



6. juli 2018

Sagsnr.
2018-0064740

Dokumentnr.
2018-0064740-1

Strategi for midlertidige døgnophold

Formål

Strategien for de midlertidige døgnophold skal understøtte, at borgeren får mere kvalitet og sammenhæng under et midlertidigt døgnophold. Det skal ske ved, at indsatsen tilrettelægges, så den i højere grad imødekommer borgerens individuelle behov. Det gælder både, hvis borgerens behov kræver kompleks sygepleje og hyppig observation, rehabilitering og pleje. Målet er, at centrene skal være førende på faglighed, kvalitet og sammenhæng på området. Borgere, der har behov for et midlertidigt døgnophold, skal således opleve, at medarbejderne kan håndtere komplekse funktionsevne- og helbredstilstande, at der er høj kvalitet i den faglige indsats, og at der samarbejdes med hospitalet og almen praksis for at sikre sammenhæng i tilbuddene i hjemmet.

Fremover skal indsatsen placeres på færre centre i planområderne Byen og Syd. Det er på lang sigt ambitionen at samle de midlertidige døgnophold på to store centre.

Strategien bygger på det bærende princip om, at borgerne skal være hjemme, så snart det fagligt vurderes forsvarligt. Strategien skal dermed understøtte, at borgerne, så vidt det er muligt, kan være hjemme i vante omgivelser og modtage en indsats i trygge rammer tæt på deres pårørende med fx udredning og rehabilitering, hjemmepleje, sygepleje og genoptræning.

En ny organisering er en vigtig forudsætning for at opnå disse mål. Ved at samle borgerens tilbud på færre centre er der mulighed for bedre at kunne sikre en specialiseret indsats og højne den faglige kvalitet. Det er nødvendigt, fordi borgernes behov bliver mere og mere komplekse og kræver høj faglig ekspertise i takt med, at de udskrives tidligere fra hospitalet. Samlingen af indsatserne på færre centre skal også skabe bedre rammer for samarbejdet med sygehusene. Dette samarbejde skal understøtte sammenhængende forløb for borgerne på tværs af sektorer og et tættere lægesamarbejde.

Strategien skal dermed føre til, at:

- borgerne oplever sammenhæng i overgangen fra eget hjem eller hospital til det midlertidige døgnophold og i overgangen fra det midlertidige døgnophold og hjem
- borgerne har let adgang til lægehjælp under opholdet

Sagsbehandler
Theresa Linnea Markenvard
Marie Simone Ottesen
Charlotte Demant
Signe Louise Tholstrup
Anne Lambert Vestergaard

Afdeling for Rehabilitering

Sjællandsgade 40, Bygning H
2200 København N

EAN nummer
5798009290458

- borgerne modtager et individuelt tilrettelagt ophold af høj faglig kvalitet med rette indsats, intensitet og længde
- ingen borgere oplever indlæggelser eller genindlæggelser, der kunne have været undgået, eller oplever at vente i en hospitalsseng efter at være færdigbehandlet.

Målgruppe

Målgruppen er borgere, som ikke kan være derhjemme, mens de modtager behandling og rehabilitering. Det er fx:

- borgere i en ustabil eller uafklaret helbredssituation, der har behov for tæt sygeplejefaglig observation under behandling og/eller hyppig måling af vitale kliniske værdier.
- borgere, der eksempelvis som følge af sygdom eller skade er svækkede i et sådant omfang, at de har behov for en intensiveret rehabiliteringsindsats for efterfølgende at kunne klare sig derhjemme.
- borgere, der har behov for en sygeplejefaglig indsats eller rehabilitering, der kræver særligt udstyr, som ikke vil kunne medbringes til borgerens hjem.

Målgruppen er således især ældre, kronisk syge borgere, der har brug for intensiveret sygeplejefaglig observation og behandling eller har haft et større funktionstab, som skal genoptrænes, men hvor der ikke er behov for en indlæggelse.

Centrene vil være målrettet disse borgere, fordi deres konkrete situation kræver et midlertidigt døgnophold for, at de kan opnå en intensiveret, effektiv og patientsikker behandling med henblik på hurtigt og trygt at kunne komme hjem igen.

Udredning

Borgernes behov skal hurtigt udredes, og målet er, at alle borgere skal modtage en helhedsorienteret udredning kort efter ankomst til det midlertidige døgnophold. Borgerne skal således allerede ved ankomst mødes af tværfagligt personale – terapeuter, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, som hurtigt skal afklare, hvad borgerens aktuelle behov og tilstand kræver af indsatser sammen med borgeren. Herved vil borgerne blive sikret en god opstart med den rette indsats i form af behandling og rehabilitering.

Under opholdet vil borgerens behov og fremgang dagligt vurderes og revurderes sammen med borgeren og personalet. Det skal understøtte, at medarbejderne kan reagere hurtigt og fleksibelt, og at borgerens indsats justeres undervejs i forløbet.

Den faglige indsats på centrene

Intensiveret rehabilitering

På centrene skal borgerne tilbydes mere intensiverede ophold end tilfældet er i dag. Borgerne vil blandt andet kunne få rehabilitering i de tidlige aftentimer, på helligdage og i weekenden, hvilket ikke er et tilbud i dag.

På centrene skal borgerne modtage indsatser af høj, faglig kvalitet ved fx at modtage mere én-til-én rehabilitering sammen med både terapeuter, social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker. Det er med til at understøtte, at borgerne vil få en bred rehabiliterende indsats med udgangspunkt i deres specifikke og individuelle behov. Det er også i overensstemmelse med internationale anbefalinger, der peger på, at rehabiliteringsindsatsen bør starte så tidligt som muligt. Den intensiverede indsats skal være med til at sikre, at borgerne hurtigere stabiliseres, mobiliseres og kommer til at kunne det samme som før, så vidt det er muligt. Det vil også føre til, at borgerne hurtigt kan komme hjem og modtage resten af rehabiliteringen i deres nærmiljø i kendte rammer tæt på deres pårørende. Det er derfor vigtigt, at borgerne får en plan for deres videre forløb, inden de kommer hjem. Rehabiliteringen i hjemmet skal fortsætte umiddelbart, når borgeren kommer hjem, med støtte fra hjemmeplejen, sygeplejen og sundhedshusene.

Styrkelse af sygeplejen

Centrene vil råde over specialkompetencer inden for akut og kompleks sygepleje. Centrene skal med afsæt i Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen fungere som en central del af kommunens akutfunktion. Den er i dag alene placeret på ét af kommunens fem rehabiliteringscentre som en bydækkende funktion. Akutfunktionen er et sygeplejefagligt tilbud til borgere, der ikke har behov for en hospitalsindlæggelse, men som har særlige observations-, pleje- og behandlingsbehov, der fremadrettet håndteres af kommunens nære sundhedsvæsen. Behovet for at udbrede akutfunktionen til centrene skyldes, at en stor del af de borgere, der modtager et midlertidigt døgnophold, er karakteriseret ved en ustabil helbredssituation. Centrene vil således have sygeplejersker på vagt døgnet rundt, så borgerne modtager behandling af samme høje kvalitet uanset tidspunkt på døgnet.

Med strategien skal der derfor ansættes medarbejdere, som kan løfte de specialiserede og komplekse opgaver, der ikke længere løses under indlæggelse på sygehusene. Derudover skal centrenes kompetencer fastholdes med kompetenceudvikling til medarbejderne. Den øgede specialisering skal desuden understøtte intensiveringen af borgernes ophold – fx i forhold til hurtigt at kunne udrede borgerne, umiddelbart

efter de er ankommet. Den intensiverede indsats skal sikre, at borgerne hurtigere kan komme hjem, hvilket kræver et relevant sygeplejetilbud i hjemmet og rehabilitering på sundhedshuset, der kan tilgodese borgere med komplekse behov.

Let adgang til lægehjælp

En forudsætning for strategien og ønsket om at optimere den faglige kvalitet til gavn for borgerne er, at der etableres et samarbejde med læger eventuelt i form af fast lægetilknytning på centrene. Det er for at sikre, at medarbejderne kan sætte rettidigt ind med relevante behandlingsindsatser til borgerne, da dette kræver lægefaglige beslutninger og ordinationer. Lægesamarbejdet vil både omfatte hospitalslæger og almen praksis.

Med fast og lettilgængeligt samarbejde med læger skal det derudover sikres, at medarbejderne kan følge rettidigt op på målinger og observationer. På denne vis kan de forebygge forværringer i borgernes tilstande samt undgå unødige hospitalsindlæggelser og forlængelser af borgernes midlertidige døgnophold. Et tættere samarbejde mellem centrene og hospitalerne vil desuden være med til at understøtte sammenhængende overgange for borgere, der både er i kontakt med hospitalet og et kommunalt tilbud. Samtidig vil bedre adgang til lægehjælp være med til at skabe et stærkt fagligt miljø på centrene, hvilket vil give bedre vilkår for at rekruttere og fastholde medarbejderne – herunder særligt sygeplejersker.

Et tættere samarbejde mellem centrene og hospitalerne må også forventes at medføre, at en række specialiserede sygeplejeopgaver, der tidligere udelukkende blev varetaget i hospitalsregi, varetages på centrene. Det vil være til fordel for de borgere, som kan undgå en indlæggelse. Omvendt medfører det også udgifter til varetagelse af opgaver, som forvaltningen ikke tidligere varetog. Forvaltningen er opmærksom på, at der er risiko for, at der vil finde en opgaveglidning sted fra hospitalerne og ind på kommunens midlertidige døgnophold. Det vil derfor fortsat være en fælles opgave for Region Hovedstaden og kommunerne at være opmærksom på disse opgaver og lave samarbejdsaftaler om opgaveoverdragelse, så der ikke bliver tale om ikke-aftalt opgaveglidning.

Borgerens vej ind på centrene og hjem igen

Den nye organisering skal understøtte en bedre sammenhæng i borgernes forløb og sikre trygge overgange. Det skal ske ved, at medarbejderne skal kende til deres roller og ansvar for at skabe sammenhæng i forløbet og sikre, at borgerne kommer trygt videre i deres rehabiliteringsforløb. Den nuværende organisering kan betyde, at medarbejderne ikke har mulighed for at agere tilstrækkeligt proaktivt i tilrettelæggelsen af borgernes forløb. Samtidig skal en ny organisering understøtte, at alle medarbejdere har incitament til at

samarbejde om og skabe de gode overgange. Det betyder, at kommunikationsvejene mellem alle, der er involverede i tilrettelæggelsen af borgerens forløb, skal styrkes. Borgeren skal dermed hurtigere udskrives fra hospitalet og komme hurtigere hjem fra et midlertidigt døgnophold med en intensiveret indsats, så borgeren kan fortsætte sin udvikling derhjemme med støtte fra hjemmepleje, sygepleje og sundhedshuse. Borgernes forløb bliver mere velkoordineret ved i højere grad at blive fulgt tættere gennem forløbet af medarbejdere, som kender dem og deres behov.

Nedenfor er to cases, der beskriver to borgeres vej ind på centrene.

Borgerrejse 1: Gerdas vej fra hospitalet til midlertidigt døgnophold

Gerda er 80 år og bor alene i en lejlighed på tredje sal på Østerbro. Hun får ingen hjælp fra kommunen. En morgen kan Gerdas datter ikke få fat i hende og kører forbi på vej til arbejde. Hun har den seneste tid oplevet sin mor få sværere ved daglige gøremål derhjemme og glemme at købe ind og gå i bad. Da hun kommer ind i lejligheden, ligger Gerda på gulvet på badeværelset, hvor hun er faldet i løbet af natten og er forvirret.

Gerda indlægges på hospitalet, da hun har brækket hoften. Efter Gerda er opereret, kontakter hospitalet kommunen, så Gerda kan udskrives. En medarbejder fra kommunen besøger Gerda på hospitalet. Sammen bliver de enige om, at Gerda vil have gavn af et midlertidigt døgnophold, hvor hun kan få intensiveret rehabilitering og sygepleje. Gerda og hendes datter får en folder, der beskriver kommunens center, som hun skal hen til.

Gerda bliver taget imod på centret af en medarbejder, der hjælper hende til rette. Det første døgn møder Gerda terapeuter, en sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent, som sammen med Gerda afklarer, hvad hun har brug for af hjælp under sit ophold, og hvilke mål hun ønsker at sætte for sin rehabilitering. Gerda får en kontaktperson, som hun taler med sammen med sin datter. De taler om forventninger, og hvad Gerda gerne vil have ud af sit ophold.

Gerda får hjælp af et team og sin kontaktperson flere gange i løbet af en dag. Plejepersonalet mobiliserer Gerda ved at støtte hende til at komme op af sengen om morgenen og få tøj på – det er en del af hendes rehabilitering. Her har de blik for, at Gerda klarer mest muligt selv, men understøtter hende. De tilser også hendes operationssår og vurderer, om alt er fint, eller om der er begyndende tegn på infektion, der kræver handling. Derudover monitorerer de, at hun får nok at drikke. I starten støtter de meget, men hjælper hende til, at hun kan klare mere og mere selv. Sygeplejersken doserer hendes medicin og vejleder plejepersonalet i forhold til, hvordan de skal justere indsatsen efter Gerdas behov. Ergoterapeuten træner sammen med Gerda i at gå i bad og lave mad i træningskøkkenet, så hun vil kunne klare det derhjemme igen – både den kognitive og fysiske udførelse. Med fysioterapeuten træner hun styrke og balance, så hun kan gå på trapper og

komme op på tredje sal igen. Sammen med en medarbejder træner hun ofte på at kunne gå en aftenur, som hun plejede at gøre på Østerbro.

Efter 14 dage med intensiveret og daglig rehabilitering er Gerda klar til at komme hjem. En medarbejder tager derfor på hjemmebesøg med Gerda for at se, om hun har brug for boligændringer derhjemme – fx sættes et håndtag op ude på badeværelset, så hun ikke falder igen. En medarbejder drøfter også sammen med Gerda og hjemmeplejen, hvordan hendes rehabilitering skal fortsætte derhjemme. Som en del af sin rehabilitering fortsætter Gerda samtidig sin genoptræning i det lokale sundhedshus.

Gerdas situation er typisk for borgere, der er i målgruppen for at modtage et midlertidigt døgnophold. Hvis Gerda fik et midlertidigt døgnophold i dag, ville dette typisk være længere end de 14 dage beskrevet i borgerrejsen. Hun vil derfor i længere tid være væk fra de trygge rammer i sin lejlighed, sin datter og faste dagligdag. Årsagen til, at det midlertidige døgnophold fremadrettet vil være kortere, er, fordi Gerdas rehabilitering vil være intensiveret. Det vil sige, at hun vil få mere træning i løbet af ugen, som er tilpasset hendes specifikke behov i stedet for at få holdtræning. Det betyder, at hun kan komme hurtigere hjem.

Borgerrejse 2: Carls vej hjemmefra til midlertidigt døgnophold

Carl er 83 år og bor på Vesterbro i en ældrebolig. Carls kone døde for et halvt år siden, og hans voksne børn bor i udlandet. Carl får praktisk hjælp fra kommunen, og hjemmesygeplejen dispenserer den medicin, han får. I den seneste uge har hjemmeplejen besøgt Carl dagligt, fordi han har været sengeliggende med influenza og har haft svært ved at spise og drikke. Carl har været glad for de daglige besøg.

Carl har fået det lidt bedre og har i weekenden været oppe af sin seng et par timer. Men da hjemmeplejen besøger ham en mandag, er han forvirret, usammenhængende og råber, at de skal gå deres vej. Carl har svært ved at holde balancen og støder ind i møblerne, da han skal gå fra soveværelset til sin stue.

Hjemmeplejen vurderer, at Carl ikke kan være alene, og de er bekymrede for, at han har fået en infektion, der gør ham konfus. Sygeplejersken vurderer Carl nærmere og foreslår ham, at han kan få et midlertidigt døgnophold. Sammen ringer de til Carls læge, som er enig i, at Carl vil have god gavn af at komme på midlertidigt døgnophold.

Da Carl ankommer, er han fortsat forvirret. Sygeplejersken, der tager imod ham, måler blandt andet hans infektionstal og tager en urinprøve. På den baggrund aftaler hun med centrets faste læge, at Carl kommer i behandling for en urinvejsinfektion. I de første to døgn vurderer sygeplejersken hver tredje time Carls situation. Hun kan hurtigt konstatere, at behandlingen virker: Carl er faldet mere til ro, og hans infektionstal er faldet.

Fordi Carl har haft influenza og derudover også har fået en urinvejsinfektion, er han afkræftet og vil helst bare ligge i sin seng. Teamet omkring Carl og hans kontaktperson lægger en plan sammen med Carl ved at motivere ham til at komme ud af sengen flere gange i løbet af døgnnet, så han langsomt kan komme til kræfter igen. Plejepersonalet støtter Carl til at komme op at stå og få tøj på og stille og roligt begynde at træne dagligdagsaktiviteter. Efter nogle dage kan Carl også komme ned i træningscentret med en terapeut og få støtte til at komme ned og spise aftensmad i fællesstuen.

Efter 10 dage er Carl parat til at komme hjem. En medarbejder tager med Carl hjem og drøfter sammen med ham og hjemmeplejen, hvordan hans rehabilitering skal fortsætte derhjemme. Der skal i de kommende indsatser fra hjemmeplejen og sygeplejen være særligt fokus på, at Carl får spist og drukket tilstrækkeligt, og at han er fysisk aktiv.

I dag vil mange borgere i Carls situation ende med en kort hospitalsindlæggelse for at blive udredt og modtage behandling. Det skyldes flere ting. For det første er det ofte vanskeligt for en praktiserende læge at komme på akut sygebesøg og ordinere den nødvendige behandling. For det andet har den kommunale sygepleje ikke lov til at måle de parametre, som lægen skal bruge, hvis lægen skal sætte en behandling i gang uden at tilse borgeren. Hvis sygeplejersken skal kunne agere som i Carls borgerrejse, kræver det et tæt lægesamarbejde, så borgere kan tilses hurtigt ved behov, og behandlingen kan igangsættes, og/eller at en læge videregiver ansvaret for at foretage en række kliniske målinger til sygeplejerskerne – fx ved mistanke om en urinvejsinfektion.

Fleksible ophold

Med strategien skal centrene sammenlignet med i dag give bedre mulighed for at tilpasse borgernes ophold efter deres individuelle behov. De midlertidige døgnophold skal derfor være mere fleksible, så det er de faglige indsatser, som borgeren har behov for, der er omdrejningspunktet for organiseringen af tilbuddene. I det nye set-up vil borgere med omskiftelige behov for rehabilitering og sygepleje dermed ikke opleve at blive fysisk flyttet, sådan som de kan opleve i dag. Det vil desuden give centrene større råderum i den daglige tilrettelæggelse og bedre mulighed for løbende at justere de faglige indsatser ud fra borgerens udvikling og bedring. Det betyder, at den hidtidige opdeling af akut- og rehabiliteringspladser ophører som følge af den fleksibelt tilpassede rehabiliteringsindsats.

Opholdstyper på centrene

I dag har forvaltningen forskellige typer midlertidige døgnophold til forskellige målgrupper. To af disse opholdstyper er rehabiliteringsophold og akutophold. Rehabiliteringsophold er til borgere med behov for rehabilitering og genoptræning efter en skade, operation eller funktionsfald med målet om, at borgeren med

rehabilitering kan komme til at klare mest muligt selv igen. Akutophold er til borgere, som har en mere ustabil helbredstilstand og derfor behov for omfattende og kompleks sygepleje med hyppig observation, pleje og behandling igennem hele døgnnet. For at understøtte fleksibiliteten i de faglige indsatser, vil borgerne fremover modtage ét ophold, hvor sygepleje og rehabilitering tilpasses borgerens omskiftelige behov.

Da den hidtidige opdeling af akut- og rehabiliteringspladser ophører som følge af den fleksibelt tilpassede rehabiliteringsindsats, fastsættes der én takst for betaling for et midlertidigt døgnophold ud fra det pågældende års takstkatalog. I dag har borgere ingen egenbetaling på et akutophold, mens borgere betaler 131 kr. i døgnnet (takst for 2018) for et rehabiliteringsophold. Egenbetalingen er en politisk godkendt standard i kommunen, som reguleres årligt og dækker mad og vask af linned. Prisen er fastsat, så borgeren ikke betaler for udgifter, de samtidig har i forbindelse med deres faste bolig. Hvis alle borgere fremover betaler i forbindelse med et midlertidigt døgnophold, kan der være indtægter, som kan indgå i den samlede finansiering.

Centrene vil som i dag primært være målrettet borgere over 65 år. Derudover varetager forvaltningen også nogle midlertidige døgnophold for Socialforvaltningens borgere under 65 år. Borgere under 65 år modtager i dag et midlertidigt døgnophold på ét af forvaltningens rehabiliteringscentre. Disse borgere har ofte sociale udfordringer og misbrugsproblematikker, hvorfor medarbejdere med kompetencer og erfaringer med målgruppen er placeret ét sted. Socialforvaltningen finansierer disse midlertidige døgnophold, som forvaltningen varetager driften af. Forvaltningen har i den forbindelse ansvar for at sikre et ensartet serviceniveau på tværs af de to aldersgrupper. Midlertidige døgnophold til borgere under 65 år vil også være en del af den nye strategi. Der er tæt samarbejde mellem forvaltningerne omkring disse borgere, hvilket der også vil være fremover i vurderingen af, hvordan borgernes komplekse behov bedst dækkes af centrene, og hvordan der sikres et ensartet serviceniveau.

Forvaltningen har også midlertidige døgnophold målrettet borgere med erhvervet hjerneskade, som i dag løftes af Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret i Bystævneparken. Derudover får døende borgere med behov for et palliativt døgnophold i dag en indsats på Palliativ afdeling på Rehabiliteringscenter Vesterbro/Kongens Enghave/Valby. Disse borgere vil typisk have behov for længere ophold på grund af deres mere komplekse behov. Det kræver mere specialiseret personale, der har kompetencer og indgående erfaring med målgrupperne.

Sundheds- og Omsorgsudvalget har desuden godkendt et effektiviseringsforslag som en del af budgetforhandlingerne for 2019

om at etablere midlertidige plejepladser til borgere, der er godkendt til plejehjem, og som ikke kan vente derhjemme. Disse borgere ”venter” i dag på rehabiliteringscentrene, men vil fremover få et midlertidigt plejeophold på et plejehjem fortrinsvis i deres lokalområde, hvilket understøtter Sundheds- og Omsorgsudvalgets fokus på, at borgeren bliver i sit nærmiljø. De midlertidige plejepladser forventes etableret på kommunens plejehjem i løbet af 2020. På denne vis vil borgeren få en faglig indsats svarende til, hvad borgeren vil få i en kommende plejebolig. Borgeren vil også have mulighed for at indgå i sociale aktiviteter med beboerne på plejehjemmet.

Nedenfor fremgår en oversigt over antallet af nuværende pladser og antallet af pladser i den nye organisering:

Tabel 1: Pladsfordeling i dag og fremadrettet med den nye strategi

	Rehabiliteringsplads	Akutplads	Midlertidig plejeplads	Erhvervet hjerneskade	Palliativ plads
I dag	242	30	0 (afprøvning i gang)	30	15
Ny model	150		60	30	15

Note: Bemærk, at Socialforvaltningens pladser til borgere under 65 år også indgår i pladsantallet for rehabiliteringsophold.

På grund af den intensiverede faglige indsats, vil antallet af nuværende pladser til midlertidige døgnophold blive reduceret. I reduktionen er der taget højde for, at flere borgere end i dag vil kunne tilbydes et midlertidigt døgnophold, at borgerne vil modtage en mere intensiveret indsats, og at driften af pladserne vil være udgiftsneutral.

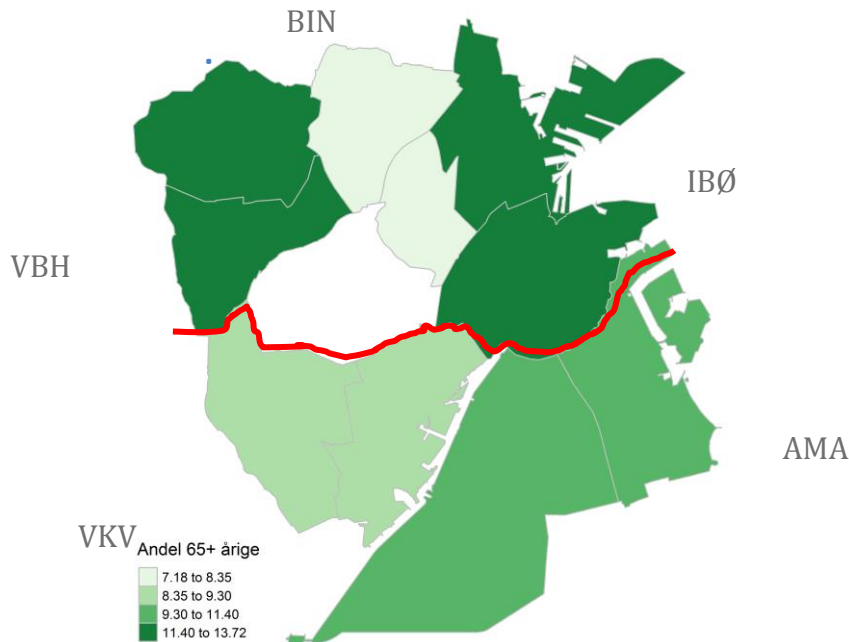
Etablering og fysiske rammer

I forlængelse af Sundheds- og Omsorgsudvalgets temadrøftelse om midlertidige døgnophold skal centrene have et navn, der er let forståeligt og aflæseligt for borgere og pårørende. Et sigende navn for det sted eller den indsats, som borgeren skal modtage, kan skabe en god forståelse for, hvad det kommende ophold vil indebære og understøtte en god samtale om forventninger.

Med strategien skal den fremtidige indsats samles på færre centre i planområderne. Det er på lang sigt ambitionen at samle indsatsen på to store centre. I forlængelse af Sundheds- og Omsorgsudvalgets temadrøftelse er det i fokus, at centrene skal være fagligt og økonomisk bæredygtige. Centrene vil være beliggende i planområde Byen¹ og Syd², som er to af Region Hovedstadens fire

¹ Planområde Byen står af følgende bydele: Vanløse, Brønshøj-Husum, Bispebjerg, Nørrebro, Indre by og Østerbro.

planlægningsområder, der følger kommune-/bydelsgrænserne. Se nedenfor.



Det er som udgangspunkt borgerens bopæl, der afgør, hvilket center borgeren visiteres til ved behov for et midlertidigt døgnophold. Der er flere københavnske borgere fra planområde Byen, som i dag modtager et midlertidigt døgnophold – svarende til 65 procent – end fra planområde Syd, hvor det er 35 procent. De midlertidige døgnophold vil som udgangspunkt derfor blive fordelt efter planområdets størrelse og andelen af borgere, der modtager denne type ophold. Forvaltningen vil desuden undersøge de bedste muligheder for placering i forhold til blandt andet nuværende bygninger og demografi. De bydækkende specialiserede tilbud til borgere med erhvervet hjerneskade eller behov for en palliativ indsats vil blive tilknyttet ét center – ikke nødvendigvis på samme center. Det betyder, at disse tilbud ikke bliver fordelt på alle centre. Forvaltningen vil udarbejde en plan for den fysiske placering af de midlertidige døgnophold i sommeren 2018. Der vil i dette arbejde blive taget hensyn til faglig og økonomisk bæredygtighed for de enkelte centre og deres fysiske rammer og kapacitet. Planen vil blive koordineret med udvidelsesplanen for plejeboliger.

Hvis Sundheds- og Omsorgsudvalget godkender effektiviseringscasen i budgetforhandlingerne for 2019, vil de midlertidige plejepladser blive placeret på rehabiliteringscentrene i 2019. I 2020 vil det

² Planområde Syd består af følgende bydele: Amager øst, Amager vest, Valby, Vesterbro og Kongens Enghave.

påbegyndes, at de midlertidige plejepladser placeres på forvaltningens plejecentre fordelt over byen.

Organisatoriske gevinster

At samle indsatsen på færre centre åbner op for organisatoriske muligheder. Hvert center vil således kunne opnå større råderum til at tilrettelægge den daglige indsats. Derudover er forventningen, at centrene vil blive mere attraktive for nye medarbejdere ved at kunne tilbyde en arbejdsplads med fokus på at levere en intensiveret og specialiseret indsats til gavn for borgerne. Det vil give nogle stærke faglige miljøer og styrke sammenhængen og samarbejdet mellem de specialiserede faggrupper. Rehabiliteringscentre oplever i dag, at det er vanskeligt at tiltrække specialiserede medarbejdere – især sygeplejersker.

Økonomi

Strategien vil kunne gennemføres uden at medføre øgede udgifter. Strategien gennemføres således inden for den eksisterende økonomiske ramme til midlertidige døgnophold, idet den intensiverede rehabiliteringsindsats finansieres ved at reducere det gennemsnitlige antal opholdsdage. Det medfører mulighed for en kapacitetstilpasning, da antallet af forløb kan gennemføres med færre pladser. Derudover forventes kapacitetstilpasningen at kunne dække eventuel finansiering af en aftale omkring lægedækning på centrene.

Udgifter til tilpasning af ressourcerne på de nuværende rehabiliteringscentre og mellem hjemmepleje og sygepleje vurderes at være udgiftsneutral.

Udgifter i forbindelse med flytninger, ombygning og tilpasninger af nuværende bygninger håndteres inden for den afsatte anlægsbevilling til modernisering af rehabiliteringscentre samt eventuelt investeringsforslag.