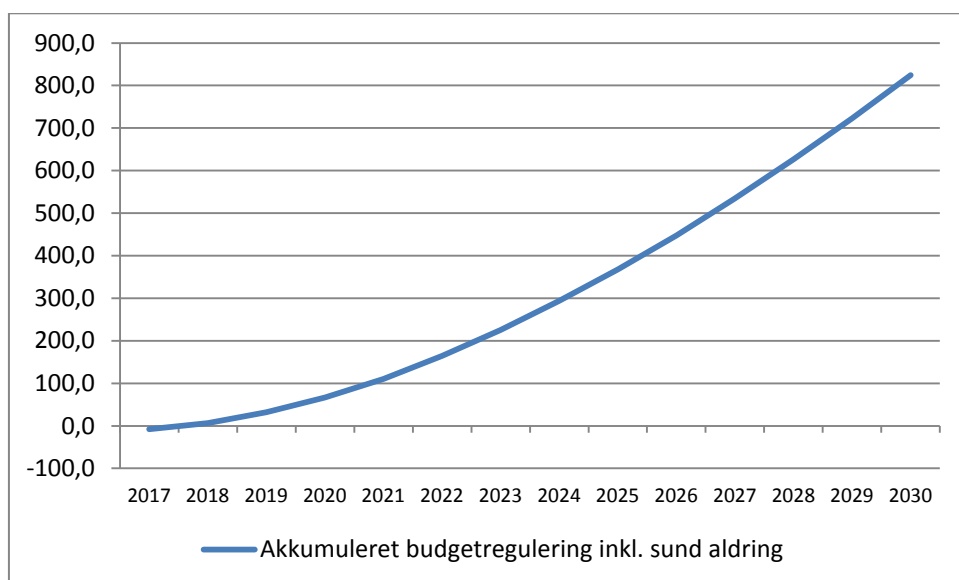
2. Kortlægning af baseline

Københavns Kommune vil i de kommende år opleve en væsentlig stigning i antallet af ældre borgere.

Såfremt ældres sundhed og det kommunale serviceniveau (dækningsgrader og omfang af hjælp) holdes konstant, vil der alene som følge af den demografiske udvikling ske en markant vækst i behovet for og udgifter til ældrepleje.

En fremskrivning af nutidige udgifter til ældrepleje viser, at Københavns Kommunes udgifter til ældrepleje i 2030 vil være 824 mio. kr. højere end udgifterne i dag ved et uændret serviceniveau, jf. figur 1. Det skal bemærkes, at fremtidige effektiviseringskrav, som Borgerrepræsentationen træffer beslutning om i forbindelse med vedtagelse af de årlige budgetter, ikke er indarbejdet i nedenstående baseline.

Figur 1: Udviklingen i udgifter ved en lineær fremskrivning frem mod 2030.



Ovenstående baseline er fastlagt med udgangspunkt i Sundheds- og Omsorgsforvaltningens eksisterende aktiviteter, dækningsgrader og enhedspriser i forhold til befolkningsprognosen fra marts 2016. For de øvrige aktiviteter, som ikke er omfattet af demografimodellen og sund aldring, er baseline fastlagt ud fra den eksisterende ramme. Det betyder, at et stigende antal borgere / modtagere i målgruppen vil reducere enhedsprisen. For en udførlig gennemgang af forudsætningerne for beregning af baseline, henvises til bilag 1.

Tabel 1 viser den forventede regulering af Sundheds- og Omsorgsudvalgets budgetter på baggrund af den demografiske udvikling som følge af demografimodellen på ældre- og sundhedsområdet samt sund aldring. Tabellen viser endvidere udviklingen i behovet for plejeboliger samt tilvæksten af borgere i aldersgruppen 65-79 år og over 80 år.

Det skal i forhold til befolkningsfremskrivningen ud fra den gældende befolkningsprognose understreges, at denne rummer en vis usikkerhed, idet den faktiske udvikling i flyttemønstre og

dødeligheder ikke kendes. Usikkerheden øges, jo længere tidshorizonten er. Det er på baggrund af befolkningsprognosernes historiske præcision Økonomiforvaltningens vurdering, at den faktiske befolkningsudvikling frem mod 2030 vil ligge inden for +/- 5 pct. i forhold til den anvendte prognose.

I beregningen af de mulige økonomiske konsekvenser som følge af befolkningsprognosens usikkerhed er der anvendt et udsving +/- 4,2 pct. svarende til befolkningsprognosens forventede usikkerhed i forhold til antallet af københavnere over 75 år, da denne aldersgruppe har størst indvirkning på det samlede omkostningsniveau.

Det betyder, at Københavns Kommunes udgifter til ældrepleje i 2030 forventes at være i størrelsesorden 789-859 mio. kr. højere end udgifterne i dag ved et uændret serviceniveau. Det skal bemærkes, at befolkningsprognoserne de seneste år generelt har undervurderet udviklingen i antallet af ældre københavnere.

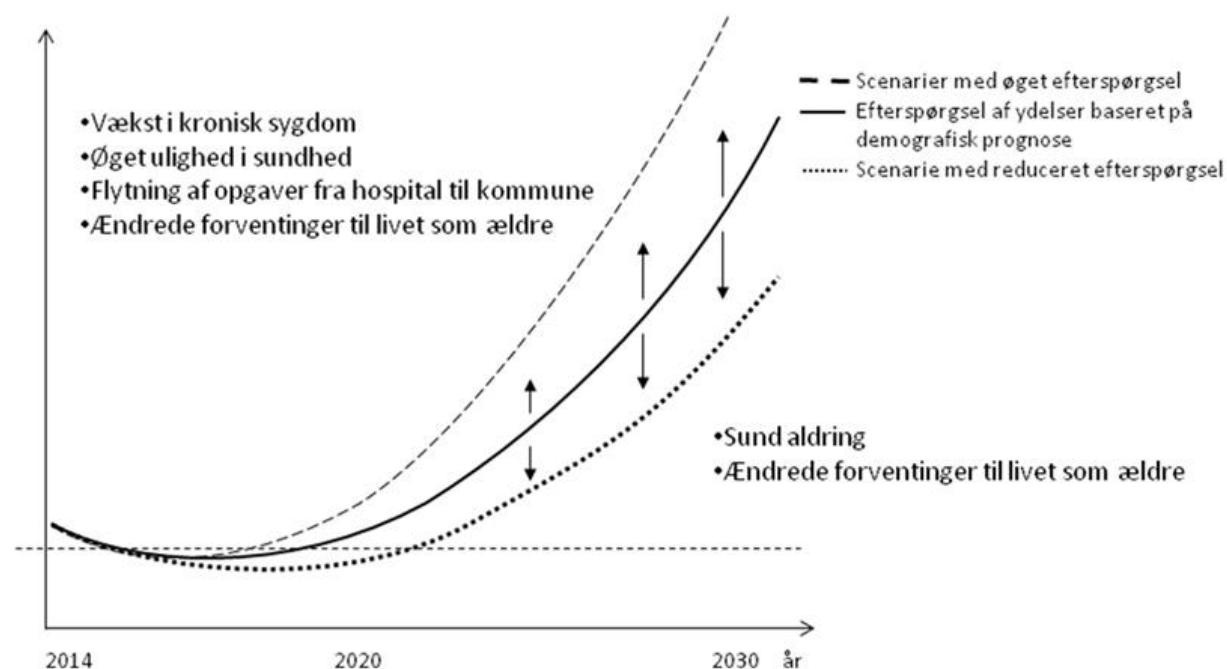
Tabel 2: Udviklingen i Sundheds- og Omsorgsudvalgets budgetter på baggrund af den demografiske udvikling (2017-pl).

	Demografi-tilpasning	Sund aldring	Demografi & Sund aldring I alt	Nedre usikkerhedsmargen	Øvre usikkerhedsmargen	65+ årige	heraf 80+ årige
2016						61.377	13.206
2017	2,8	-10,7	-7,9	-7,9	-7,9	1.190	-227
2018	23,0	-8,8	6,4	6,4	6,4	1.093	-14
2019	34,9	-9,0	32,4	32,1	32,6	1.154	123
2020	43,5	-9,2	66,7	65,9	67,5	1.184	190
2021	53,0	-9,3	110,3	108,7	112	1.259	256
2022	63,3	-9,5	164,1	161,2	167,1	1.266	431
2023	70,9	-9,7	225,4	220,6	230,1	1.303	693
2024	78,2	-9,9	293,7	286,6	300,7	1.347	839
2025	84,2	-10,1	367,7	357,8	377,7	1.445	933
2026	90,3	-10,4	447,7	434,2	461,1	1.548	1.017
2027	97,5	-10,6	534,5	516,9	552,2	1.614	1.032
2028	103,0	-10,9	626,7	604,1	649,2	1.800	915
2029	107,7	-11,2	723,1	694,9	751,3	2.061	706
2030	112,5	-11,6	824,0	789,4	858,6	2.221	633
I alt	964,9	-140,9	824,0	789,4	858,6	81.859	20.731

3. Udvikling i udgiftsdrivere

Fremtidens behov for ældrepleje – et komplekst scenarie

Meget tyder på, at den simple demografiske fremskrivning ikke giver et dækkende billede af det fremadrettede behov for offentlige tilbud. Forskning og undersøgelser peger på udviklingstendenser, der vil påvirke behovet for støtte. Udviklingstendenserne kan påvirke, hvor længe borgerne skal have støtte (fx hvis antallet af dårlige leveår falder). Men de kan også påvirke typen og omfanget af støtte, som borgerne har behov for (fx hvis en større del af plejehjemsbeboerne får demens eller flere hvis flere sygeplejeopgaver flyttes fra hospital til kommunen). Samtidigt peger nogle udviklingstendenser på et øget behov, mens andre peger på et mindre behov.



3.1 Opgaveglidning på sundhedsområdet

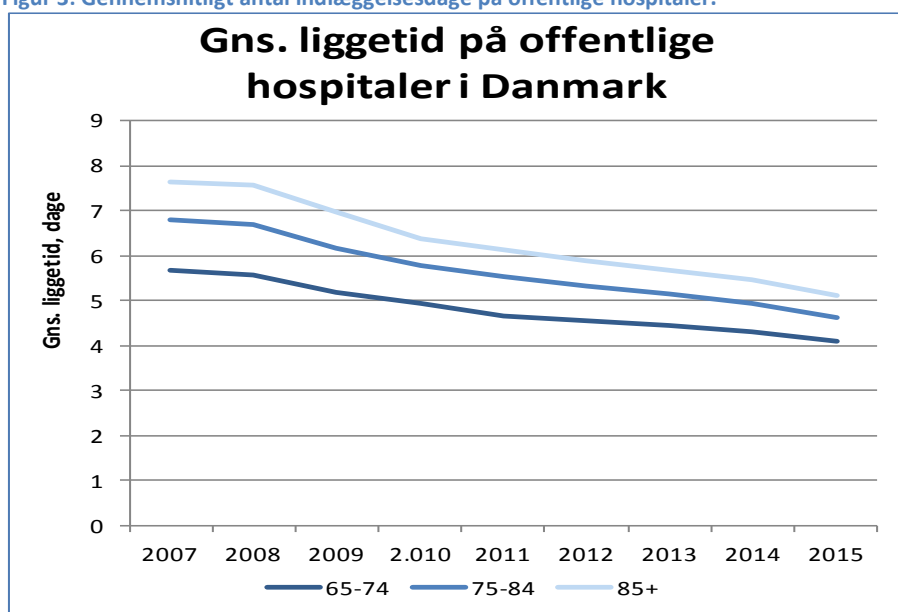
Øget opgaveglidning af sundhedsydelse fra det regionale sundhedsvæsen til kommunerne vil øge de kommunale udgifter til sygepleje, træning og hjemmepleje. Opgaveglidningen kommer bl.a. til udtryk gennem tidligere udskrivinger.

Kravene til sundhedsvæsenet ændrer sig løbende, blandt andet som følge af stigning i antallet af ældre og kronikere, som har behov for behandling, og den faglige udvikling, som gør det muligt at behandle mere og flere. Endvidere er der ændrede krav og forventninger til sundhedsvæsenet. I dag ønsker de fleste mennesker med en kronisk eller længerevarende sygdom at kunne fortsætte deres liv så normalt som muligt – tæt på de pårørende og i deres eget hjem – frem for at være indlagt.

Der er i de sidste 10 år sket mange forandringer i sundhedsvæsenet. Sengekapaciteten og indlæggelsestider er reduceret, og samtidig har der været en vækst i ambulante aktiviteter.

Figur 2 viser udviklingen i det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage på offentlige hospitaler i Danmark for borgere i forskellige aldersgrupper. Figuren viser, at tendensen med faldende gennemsnitlig indlæggelsestid er gældende for alle aldersgrupper, og at det gennemsnitlige antal indlæggelsesdage stiger med alderen. Det fremgår af figuren, at forskellen mellem aldersgrupperne er reduceret inden for de seneste 8 år.

Figur 3: Gennemsnitligt antal indlæggelsesdage på offentlige hospitaler.



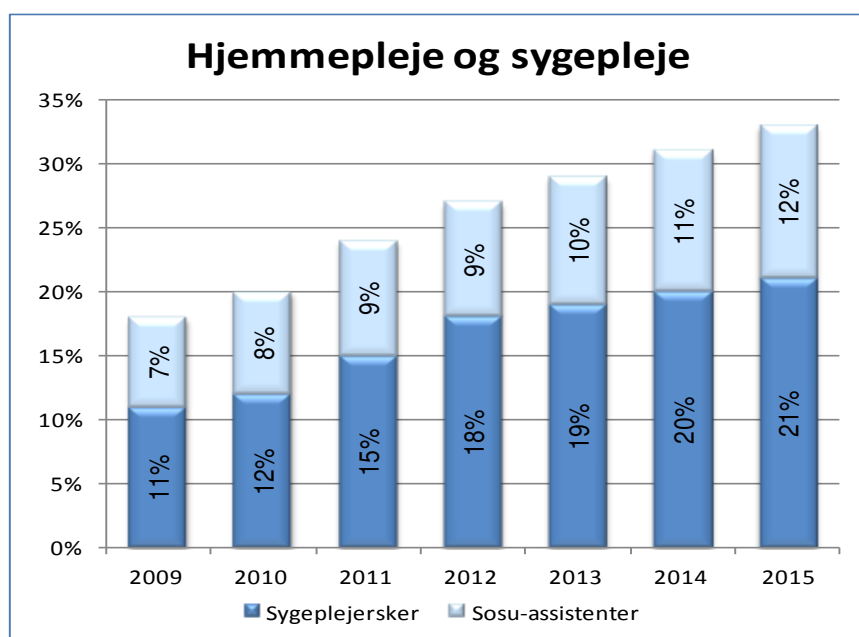
Kilde: eSundhed, KØS

Med etableringen af supersygehuse, hurtigere udskriving af patienter og øget ambulante aktiviteter skal primær sektor håndtere flere borgere med mere ustabile og komplicerede sygdomstilstande end tidligere. Det giver nye og mere specialiserede pleje, rehabiliterings- og sygeplejefaglige opgaver i kommunen.

Udviklingen stiller nye krav til Sundheds- og Omsorgsforvaltningens løsning af sygeplejefaglige opgaver. Både i forhold til kvalitet, organisering, fastholdelse og rekruttering af medarbejdere med de nødvendige faglige kompetencer samt opgaver i forhold til uddannelse af elever og studerende.

Figur 3 viser udviklingen i antallet af sygeplejersker og sosu-assistenten i perioden 2009-2015. Det fremgår, at andelen af sygeplejersker er øget med 5 procentpoint svarende til 85 årsværk ved et uændret befolkningsgrundlag, mens andelen af sosu-assistenten er øget med 10 procentpoint svarende til 170 årsværk ved et uændret befolkningsgrundlag.

Figur 4: Andel af sygeplejersker og assistenter i hjemmeplejen og sygeplejen fra 2009-2015.



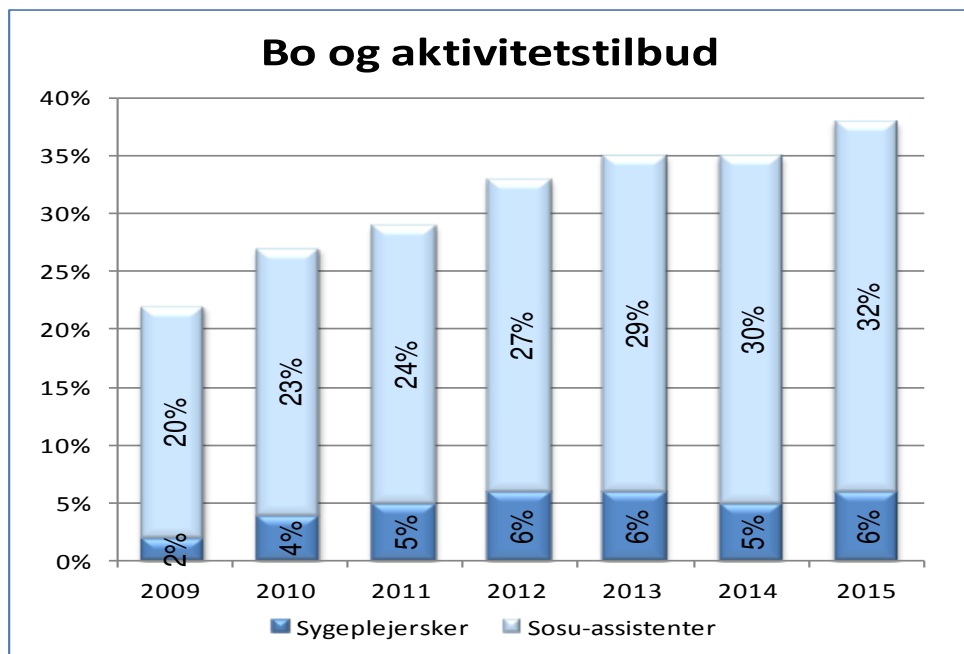
Kilde: Rubin

Også på plejeboligområdet kan der konstateres en udvikling i personalesammensætningen, som afspejler de ændrede kompetencebehov. Figur 4 viser udviklingen i antallet af sygeplejersker og sosu-assistenten i perioden 2009-2015. Det fremgår, at andelen af sygeplejersker på pleje- og aktivitetscentre er øget med 4 procentpoint svarende til 140 årsværk ved et uændret befolkningsgrundlag, mens andelen af sosu-assistenten er øget med 12 procentpoint svarende til 420 årsværk ved et uændret befolkningsgrundlag.

Det er vanskeligt entydigt at vurdere, i hvilket omfang ovenstående udvikling i efterspørgslen efter sygepleje alene er et udtryk for opgaveglidning mellem det regionale sundhedsvæsen og kommunerne, eller om der også er sket andre enten tilsigtede ændringer i opgaveportefølje og kvalitetsstandarder eller utilsigtede ændringer i visitationspraksis.

I forhold til den videre analyse er det forudsat, at opgaveglidning mellem det regionale sundhedsvæsen og kommunerne er den primære årsag til væksten inden for den kommunale sygepleje. Det vil kræve en nærmere undersøgelse af opgaveportefølje og visitationspraksis for at give en mere præcis vurdering, idet det særligt i forhold til evt. ændringer i visitationspraksis er vanskeligt at tilvejebringe dokumentation herfor.

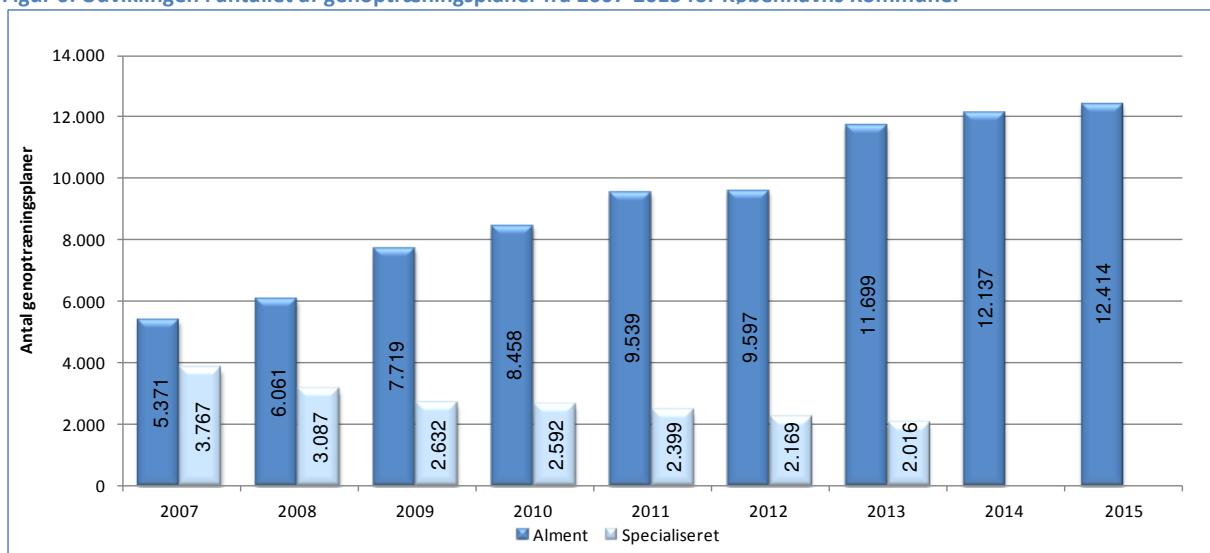
Figur 5: Andel af sygeplejersker og assistenter på plejecentre og aktivitetstilbud fra 2009-2015.



Kilde: Rubin

Opgaveglidningen i sundhedsvæsenet mellem kommuner og region kommer også til udtryk ved udviklingen i antallet af genoptræningsplaner, som borgerne får i forbindelse med udskrivning fra hospitaler. Figur 5 viser, at antallet af almindelige genoptræningsplaner for Københavns Kommune er øget fra knap 5.400 til ca. 12.400 siden kommunerne overtog opgaven i forbindelse med kommunalreformen. En tilsvarende udvikling er set i de andre kommuner. Til gengæld er antallet af genoptræningsplaner med specialiseret genoptræning reduceret med ca. 1.750 i samme periode. Kommunen har fra 2014 ikke længere registreret de specialiserede genoptræningsplaner.

Figur 6: Udviklingen i antallet af genoptræningsplaner fra 2007-2015 for Københavns Kommune.



Kilde: KOS

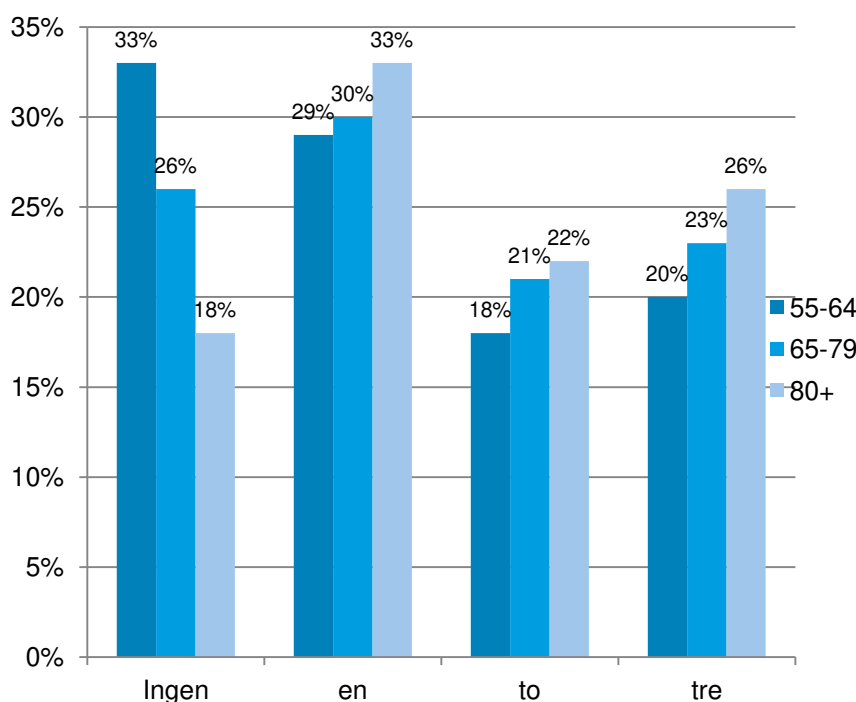
3.2 Kronikere og den ældre medicinske patient

Flere kronikere og ældre medicinske patienter med multisygdom eller demens vil øge de kommunale udgifter til sygepleje, træning og hjemmepleje. Der er en tæt sammenhæng mellem kontakten til det regionale sundhedsvæsen og de kommunale udgifter til sygepleje, træning og hjemmepleje.

Forekomsten af kroniske sygdomme i Region Hovedstaden er steget de senere år og forventes fortsat at stige¹. Fra 2007 til 2010 steg andelen af borgere med kronisk sygdom fra 36,8 % til 37,7 %. En stigning på 0,9 procentpoint eller ca. 27.000 borgere. Stigningen skyldes primært en forøget middellevetid samt bedre muligheder for behandling af sygdomme, der før var livstruende. Tallene udtrykker et relativt konservativt skøn, da det ikke var muligt at trække data fra primærpraksis. Ca. 1/3 del af befolkningen lever med kronisk sygdom (fx diabetes, KOL og hjertekarsygdomme), og forekomsten stiger med alderen.

Som det fremgår af nedenstående figur 6, stiger både andelen af borgere med kroniske sygdomme og antallet af kroniske sygdomme pr. borger med alderen. For de 55 – 64-årige har 33 pct. ingen kroniske sygdomme, hvorimod det kun er 18 pct. af de 80+årige. Ligeledes er det kun 20 pct. af de 55-64-årige der har tre eller flere kroniske sygdomme. Denne andel stiger til 26 pct. for de 80+årige.

Figur 7: Andel af borgere med kroniske sygdomme fordelt på aldersintervaller.

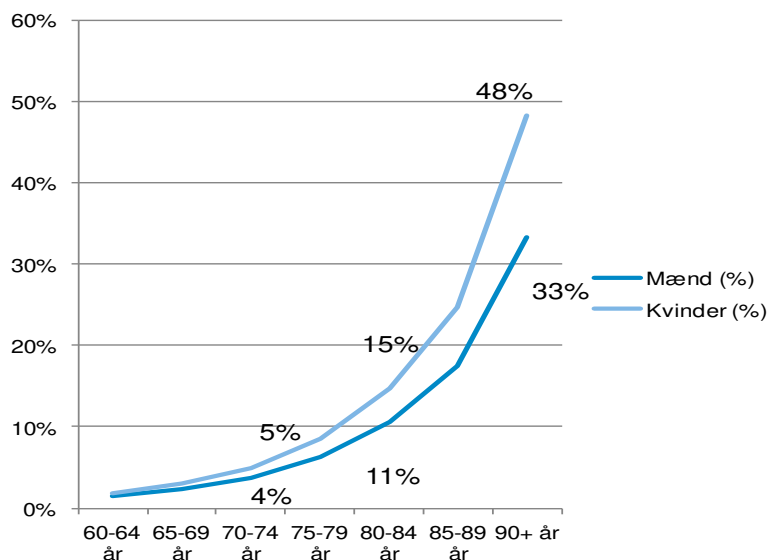


Kilde: Sundhedsprofil for region og kommuner 2010, Region Hovedstaden

¹ Kronisk sygdom kan være karakteriseret ved en vedvarende tilstand, hvor sygdommen har blivende følger, dvs. at der er forandringer, som ikke kan bedres, og at der er behov for rehabilitering og/eller langvarig behandling eller pleje. I denne rapport anvendes den afgrænsning af kroniske sygdomme, som anvendes af Region Hovedstaden, jf. Sundhedsprofil 2013 – Kronisk sygdom. Afgrænsningen omfatter: Diabetes, hjertesygdom, apopleksi, KOL, astma, kræft, gigt, rygsygdom, knogleskørhed, svære psykiske lidelser, demens, luftvejsallergi, migræne.

Som det fremgår af nedenstående figur 6, stiger både andelen af borgere med kroniske sygdomme og antallet af kroniske sygdomme pr. borger med alderen. For de 55-64-årige har 33 pct. ingen kroniske sygdomme, hvorimod det kun er 18 pct. af de 80+årige. Ligeledes er det kun 20 pct. af de 55-64-årige der har tre eller flere kroniske sygdomme. Denne andel stiger til 26 pct. for de 80+årige.

Figur 8: Demens fordelt på aldersintervaller



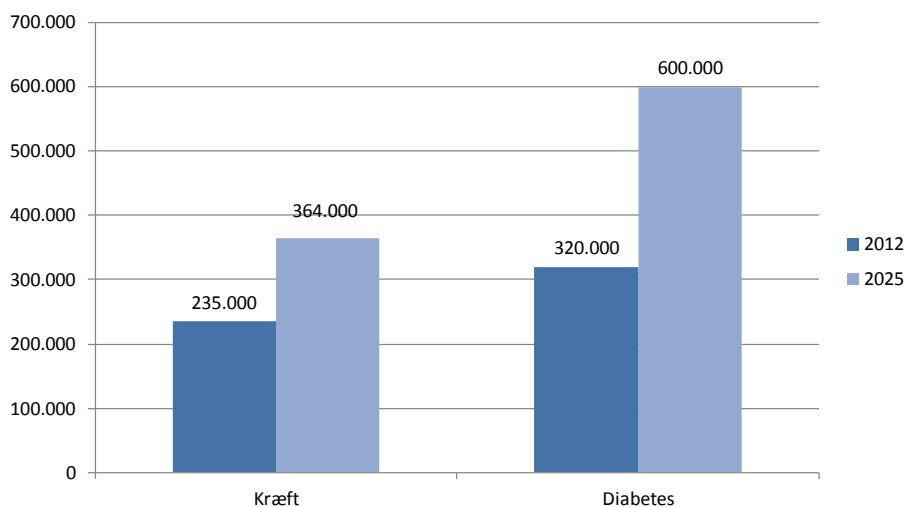
Kilde: Nationalt Videnscenter for Demens

Figur 7 viser forekomsten af demens for henholdsvis mænd og kvinder ved forskellige aldersgrupper. Figuren viser, at forekomsten er stigende med alderen.

Den aldersmæssigt stigende forekomst af antallet af kroniske sygdomme og demens forventes på sigt at kunne få betydning for Sundheds- og Omsorgsforvaltningens enhedspriser på plejeboligområdet, såfremt disse typer af borgere har et højere træk på plejecentrenes ressourcer end almindeligt fysisk svækkede borgere på plejecentrenes somatiske pladser. Der arbejdes i de eksisterende budgetmodeller på plejeboligområder i dag ikke med aldersafhængige pladspriser.

Det forventes, at antallet af borgere med henholdsvis kræft og diabetes vil stige markant frem mod 2025. På landsplan forventes der at være ca. 129.000 flere kræfttilfælde og ca. 280.000 flere borgere med diabetes. En del af forklaringen kan givetvis tilskrives ændringer i befolkningens alderssammensætning, men en væsentlig del skyldes også en øget hyppighed i forekomsten af disse sygdomme inden for en given aldersgruppe.

Figur 9: Forventet udvikling i kræft og diabetes i Danmark frem mod 2025.



Kilde: Kræftens Bekæmpelse 2014, Professor, dr. Med. A. Green SDU 2008 og Diabetesforeningen 2014

3.3 Sund aldring

Øget sund aldring vil reducere de kommunale udgifter til sygepleje, træning og hjemmepleje. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Økonomiforvaltningen har analyseret området grundigt i 2014 i forbindelse med en revision af demografimodellen på ældreområdet og nået frem til en model for, hvordan sund aldring regnes ind i demografimodellen.

Modellen bygger på KORA's model for sund aldring, der tager udgangspunkt i, at længere levetid medfører, at borgerne påbegynder ældrepleje senere. Modellen beregnes på baggrund af udviklingen i restlevetid for hver årgang. Hvis restlevetiden det næste år stiger med 1 år for en 70-årig, vil udgiftsbehovet således svare til, hvad en 69-årig har i dag.

KK's Model for sund aldring bygger på en række analyser af udviklingen af tildeling af ældrepleje i Københavns Kommune fra 2007-2014. Sund aldring bygger på, at københavnere lever længere, men at den længere levetid ikke nødvendigvis giver øget plejebæhov. Årsagen hertil skal blandt andet findes i de generelt bedre socioøkonomiske vilkår for københavnere, herunder blandt andet en sundere livsstil og bedre behandlingstilbud.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens analyser viste dog også, at længere levetid ikke påvirker, hvornår borgere har brug for omfattende støtte eller kommer på plejehjem. Derfor indregnes sund aldring ikke på plejeboligområdet, for borgere der får mere end 12 timers hjemmehjælp samt de mest plejekrævende borgere, der får hjælpemidler og visitation hertil. Modellen blev implementeret på Sundheds- og Omsorgsudvalgets demografiregulerede område med Budget 2016.

Modellen for sund aldring regner på data fra kommunens eksisterende demografimodel, og benytter de enhedspriser og ydelser, der indgår i demografimodellen. For at lave en robust model bruges gennemsnittet af de seneste 5 års udvikling i restlevetid. Ændringen i restlevetiden (gennemsnit af de seneste 5 års udvikling i restlevetiden) indarbejdes i demografimodellen marginalt, hvormed det forudsættes, at de ældre fremadrettet vil blive tilsvarende sundere.

I 2016 er Sundheds- og Omsorgsudvalgets budget reduceret med 6,4 mio. kr. som følge af sund aldring, mens udvalgets budget i 2017 reduceres med 10,7 mio. kr. Der er i nærværende analyse af den forventede omkostningsudvikling på ældre- og sundhedsområdet ikke umiddelbart identificeret ny viden i forhold til sund aldring.

3.4 Konsekvenser af mulige scenarier

Det er umiddelbart vanskeligt at fastslå, hvordan de tre udgiftsdrivere samlet vil påvirke baseline. Mens opgaveglidning og udvikling i kronikere og ældre medicinske patienter med multisygdom forventes at øge de fremtidige udgifter på ældre- og sundhedsområdet, vil øget sund aldring trække den anden retning og reducere disse udgifter.

De økonomiske konsekvenser af demografertilpasning og sund aldring i perioden 2017-2030 fremgår af nedenstående tabel, hvoraf det fremgår at den samlede demografertilpasning (inkl. sund aldring) frem til 2030 udgør 824 mio. kr., (heraf 293,7 mio. kr., frem til 2024). Der er ikke indregnet fremadrettede effektiviseringer og evt. budgettilførsler i perioden som følge af budgetaftaler, fremtidige aftaler om kommunernes økonomi, finanslovsaftaler mv.

I det følgende opstilles de mulige scenarier, som kan forventes at påvirke baseline for den fremtidige udvikling af udgifterne på ældre- og sundhedsområdet. Det skal understreges, at scenarierne for den fremtidige udgiftsudvikling på baggrund af de tre identificerede udviklingstendenser indeholder betydelige usikkerheder, idet de overvejende er baseret på skøn ud fra fremskrivninger af den historiske udvikling de seneste år med en forudsætning om at de her identificerede udviklingstendenser videreføres i nogenlunde samme takt.

Scenarie 1: Fortsat opgaveglidning på sundhedsområdet

På basis af den historiske udvikling i perioden 2008-2015 af den gennemsnitligt visiterede tid til sygepleje pr. borger estimeres de økonomiske konsekvenser af opgaveglidningen på sygeplejeområdet til at udgøre knap 4 pct. om året, hvilket svarer til ca. 6,6 mio. kr. Det skal bemærkes, at der ved denne fremskrivning ikke tages højde for evt. ændringer som følge af politiske beslutninger om ændringer af kvalitetsstandarder eller ændret visitationspraksis. Det vurderes dog, at den historiske udgiftsudvikling overvejende afspejler opgaveglidning på sundhedsområdet, da udviklingstendensen er den samme i alle lokalområder samt i andre kommuner. Udviklingen af visitationspraksis er ikke undersøgt nærmere.

Figur 9 viser, hvordan fortsat opgaveglidning på sundhedsområdet forventes at påvirke baseline. Det ses, at udgiftsniveauet for ældre- og sundhedsområdet ved et scenarie med fortsat opgaveglidning på sundhedsområdet forventes at stige med i størrelsesordenen 916 mio. kr. i perioden 2016-2030.

Figur 9 – Forventet udgiftsudvikling ved fortsat opgaveglidning på sundhedsområdet.

	2020	2025	2030
Udgiftsvækst i baseline	67	368	824
Udgiftsvækst ved fortsat opgaveglidning	93	427	916

Tiltag, der kan bidrage til at reducere udgiftsvækst som følge af fortsat opgaveglidning på sundhedsområdet er nærmere beskrevet i kapitel 4.

Scenarie 2: Fortsat vækst i kroniske sygdomme

Det er vanskeligt at opgøre den forventede udgiftsvækst som følge af fortsat vækst i kroniske sygdomme. Det skyldes først og fremmest manglende muligheder for at sammenkøre data fra sundhedsvæsenet, herunder diagnoser, med data fra det kommunale omsorgssystem. Derudover er gruppen af kronikere ikke særlig veldefineret i forhold til fastsættelse og afgrænsning af diagnoser i sundhedsvæsenet. Endelig har gruppen af københavnere med multisygdomme ofte forskellige hoveddiagnoser, selvom de grundlæggende har samme kroniske sygdom.

Grundlæggende kan der sondres mellem to tendenser i forhold til væksten i kroniske sygdomme. Den første skyldes øget hyppighed af forekomsten af en kronisk sygdom blandt københavnere i en given aldersgruppe. Den anden skyldes stigende enhedspriser for københavnere med en given kronisk sygdom som følge af et øget aldersbetinget omsorgsbehov, idet københavnere lever længere med deres kroniske sygdomme. Denne tendens kan beskrives som "usund aldring".

Arbejdsgruppens primære fokus har i forhold til væksten i kroniske sygdomme været på den forventede udvikling i antallet af københavnere med henholdsvis demens, kræft og diabetes.

I forhold til antallet af københavnere med demens kan der foreløbig ikke konstateres en øget hyppighed. Den forventede vækst på dette område tilskrives således primært den ændrede demografiske sammensætning, idet forekomsten af demens er kraftigt aldersbetinget, jf. figur 8.

For københavnere med kræft og diabetes forholder det sig anderledes. Her forventes hyppigheden af borgere med disse kroniske sygdomme at øges inden for en given aldersgruppe.

Et estimat for den forventede udgiftsvækst på ældre- og sundhedsområdet som følge af væksten i kroniske sygdomme er, som det fremgår af ovenstående, forbundet med stor usikkerhed.

Statens Serum Institut (SSI) har tidligere opgjort væksten i antallet af borgere med kroniske sygdomme i Danmark til knap 5 pct. for perioden 2010-2014. På landsplan forventes antallet af borgere med diabetes at stige mere dramatisk med ca. 280.000 frem mod 2025 fra ca. 320.000 i 2012 til ca. 600.000. Ligeledes forventes antallet af borgere med kræft at stige med ca. 129.000 i perioden, jf. figur 9.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har ikke kendskab til de faktiske gennemsnitlige enhedsomkostninger for de forskellige typer af kroniske sygdomme, hvorfor der ikke er grundlag for at lave en egentlig udgiftsfremskrivning. Ligeledes må en del af udgiftsvæksten vedr. kroniske sygdomme forventes at komme til udtryk gennem øget efterspørgsel efter sygepleje, hvorfor det kan være vanskeligt at adskille væksten i borgere med kroniske sygdomme fra væksten som følge af opgaveglidning i sundhedsvæsenet.

Figur 10 viser, hvordan fortsat vækst i antallet af københavnere med kroniske sygdomme kan forventes at påvirke baseline. Såfremt der bare kommer 10.000 flere diabetikere i København frem mod 2030, og

disse forudsættes i gennemsnit at koste ca. 15.000 kr. årligt i kommunale ældre- og sundhedsudgifter², vil udgifterne stige med 140 mio. kr. Det ses, at udgiftsniveauet for ældre- og sundhedsområdet ved dette scenarie forventes at stige med i størrelsesordenen ca. 10 mio. kr. om året i løbet af perioden 2017-2030. Det skal understreges, at de præcise gennemsnitlige kommunale omkostninger for københavnere med diabetes ikke kendes, hvorfor der er tale om et formentlig konservativt skøn.

Da det i praksis er vanskeligt at lave en klar sondring mellem udvikling i opgaveglidning og udgiftsvækst som følge af væksten i kroniske sygdomme, ses der således her alene på den forventede udvikling i antallet af diabetikere i København, mens øgede udgifter som følge af vækst i øvrige kroniske sygdomme forudsættes dækket af de skønnede omkostninger som følge af fortsat opgaveglidning.

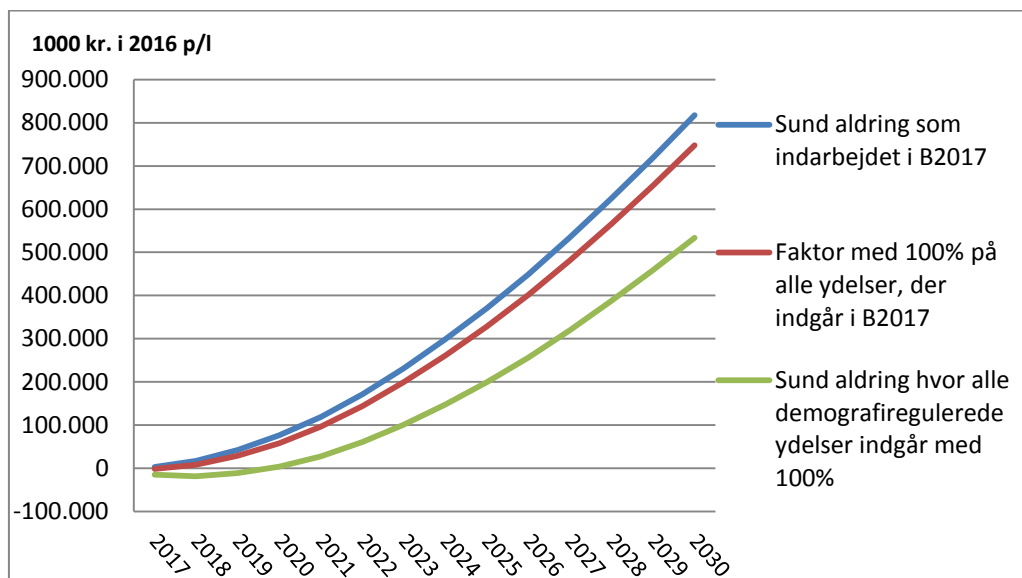
Figur 10 – Forventet udgiftsudvikling ved fortsat vækst i kroniske sygdomme.

	2020	2025	2030
Udgiftsvækst i baseline	67	368	824
Udgiftsvækst ved vækst i kroniske sygdomme	107	458	964

Scenarie 3: Fortsat vækst i sund aldring

Med den eksisterende model for sund aldring er plejeboligområdet, borgere der får mere end 12 timers hjemmehjælp samt de mest plejkrævende borgere, der får hjælpemidler og visitation hertil undtaget. I tabellen nedenfor ses forskellige versioner af modellen for sund aldring.

Figur 11 - Demografireguleringen med forskellige niveauer af sund aldring.



² De gennemsnitlige omkostninger til diabetespatienter er tidligere opgjort til 93.000 kr. årligt. De direkte sundhedsomkostninger udgør ca. 19.500 kr. mens de sociale udgifter, herunder hjemmehjælp, sygepleje, plejebolig, fysioterapi, psykologhjælp, hjælpemidler mv., udgør de resterende 73.500 kr. Kilde: Fokusmagasinet, maj 2008.

Den blå linje viser det forventede udgiftsbehov som følge af demografireguleringen med den model for sund aldring, der er indarbejdet i demografimodellen i dag. Modellen der er implementeret i dag tager udgangspunkt i, at sund aldring ikke påvirker udgiftsbehovet på plejeboligområdet, og kun i begrænset omfang påvirker udgiftsbehovet på hjemme- og sygepleje.

Der er vist to alternative modeller, hvor henholdsvis hjemme- og sygepleje påvirkes fuldt ud af sund aldring (rød linje), og hvor hele det demografiregulerede område påvirkes af sund aldring (grøn linje).

Figuren viser, at såfremt der fremadrettet indregnes fuld effekt af sund aldring på de demografiregulerede områder, der allerede indgår i sund aldring, vil det forventede udgiftsniveau i 2030 blive reduceret med ca. 70 mio. kr. Med en model, hvor hele det demografiregulerede område påvirkes 100 pct. af sund aldring, forventes udgiftsbehovet at ligge ca. 285 mio. kr. lavere i 2030.

Det kan være relevant løbende at genbesøge de afgrænsninger der er lavet i forbindelse med Københavns Kommunes sund aldring. Økonomiudvalget har således taget initiativ til at igangsætte et servicetjek af demografimodellen med henblik på, at både det demografibetingede udgiftsbehov og kommunens langsigtede råderum tilgodeses. Kommissoriet for dette arbejde forventes forelagt Økonomiudvalget sammen med juniindstillingen for budget 2017.

Baggrunden for dette servicetjek er udviklingen i rehabiliteringsindsatserne og det kraftigt stigende socioøkonomiske indeks. Det vil være relevant at undersøge, om der kan ses tendenser til at også gruppen af modtagere af hjemmehjælp og sygepleje over 12 timer og plejeboligområdet påvirkes af udviklingen i retning af en mere sund alderdom. I tabellen ovenfor ses de økonomiske effekter af scenarier, hvor en større del af ældreområdet eller hele området påvirkes en mere sund aldring.

Det kunne i den forbindelse styrke udgangspunktet for denne analyse at kigge nærmere på kommunens visitationskriterier / serviceniveau i forhold til på landsplan.

4. Muligheder for at reducere udgiftsvæksten

I dette kapitel analyseres konkrete håndtag til at reducere udgiftsvæksten i de kommende år.

Det skal bemærkes, at fremtidige effektiviseringskrav, som Borgerrepræsentationen træffer beslutning om i forbindelse med vedtagelse af de årlige budgetter, ikke er indarbejdet i analysen. De fremtidige effektiviseringskrav forventes tilvejebragt ved en kombination af forskellige tiltag. Det drejer sig for det første om fortsatte effektiviseringer, som skaber en bedre ressourceudnyttelse i forhold til arbejdstilrettelæggelse og omlægning af opgaveløsningen.

For det andet er der en række mere strukturelle håndtag, som sigter på at understøtte, at borgerne fremadrettet i højere grad kan klare sig selv eller med hjælp i mindre omfang end i dag. Som eksempler kan nævnes igangværende arbejde med udbredelse af velfærdsteknologi, indførelse af digitalt understøttet arbejdstilrettelæggelse, smidigere samarbejde mellem sundhedsvæsenets aktører og ikke mindst en styrket gennemgående rehabiliterende indsats.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen arbejder allerede i dag med en række strategier og værktøjer inden for disse områder, som alle tænkes at bidrage til at reducere væksten i det fremtidige udgiftsniveau på ældre- og sundhedsområdet. Effekten af indsatserne vil indgå som en del af grundlaget for den årlige budgetudmøntning, uanset om disse tilvejebringes gennem investeringsforslag, der finansieres af puljen til smarte investeringer i kernevelfærden, effektiviseringsforslag, der indgår i forvaltningsspecifikke effektiviseringer eller gennem interne strukturelle omlægnings. Denne type effektiviseringer ændrer i udgangspunktet ikke ved kvalitet og serviceniveau.

Såfremt det ikke er muligt at realisere fastsatte effektiviseringskrav gennem optimeret ressourceanvendelse og offensive strategier for anvendelse af velfærdsteknologi, digitalt understøttet arbejdstilrettelæggelse og en øget rehabiliterende indsats, vil det være nødvendigt at tilvejebringe det resterende effektiviseringskrav gennem servicereduktioner, som sigter på enten at reducere antallet af modtagere af en given ydelse, eller at reducere indholdet af ydelsen. Øget brugerbetaling for ydelsen kan evt. indgå som et element i tilpasningen af ydelsen og efterspørgslen efter denne.

Dette kapitel giver en nærmere beskrivelse af de strategier og værktøjer, som Sundheds- og Omsorgsforvaltningen arbejder med, og som bidrager til at reducere borgernes behov for hjælp. Det er aftalt, at der ved beregning af økonomiske potentialer er mulighed for at indregne sparede, uomgængelige merudgifter.

4.1 Øget brug af velfærdsteknologi

Borgerrepræsentationen godkendte på mødet den 22. august 2013 den velfærdsteknologiske plan "Nye veje til sundhed og omsorg - fire velfærdsteknologiske spor på vej mod 2025", jf. bilag x. Københavns Kommune har som ambition at blive førende inden for udvikling af velfærdsløsninger, bl.a. gennem nye partnerskaber med borgere, medarbejdere, virksomheder, fagforeninger og forskningsinstitutioner i både ind- og udland. Med strategien kan Københavns Kommune i fremtiden give mere og bedre sundhed og omsorg til københavnere samt arbejde for at udligne de store forskelle i helbred og

livskvalitet og sikre de svageste ældre og kronikerne den omsorg og pleje, de har brug for. Samtidig skal strategien trække vækst, innovation og arbejdspladser til byen.

”Nye veje til sundhed og omsorg – fire velfærdsteknologiske spor på vej mod 2025” åbner således for et tæt og mere systematisk samarbejde med københavnere, medarbejdere i Københavns Kommune, virksomheder og forskere om at finde nye velfærdsteknologiske veje. Det åbne samarbejde får innovation og fornyelse af sundhed og omsorg til at gå hånd i hånd med vækst, eksport og arbejdspladser.

Strategien indeholder fire spor:

- Fra udvikling til udbredelse
- Forebyggelse i den aktive by
- Hjælp til selvhjælp i en sund og aktiv hverdag
- Mere pleje og omsorg til de svageste

De fire velfærdsteknologiske spor sætter retningen for udviklingen af velfærdsteknologien. Retningen konkretiseres gennem business cases til smarte investeringer i kernevelfærden på baggrund af Sundheds- og Omsorgsudvalgets beslutninger, herunder hvilke udfordringer og målgrupper der skal findes velfærdsteknologiske løsninger til, kvaliteten af løsningerne og omfanget af investeringer.

HVAD ER VÆLFÆRDSTEKNOLOGI?

Velfærdsteknologi er ny teknologi, der understøtter borgernes hverdag og medarbejdernes arbejdsdag.

På sundheds- og ældreområdet er velfærdsteknologi rettet mod:

- Ældre borgere, borgere med kroniske sygdom m.fl. og er et middel til, at de kan genskabe og udvide deres livsbetingelser
- Medarbejdere og er et middel til, at de kan frigøre ressourcer og løfte arbejdsopgaver på en lettere og smartere måde.

Som et konkret resultat og en forudsætning for det videre arbejde er der i Sundheds- og Omsorgsforvaltningens etableret en Velfærdsklinik, som bl.a. i samarbejde med Københavns Universitet og Danmarks Teknologiske Universitet har til opgave at udvikle og teste teknologier og produkter sammen med virksomheder.

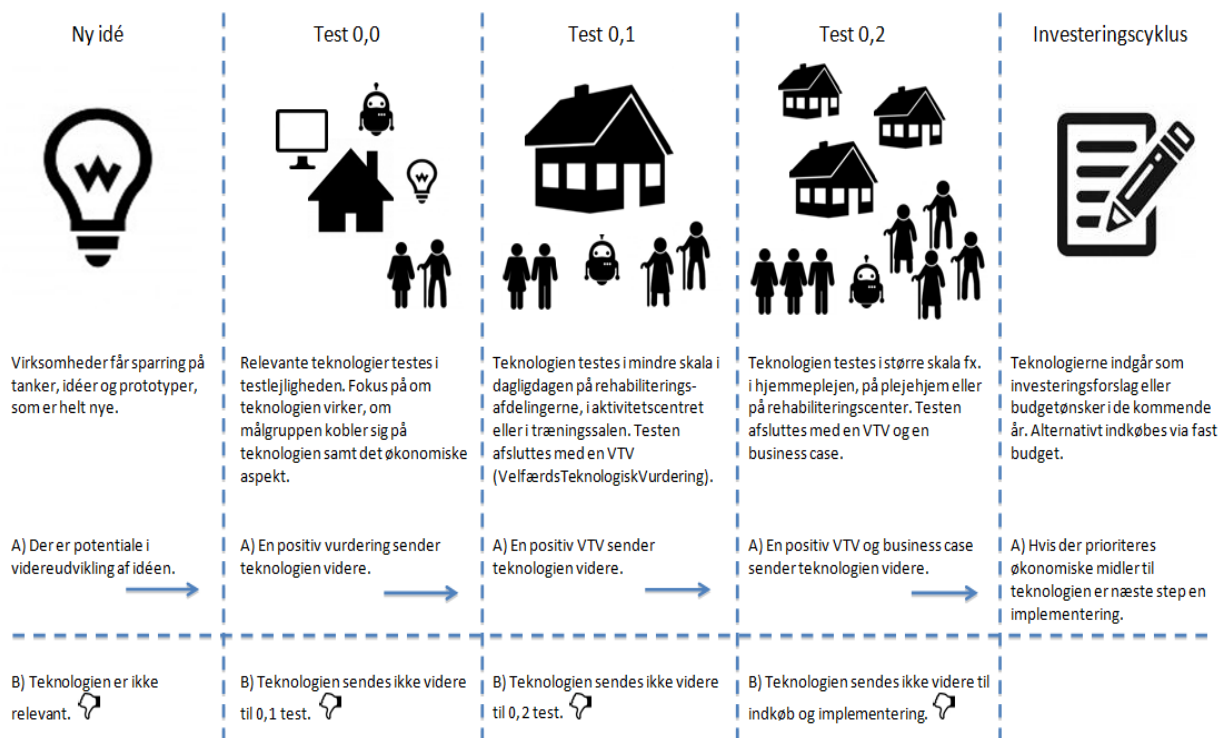
Der har været siden strategiens vedtagelse været fokus på:

- ➔ At opbygge forvaltningens kapacitet til at afprøve/ teste velfærdsteknologi, således at der kan udarbejdes realistiske vurderinger af teknologiernes potentiale, inden der foretages investeringer.
- ➔ At sikre at der foretages systematisk opfølgning på investeringer for både at vurdere gevinstrealisering og understøtte implementeringen.
- ➔ I 2016 er der fokus på, at styrke forvaltningens samlede kapacitet til at tage velfærdsteknologi i brug og dermed høste de potentielle gevinster for såvel kvalitet, arbejdsmiljø som effektivitet.

Sikring af at velfærdsteknologi faktisk giver de tilsigtede gevinster starter allerede i den systematiske test af teknologien før en investering. Testen sker i tæt samarbejde med de borgere, medarbejdere og ledere, der evt. skal bruge velfærdsteknologien i dagligdagen, jf. figur 12. Modellen understøtter, at der systematisk indsamles data og viden om de løsninger, der testes, og at der dermed skaffes et solidt

vidensgrundlag for at vurdere, om der skal investeres i løsningen. Eksempelvis har mobile lifte, som er en del af investeringsforslaget "2 til 1" til budget 2017, fulgt ovenstående teststruktur.

Figur 12: Faser ved test og ibrugtagning af velfærdsteknologi i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.



Status

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i en årrække foretaget investeringer i en række velfærdsteknologiske løsninger med henblik på at opnå en højere kvalitet for borgerne, bedre arbejdsmiljø og i mange tilfælde en økonomisk effektivisering. Siden 2014 er det sket på baggrund af ovenstående model for udarbejdelse af valide business cases samt efterfølgende opfølgning på, om de forventede effektiviseringer opnås.

Figur 13 viser status for allerede implementerede og igangværende velfærdsteknologiske investeringer på Sundheds- og Omsorgsforvaltningens område, hvor der har været eller er tilknyttet økonomiske effektiviseringspotentialer. Det fremgår, at der i Sundheds- og Omsorgsudvalgets budgetter er indregnet effektiviseringer for samlet over 23 mio. kr. årligt ved implementering af igangværende initiativer. Dertil kommer de af Borgerrepræsentationen godkendte business cases til smarte investeringer i kernevelfærden, som indarbejdes i budget 2017 og vil frigøre yderligere 16,1 mio. kr. årligt ved fuld implementering. Investeringer i velfærdsteknologi på Sundheds- og Omsorgsudvalgets område forventes således samlet frigøre ca. 40 mio. kr. årligt ved fuld indfasning.

Figur 13: Status vedr. implementerede og igangværende velfærdsteknologiske investeringer.

Forslag	Besluttet budgetår	Opfølgning
Løftlifte på plejecentre	2009	I 2009 blev der investeret i indkøb af løftlifte på plejecentre, med henblik på at opnå en varig effektivisering på 1,7 mio. kr. (2009 p/l) i budget 2011 og frem. Der blev i 2013/2014 fulgt op på investeringen – og det viste sig, at der er et større effektiviseringspotentiale end oprindeligt antaget, ved brug af løftlifte. For at indfri dette potentiale skulle der investeres i teknologier, som supplerede forflytningen. Derfor blev forslaget "Forflytningsteknologier der supplerer løftlifte" udarbejdet og besluttet i budgetår 2015.
Vaske- tørretoiletter	2012	Der er indregnet en varig effektivisering på 5,7 mio. kr. (2012 p/l) Der har dog været en række implementeringsudfordringer med vaske-tørretoiletter, hvilket bl.a. skyldes udfordringer med vedligehold, og at der blandt medarbejdere har manglet viden om, hvordan vaske-tørretoiletterne helt konkret benyttes. Der er igangsat et arbejde med at understøtte implementeringen. Der er ikke foretaget en opfølgning på, om de forventede gevinster er indfriet.
Strømpe-påtagere i hjemmeplejen	2012	Der er indregnet en varig effektivisering på 1,5 mio. kr. (2012 p/l). Det er ikke umiddelbart muligt, at gennemføre en analyse af, hvorvidt de forventede gevinster er indfriet, da der ikke er etableret en baseline. Der er indkøbt ca. 1.500 strømpe-påtagere, som benyttes i driften.
Forflytnings-teknologier, der supplerer løftlifte	2015	Der er indregnet en varig effektivisering på 1,98 mio. kr. (2015 p/l) I 2013/2014 gennemførte Arbejds miljø København en opfølgingsanalyse på gevinsten ved brug af løftlifte. Analysen viste, at der var et større effektiviseringspotentiale ved løftlifte end oprindeligt beregnet, hvis der blev investeret i teknologier, som supplerede forflytningen, og derfor blev forslaget "Forflytningsteknologier, der supplerer løftlifte" udarbejdet. Investeringen er stadig under implementering fordi forslaget strækker sig over 2015 og 2016. Der foretages en opfølgning i løbet af 2016, som forventes færdig til september.
Halv og helautomatiske senge på plejecentre	2016	Under implementering. Der er indregnet en varig effektivisering på 0,812 mio. kr. (2016 p/l) fra 2018. Opfølgning på gevinster planlagt til at ske i løbet af 2016, og forventes færdig til september.
Hygiejne-løsninger	2016	Under implementering. Der er indregnet en varig effektivisering på 1,258 mio. kr. (2016 p/l) fra 2018. Opfølgning på gevinster planlagt til at ske i løbet af 2016, og forventes færdig til september.
Vaskeservietter	2016	Under implementering. Der er indregnet en varig effektivisering på 2,8 mio. kr. (2016 p/l). Opfølgning på gevinster planlagt til at ske i løbet af 2016, og forventes færdig til september.
Skærmesøg	2016	Under implementering. Der er indregnet en varig effektivisering på 7,0 mio. kr. (2016 p/l) fra 2019. Opfølgning på gevinster planlagt til at ske i løbet af maj 2016, og forventes færdig til juni.

De økonomiske effektiviseringer er gennemført, men der er ikke i alle tilfælde fulgt systematisk op på, hvorvidt velfærdsteknologien i praksis har medført den forventede effektivisering af den daglige drift. I det tilfælde, hvor der foreløbig er gennemført en opfølgning, har det vist sig, at effektiviseringspotentialet reelt var større end først antaget. Omvendt er der en række udfordringer i implementering og drift af velfærdsteknologi, som gør, at det kan være vanskeligt at opnå de forventede mål.

Der er i strategien "Nye veje til sundhed og omsorg" fokus på at sikre systematisk opfølgning på investeringer for både at vurdere gevinstrealisering og understøtte implementeringen. Dog er det forsat en udfordring at sikre implementering. På den baggrund er der i 2016 fokus på at få forbedret organisationens implementeringskapacitet. Med udgangspunkt i helt konkrete afprøvninger og erfaringer fra plejecenter Langgadehus, vil forvaltningen udvikle en model for implementering af velfærdsteknologi i stor skala.

Ligeledes arbejdes der med udbredelse af digital understøttet genoptræning (DUG), som på sigt også forventes at kunne bidrage til effektivisering. Det er et mål i strategien "Nye veje til sundhed og omsorg" at udvikle og udbrede virtuel genoptræning frem mod 2018, så denne kan erstatte eksisterende træningsydelser og gøre borger i stand til selv at træne.

Det er endnu for tidligt at kvalificere det endelige effektiviseringspotentiale for Københavns Kommune. Det forventes, at der indenfor områderne borgerrettet forebyggelse, genoptræning og rehabilitering i de kommende år vil ske en yderligere teknologisk udvikling. Denne følges nøje. Ligeledes forventes det, at der etableres bedre vidensgrundlag for en lang række målgrupper og indsatser i takt med, at der skabes robuste evalueringer af velfærdsteknologiske tiltag inden for sundheds- og omsorgsområdet.

Tabel 13 - Økonomisk effekt af indsatser vedr. øget brug af velfærdsteknologi.

Årlig økonomisk effekt	2016	2017	2018	2019	2020	2025	2030
Allerede gennemførte effektiviseringer	-11,1	-11,7	-11,7	-11,7	-11,7	-11,7	-11,7
Igangværende effektiviseringer	-2,4	-4,1	-7,0	-12,1	-12,1	-12,1	-12,1
Total	-13,4	-15,7	-18,7	-23,8	-23,8	-23,8	-23,8
<i>Yderligere potentiale</i>	-	-	-3	-6	-9	-24	-39

Den velfærdsteknologiske udvikling går stærkt, hvorfor det ikke er muligt at forudsige nye velfærdsteknologiske muligheder, selvom der er bred enighed om, at der i de kommende år forsat tilvejebringes nye velfærdsteknologiske og digitale løsninger. Ved opgørelse af yderligere potentiale er det forudsat, at der fra 2018 og frem kan tilvejebringes nye velfærdsteknologiske effektiviseringer for i gennemsnit 3 mio. kr. årligt svarende til de gennemsnitlige nye velfærdsteknologiske effektiviseringer i budget 2016-2019). Derudover forventes der være et yderligere potentiale ved implementering af velfærdsteknologi i stor skala på plejecentre. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er på nuværende tidspunkt i gang med at kvalificere dette effektiviseringspotentiale gennem forsøg med udbredelse af velfærdsteknologi i stor skala på plejecentret Langgadehus. Endvidere forventes der et yderligere effektiviseringspotentiale som følge af forsat arbejde med forbedret arbejdstilrettelæggelse og digitalt understøttede arbejdsgange, bl.a. i tilknytning til implementeringen af Sundheds- og

Omsorgsforvaltningens nye omsorgssystem CURA.

4.2 Styrket rehabilitering

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har siden 2010 arbejdet systematisk med rehabilitering – tidligere benævnt hverdagsrehabilitering. I 2010 og 2011 gennemførte forvaltningen to pilotprojekter. Fra 2012 blev hverdagsrehabilitering på praktisk hjælp implementeret i alle lokalområder - og fra 2013 også på personlig pleje. Evalueringer har vist, at to ud af tre deltagende borgere havde et godt udbytte af deres forløb. Imidlertid har andelen af nye og kendte borgere, der fik et forløb (vedrørende praktisk hjælp) været relativt beskeden med henholdsvis 15 pct. og 11 pct. i 2014.

I januar 2015 trådte loven om fremtidens hjemmehjælp i kraft. Lovens formål er at styrke det rehabiliterende fokus i hjemmeplejen. Med lovændringen er kommunerne forpligtet til – forud for en vurdering af borgers behov for indsatser efter Servicelovens bestemmelser om hjemmehjælp (§ 83) – at vurdere om et korterevarende og tidsafgrænset udrednings- og rehabiliteringsforløb vil kunne hjælpe borgeren til bedre at kunne klare sig selv i hverdagen og dermed udsætte eller nedsætte borgers behov for hjemmehjælp.

Dette er helt i tråd med Københavns Kommunes ældrepolitik, som sigter mod, at borgere skal have hjælp til at kunne selv, så de kan mestre deres hverdag, og *”derfor skal københavnernes opleve at støtte og træning til at klare hverdagens gøremål selv er udgangspunktet for al den hjælp, der tilbydes af både hjemmeplejen og på plejecentrene”*.

Med baggrund i tidligere erfaringer, lovændringen og Ældrepolitikken iværksatte forvaltningen i 2015 et stort udviklingsarbejde for at øge andelen af borgere, der modtager udredning og rehabilitering samt forbedre kvaliteten og effekten af indsatsen. Dette skete gennem en lokal, medarbejderdreven innovativ tilgang, hvor hvert lokalområde udviklede og afprøvede forskellige modeller for tilrettelæggelse og organisering af udrednings- og rehabiliteringsforløb.

Modellerne har haft til fælles, at de har:

- Taget udgangspunkt i borgerens ønsker og behov med en åben og undersøgende tilgang og arbejdet systematisk med mål og opfølgning
- Haft en helhedsorienteret tilgang til borgernes fysiske, psykiske og sociale funktionsevne
- Haft fokus på det tværfaglige samarbejde mellem faggrupper, der har samarbejdet i teams om borgerens forløb
- Sikret ledelsesfokus og -samarbejde.

Modellerne blev i efteråret 2015 evalueret. Evalueringsresultaterne viste et generelt løft i omfang, kvalitet og effekt som følge af udviklingsarbejdet. Således blev 55 pct. af alle nyhenvendte udredt enten af visitationen eller en tværfaglig enhed, og 23 pct. af nyhenvenderne deltog i et rehabiliteringsforløb. To ud af tre borgere har oplevet en positiv fremgang i forhold til de mål, de har sat for deres rehabiliteringsforløb. Sammenlignet med 2014 er der færre nyhenvendte, som får

hjemmehjælp tre måneder efter, at de har henvendt sig til kommunen, og de har behov for mindre hjælp.

På baggrund af evalueringens resultater besluttede Sundheds- og Omsorgsforvaltningen den fremadrettede organisering af udrednings- og rehabiliteringsindsatsen. Udviklingsarbejdet fortsætter i 2016 og har fokus på fortsat udvikling af den faglige kvalitet i udrednings- og rehabiliteringsindsatserne, herunder at ændre disse fra at være standardiserede enkeltydelser til at blive blokke, hvilket skaber mere fleksibilitet og øger det faglige råderum i indsatsen.

Udrednings- og rehabiliteringsforløbene har fortsat en helhedsorienteret tilgang med fokus på både fysiske, sociale og mentale aspekter. Ligeledes er der et overordnet fokus på tværs af byen på at videreudvikle samarbejdet med frivillige foreninger og klubber, både undervejs i udrednings- og rehabiliteringsindsatsen og som udslusning efter endt forløb.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har opstillet en række ambitiøse mål for indsatsen, som skal nås i løbet af andet halvår 2016. Det drejer sig om andelen af borgere, der skal vurderes i forhold til rehabiliteringspotentiale; andelen, der tilbydes udrednings- og rehabiliteringsforløb; samt andelen, der skal have et positivt udbytte af at deltage i forløb.

Figur 14: Mål for udrednings- og rehabiliteringsforløb for hhv. nyhenvendte og kendte i 2016.

Mål for nyhenvendte	Resultat 2014	Baseline pr. 1. nov. 2015*	Mål 2016**
Andel af alle nyhenvendte, der er blevet myndighedsfagligt vurderet vedr. borgers motivation og rehabiliteringspotentiale	Ikke opgjort	Ikke opgjort	100 pct.
Andel af alle nyhenvendte, der henvises til udrednings- og rehabiliteringsforløb	15 pct.	47 pct.	80 pct.
Andel af alle nyhenvendte, der har positivt udbytte af udrednings- og rehabiliteringsforløb	Ikke opgjort	23 pct.	40 pct.
Mål for kendte borgere	Resultat 2014	Baseline pr. 1. nov. 2015*	Mål 2016**
Myndighedsfaglig vurdering af borgers motivation og rehabiliteringspotentiale (andel af alle kendte)	Ikke opgjort	Ikke opgjort	Endnu ikke fastsat
Andel af alle kendte borgere, der henvises til udrednings- og rehabiliteringsforløb	5 pct.	10 pct.	15 pct.
Andel af kendte borgere, som har modtaget udrednings- og rehabiliteringsforløb, der har positivt udbytte	Ikke opgjort	41 pct.	50 pct.

*Baseline udregnet som et gennemsnit af alle lokalområder i perioden februar – oktober

** Mål er sat ud fra de bedste resultater i 2015

Status

Det er vanskeligt at opgøre de forventede fremtidige omkostninger til pleje og omsorg for borgere, hvis behov for hjælp reduceres eller udsættes på baggrund af den rehabiliterende indsats som følge af iværksatte udrednings- og rehabiliteringsforløb.

Evalueringen i 2015 indikerede et økonomisk potentiale, idet nyhenvendere, der i 2015 havde gennemgået et udrednings- og rehabiliteringsforløb blev visiteret til færre ydelser, end det var tilfældet for nyhenvendere i 2014.

Omkostningerne til gennemførelse af nye udrednings- og rehabiliteringsforløb dækkes på baggrund af erfaringerne fra 2015 gennem færre visiterede timer til praktisk bistand og personlig pleje, idet borgere, der har modtaget et udrednings- og rehabiliteringsforløb forventes i højere grad at kunne klare sig med mindre hjælp eller blive helt selvhjulpne. En styrket udrednings- og rehabiliteringsindsats forventes på sigt også at bidrage til yderligere effektiviseringer, som vil indgå i de kommende års budgetlægning og gøre forvaltningen bedre i stand til at håndtere den demografiske udvikling.

Det er endnu meget tidligt at vurdere det samlede økonomiske potentiale som følge af indførelse af udrednings- og rehabiliteringsforløb. Dette vil afhænge af, dels hvor mange borgere, der henvises til indsatsen, dels af effekten af denne. Således er der endnu ikke grundlag for at foretage en vurdering af den varige effekt af en øget udrednings- og rehabiliteringsindsats.

Baseret på erfaringerne fra de lokalområder i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, hvor pilotprojekterne vedr. udrednings- og rehabiliteringsforløb i 2015 viste de bedste resultater – og under forudsætning af, at de ovenstående opstillede mål for udrednings- og rehabiliteringsforløb realiseres, er det Sundheds- og Omsorgsforvaltningens foreløbige estimat, at der på sigt vil kunne spares op mod 10 pct. i forhold til det nuværende omkostningsniveau til hjemmeplejen, jf. tabel 15. Estimatet tager udgangspunkt i, at omkostningerne til et udrednings- og rehabiliteringsforløb i gennemsnit vil være 4.000 kr. inkl. visitation, og at kommunen vil spare i gennemsnit 20.000 kr. årligt pr. borger for de 50 pct. af nyhenvenderne, som forventes at være helt eller delvist selvhjulpne efter udrednings- og rehabiliteringsforløbet. Endvidere er det forudsat, at effekten for nyhenvenderne gradvist øges til at gælde for alle kendte borgere frem mod 2022. Der vil være behov for at kvalificere estimatet på baggrund af erfaringerne med implementering af udrednings- og rehabiliteringsforløb i stor skala i 2016.

Tabel 15 - Økonomisk effekt af indsatser vedr. øget rehabilitering.

Årlig økonomisk effekt	2018	2019	2020	2025	2030
Yderligere potentiale	-25	-33	-41	-60	-68

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen følger den fortsatte implementering af udrednings- og rehabiliteringsforløbene i 2016 tæt med henblik på at følge såvel indsatsernes omfang som effekt. På

baggrund af erfaringerne, herunder indsatsernes varige dokumenterbare effekt, vil Sundheds- og Omsorgsforvaltningen udarbejde evt. effektiviseringsforslag som grundlag for de forvaltningsspecifikke effektiviseringer til budget 2018-2021.

Det skal bemærkes, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen også arbejder med rehabilitering inden for sundhedsområdet, hvor indsatsen målrettes patientrettet forebyggelse, herunder forløb på henholdsvis Center for Kræft og Sundhed og Hjerneskade og Rehabiliteringscenter København, genoptræning efter Sundhedsloven og Serviceloven i træningscentre samt rådgivning på stressklinikker. Der er foreløbig ikke foretaget beregninger af effekterne af disse indsatser, herunder beregninger af økonomiske potentialer i form af sparede, uomgængelige merudgifter.

Det er besluttet, at Københavns Kommunes Sundhedshuse fra den 1. juli 2016 skal have en ny profil og organisering. Den nye profil indebærer, at Sundhedshusene i højere grad end i dag skal fokusere på den patientrettede forebyggelse frem for den borgerrettede forebyggelse. Samtidig betyder det også, at tværfagligheden mellem genoptræning og forebyggende indsatser styrkes. Med den nye profil for Sundhedshusene ønsker Københavns Kommune at skabe målrettede tilbud til borgere, som har behov for genoptræning og patientrettet forebyggelse, hvor tilbuddene i højere grad matcher borgernes ønsker og behov.

I 2016 forventes der udarbejdet en ny handleplan for diabetes, hvor der er særligt fokus på at påvirke den uheldige udvikling på diabetesområdet. Et af tiltagene er at styrke den sammenhængende indsats gennem etablering af et Center for Diabetes.

4.3 Smidigt samarbejde mellem sundhedsvæsenets aktører

Borgere, der er syge eller er i risiko for at blive ramt af sygdom, har brug for en sammenhængende indsats fra kommuner, hospitaler og praksissektor. Et velfungerende og forpligtende samarbejde mellem alle parter på sundhedsområdet er med til at understøtte, at borgeren får en positiv oplevelse af sit forløb og i sidste ende kan blive enten rask eller få hjælp til at leve bedre med sin sygdom.

Samarbejdet mellem sundhedsvæsenets aktører foregår på basis af de indgåede sundhedsaftaler samt praksisplaner. Den gældende sundhedsaftale har som ambition at sætte borgeren i centrum og rette fokus mod de effekter, borgeren skal opleve, som følge af aftalerne mellem sundhedsvæsenets aktører.

Sundhedsaftale 2015-2018 bygger på fire politiske visioner:

- At borgerne oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen
- At udvikle og udbrede nye samarbejdsformer.
- At sundhedsvæsenet bidrager til at skabe mere lighed i sundhed
- At borgeren selv oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen

Sundhedsaftalen har særligt fokus på at bringe borgere, herunder pårørendes viden og ressourcer bedre i spil i eget forløb og i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen. Det handler om at

tilbyde borgerne indsatser af ensartet høj kvalitet samt at styrke koordinering, kommunikation og udviklingen af nye samarbejdsformer, der sikrer effektive forløb.

Borgere, der har en langvarig eller kronisk somatisk eller psykisk sygdom, skal opleve, at alle indsatser i det samlede sundhedsvæsen tilrettelægges ud fra en rehabiliterende tilgang, og at borgeren kan fastholde det bedst mulige funktionsniveau. Det tværsektorielle samarbejde skal derfor indrettes således, at opgaven altid løses med høj kvalitet, sammenhæng for borgeren og effektiv ressourceudnyttelse.

I tillæg til Sundhedsaftalen udarbejdes årlige implementeringsplaner, der prioriterer hvilke indsatser, der skal arbejdes med det kommende år, og hvordan arbejdet skal forankres organisatorisk.

Status

Ældre kan have svært ved at klare hverdagens gøremål efter en indlæggelse, og borgere, der lige har fået konstateret en kronisk sygdom, skal indrette deres hverdag på en helt ny måde. Der kommer 12.600 flere unge ældre (65-79 år) frem mod 2025, og med nye operationsmetoder bliver flere udskrevet tidligere fra hospitalerne. Hver tredje københavnere har en kronisk sygdom, fx diabetes, KOL, knogleskørhed eller muskelskeletlidelser. Der er derfor behov for løsninger, der gør ældre københavnere med kroniske sygdomme og københavnere med behov for genoptræning mere selvhjulpne.

Københavns Kommune deltager aktivt i alle samarbejdsfora, der er nedsat inden for sundhedsområdet mellem Region Hovedstaden og de 29 kommuner i regionen, herunder Sundhedskoordinationsudvalget, Den Administrative Styregruppe (DAS), diverse arbejdsgrupper under DAS, Samordningsudvalg Byen og Syd.

Københavns Kommune er i løbende dialog med regionen om udviklingen i den kommunale medfinansiering og mulighederne i at reducere denne gennem udviklingen af nye fælles indsatser.

Der er igangsat en række initiativer som skal understøtte sammenhængende forløb for borgerne mellem regionens hospitaler og kommunens indsatser:

- Udskrivningskoordinatorer
- Kom trygt hjem
- Videre udvikling af Tværsektoriel udredningsenhed og udskrivningsenhed (TUE)
- Forløbskoordination for den ældre medicinske patient, herunder projekt for borgere i plejebolig
- I samarbejde med Dansk Patientsikkerhed søges satspuljemidler til sikre patientforløb

Ud over disse tiltag, som skal understøtte de sammenhængende forløb, er det nødvendigt, at der arbejdes på at indgå samarbejde om deling af data, da det for at sikre sammenhængende forløb er essentielt, at data om borgerens sundhedstilstand kan deles smidigt og sømløst mellem alle sundhedsvæsenets aktører. Muligheden for at skabe effektiviseringsgevinster i den daglige drift, og ikke kun i enkeltstående projekter, er således afhængig af datadeling på tværs af region og kommuner.

I takt med åbningen af de nye supersygehuse og dermed mere specialiserede funktioner på hospitalerne vil der forventelig ske en yderligere reduktion i antallet af borgernes gennemsnitlige antal

liggedage på hospitalerne. Dette vil stille yderligere krav til KK om hjemtagning af færdigbehandlede borgere med lavt funktionsniveau.

Det er vanskeligt at opgøre det økonomiske effektiviseringspotentiale ved de igangværende tiltag, idet Sundheds- og Omsorgsforvaltningen ikke er bekendt med dokumenterede studier heraf. Et af hovedproblemerne i forhold til at dokumentere de økonomiske effekt er, at udgifterne til de konkrete indsatser skal sammenholdes med de forventede udgifter til de indsatser, som borgerne ellers sandsynligvis ville have modtaget, herunder sygehusindlæggelser. Yderligere kvalificering vil således forudsætte et studie med anvendelse af en kontrolgruppe.

Det er dog Sundheds- og Omsorgsforvaltningens vurdering, at de ovenstående tiltag bidrager til at reducere ellers uomgængelige merudgifter. Værdien heraf er imidlertid vanskelig at fastsætte.

Der er i opgørelsen af baseline ikke indregnet evt. budgettilførsler i forbindelse med kommende økonomiaftaler mellem KL og regeringen. Det må imidlertid forventes, at en del af den forventede fremadrettede opgaveglidning på sundhedsområdet vil blive finansieret gennem økonomiaftalerne. Der vil som hovedregel også være tilknyttet nye opgaver og ansvarsområder i forbindelse med sådanne ressourceførsler, hvorfor Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vurderer, at fremtidige budgettilførsler på ældre- og sundhedsområdet i forbindelse med aftalerne om kommunernes økonomi kun i mindre omfang kan forventes at løse problemstillingerne vedr. opgaveglidning på sundhedsområdet.

5. Konklusion og anbefalinger

Der forventes frem mod 2030 et voksende udgiftspres på ældre- og sundhedsområdet. Dels forventes antallet af københavnere over 65 år at øges med over 20.000, dels sker der en fortsat vækst i antallet af kronikere samt en udvikling af sundhedsvæsenet, hvor kommunen skal håndtere flere borgere med mere ustabile og komplicerede sygdomstilstande end tidligere.

Omkostningsanalysen viser på baggrund af de beskrevne udviklingstendenser, at der i de kommende år vil komme et massivt økonomisk pres på ældre- og sundhedsområdet i Københavns Kommune.

Fremskrivningen af omkostningerne ved eksisterende serviceniveauer viser, at de årlige udgifter på ældre- og sundhedsområdet i 2030 må forventes at være ca. 824 mio. kr. højere. Denne vækst udgør den såkaldte baseline i figur 16.

De beskrevne udviklingstendenser i form af fortsat ufinansieret opgaveglidning på sundhedsområdet samt et stigende antal københavnere med kroniske sygdomme viser et scenarie, hvor de årlige udgifter på ældre- og sundhedsområdet i 2030 risikerer at være op mod ca. 1.056 mio. kr. højere end i dag.

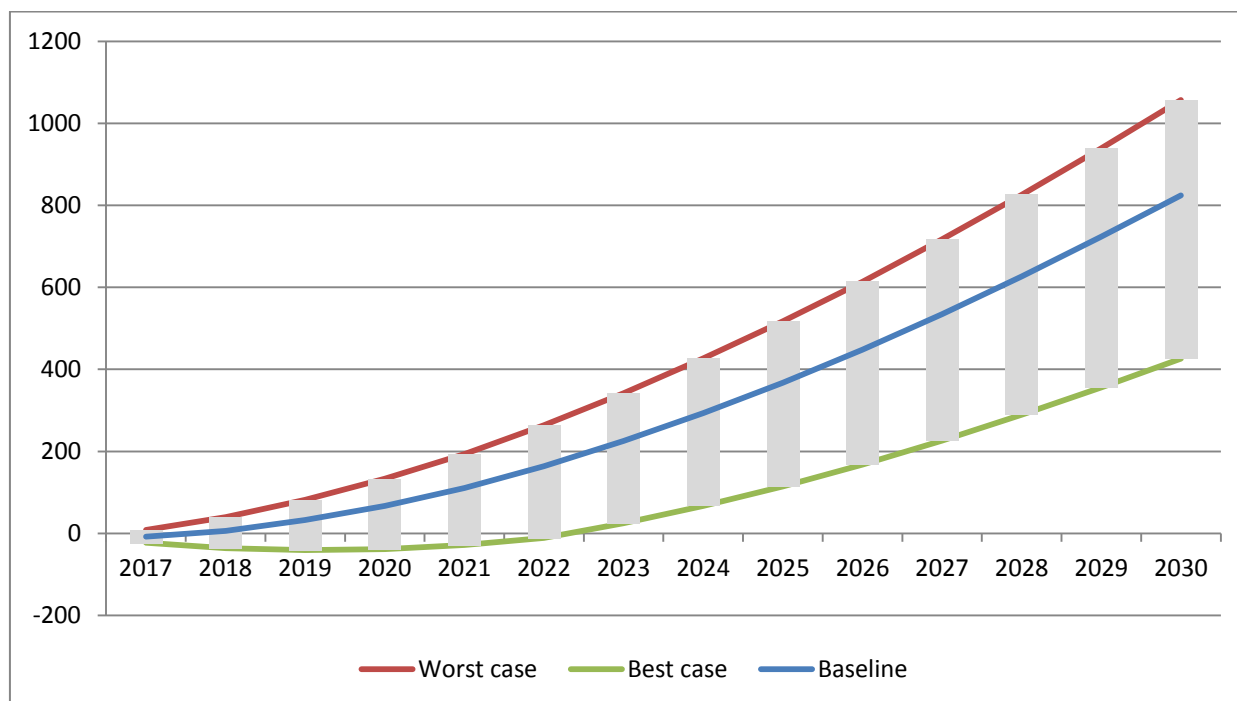
Omvendt forventes målrettede indsatser, der sigter på at gøre københavnere mere selvhjulpne, at kunne bidrage til at reducere den forventede udgiftsvækst med over 100 mio. kr. årligt i 2030. Det drejer sig om en forstærket rehabiliteringsindsats, der sigter på at gøre de københavnere, som har et rehabiliteringspotentiale, helt eller delvist selvhjulpne – og at kompensere for varige funktionsnedsættelser gennem øget brug af velfærdsteknologi, der understøtter borgerne i bedre selv at mestre hverdagen.

I den eksisterende model for sund aldring er plejeboligområdet, borgere der får mere end 12 timers hjemmehjælp samt de mest plejekrævende borgere, der får hjælpemidler og visitation hertil undtaget. Sund aldring er således ikke indregnet med fuld effekt og på alle demografiregulerede områder. Hvis sund aldring forudsættes at slå igennem med fuld effekt på de nuværende demografiregulerede områder, vil de forventede årlige udgifter reduceres med ca. 70 mio. kr., mens de forventede årlige udgifter reduceres med ca. 285 mio. kr. i 2030, hvis der forudsættes fuld effekt af sund aldring på samtlige demografiregulerede områder.

Samlet vil disse tiltag og udviklingstendenser således kunne bidrage med en reduktion af de årlige udgifter på ældre- og sundhedsområdet i 2030 med 392 mio. kr.

Figur 16 illustrerer de beskrevne scenarier og det skraverede område illustrerer potentiale og handlerum for at reducere den forventede udgiftsvækst frem mod 2030 på ældre- og sundhedsområdet gennem øget sund aldring og et stærkt fokus på ældre københavnernes selvhjulpnehed gennem bl.a. rehabiliteringsindsatser og velfærdsteknologi.

Figur 16: Baseline for udgiftsudvikling på ældre- og sundhedsområdet suppleret med hhv. worst og best case scenarier.



Tabel 17 viser effekterne af de beskrevne udviklingstendenser. Det skal bemærkes, at såvel udviklingstendenserne beskrevet i tilknytning til worst case scenariet kan eksistere samtidig med iværksatte tiltag, der bidrager til at reducere udgiftsvæksten i best case. Udviklingen i udgifterne på ældre- og sundhedsområdet forventes således at ligge inden for de beskrevne worst og best case scenarier (det skraverede område).

Tabel 17: Baseline for udgiftsudvikling på ældre- og sundhedsområdet med hhv. worst og best case scenarier (mio. kr.)

		2020	2025	2030
(1)	Demografiregulering	104	454	965
(2)	Sund aldring	-38	-86	-141
(1+2)	Baseline	67	368	824
(3)	Fortsat opgaveglidning	26	59	92
(4)	Vækst i kronikere	40	90	140
(1+2+3+4)	Worst case	133	517	1.056
(5)	Øget brug af velfærdsteknologi	-9	-24	-39
(6)	Øget rehabilitering	-33	-60	-68
(7)	Øget sund aldring	-63	-169	-285
(1+2+5+6+7)	Best case	-38	115	432

Der opstilles på baggrund af den gennemførte omkostningsanalyse følgende forslag til anbefalinger:

- At der arbejdes videre med at styrke den rehabiliterende indsats i forhold til ældre københavnere med rehabiliteringspotentialer, så disse kan helt eller delvist selvhjulpne og understøttes i at mestre egen hverdag som beskrevet i kommunens ældrepolitik.
- At der fremadrettet følges tæt op på rehabiliteringsindsatsen for at dokumentere effekten af denne i forhold til den opstillede baseline.
- At der arbejdes videre med udbredelse af velfærdsteknologi i stor skala. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen giver en status på arbejdet inden sommer 2017.
- At der fortsat gennem sundhedsaftalerne og de etablerede samarbejdsfora på sundhedsområdet sættes fokus på samarbejde og opgaveflytning mellem region og kommuner, herunder at sikre finansiering samt optimal ressourceudnyttelse ved sammenhængene borgerforløb.