

Bilag 3:

Regneeksempel: Nedbringelse af antallet af sengedage i 2008 for færdigbehandlede – byggende på aktuel prognose for 2007

På grundlag af prognosen for det samlede forbrug af sengedage i 2007 er der udarbejdet et regneeksempel, som tager udgangspunkt i, hvor langt gennemsnitlige liggetider for forskellige grupper af borgere skal være nedbragt med udgangen af 2009. Regneeksemplet opstiller således måltal for hjemtagning af færdigbehandlede i 2008 og 2009 og det belyser de umiddelbare økonomiske konsekvenser heraf for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

I regneeksemplet er der indlagt nogle forudsætninger om, hvor mange 65+ årige borgere, som vil have hvilket kommunalt forbrug (henholdsvis ca. 500 kr., ca. 800 kr. eller ca. 1.400 kr. om dagen) efter udskrivning fra sygehus. Både antal borgere og det daglige forbrugs størrelse er nogle skøn, som er lagt til grund for regneeksemplet. Der er således tale om udregninger behæftet med stor usikkerhed. Udregningerne vil blive kvalificeret yderligere.

Forvaltningen vil snarest analysere nogle af de forskelle der er mellem hospitaler indbyrdes, mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Socialforvaltningen samt mellem de bagvedliggende diagnoser som i særlig grad ligger bag ekstra sengedage som færdigbehandlet. Endvidere vil forvaltningen søge at afklare, hvilket typer af forbrug, de færdigbehandlede har i de første dage efter udskrivning fra sygehus. Endelig vil forvaltningen iværksætte nogle arbejdsgangsanalyser med henblik på at identificere flaskehalse. Analyser og afklaring skal kvalificere det oplæg til mål for reduktion af antal sengedage i 2008 og tilhørende økonomi, som forvaltningen vil lægge frem til udvalgsrådet i december 2007.

Det bemærkes, at SUF skal betale ekstra sengedage for borgere i aldersgruppen 0-64 år. Disse borgere hører under Socialforvaltningen. I regneeksemplet fremgår det, at der i 2008 sker et betydeligt fald i antallet af ekstra sengedage for 0-64 årige. Den forudsætning kan det være vanskeligt for SUF at tage ansvaret for, da det er uden for SUFs virkefelt, at tilvejebringe de kommunale foranstaltninger, som skal tage over ved en fremrykket udskrivning fra hospitalet. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vil arbejde videre med denne problemstilling i det oplæg, som fremlægges for Sundheds- og Omsorgsudvalget i december 2007.

1. Den aktuelle årsprognose for 2007

Den aktuelle årsprognose siger, at i løbet af hele 2007 vil Københavns Kommune skulle betale for 14.818 ekstra sengedage for københavnere uanset alder. Dette forbrug fordeler sig på 0-64 årige og 65+ årige.

Det vides, at i begge aldersgrupper har borgerne et forskelligt antal ekstra sengedage. I tabel 1 bliver de to aldersgrupper inddelt i tre "liggetidsgrupper", som har forskellig liggetid.

- Kort liggetid:** Her ligger borgeren op til 4 dage. *Antagelse:* Borgere i denne gruppe har det mindste behov for kommunal hjemmepleje efter hospitalsopholdet.
- Mellem liggetid:** Her ligger borgeren 5 – 14 dage. *Antagelse:* Borgere i denne gruppe har et større behov for hjemmepleje end gruppen af borgere, som ligger i kort tid.
- Lang liggetid:** Her ligger borgeren i 15 dage eller mere. *Antagelse:* Borgere i denne gruppe har det største behov for hjemmepleje eller midlertidig eller permanent plejebolig. Midlertidig bolig kan omfatte ophold på en rehabiliteringsplads, akutplads eller palliativ plads.

De nævnte antagelser om forskellige behov for kommunale ydelser efter hospitalsophold vil blive præciseret nedenfor og indgå i regneeksemplet.

Tabel 1. Skøn for hele 2007 af antal færdigbehandlede og sengedage fordelt på to aldersgrupper og tre grupper af liggetidslængde ^{Note 1.}

Liggetidsgruppe		Antal færdigbehandlede	Antal sengedage	Gns sengedage
0-64 årige	Kort	16	36	2,2
	Mellem	16	99	6,2
	Lang	33	1.171	35,5
I alt		65	1.306	20,1
65+ årige	Kort	110	255	2,3
	Mellem	232	1.736	7,5
	Lang	387	11.121	28,7
I alt		730	13.112	18,0
I alt 0-64 plus 65+ årige		795	14.818	18,1

Note 1: Tallene er inklusive forventede efterregistreringer som antages at fordele sig forholds-mæssigt på antallet af færdigbehandlede i de to gange tre liggetidsgrupper.

Tallene er tabel 1 er skønnede på baggrund af faktuelle tal, som blot udgør en del af 2007. Eksempelvis skønnes det, at der i hele 2007 vil være i alt 795 færdigbehandlede københavnere, som får ekstra sengedage. Det er også et skøn, hvorledes eksempelvis de skønnede 730 borgere på 65+ år fordeler sig på de tre liggetidsgrupper. Tallene i tabel 1 skal bruges som afsæt for regneeksemplet.

2. Mål for hjemtagning

Den generelle sundhedsaftale mellem Hovedstadsregionen og kommunerne indeholder et indsatsområde med overskriften ”Udskrivningsforløb for svage, ældre patienter”. Heri er der en række regler for i hvor god tid, at hospitalet skal varsle kommunen om borgerens forventede færdigbehandlingstidspunkt.

Tendensen er, at jo større fald der er sket i borgerens funktionsevne fra før indlæggelsen til udskrivningen, jo længere skal varslet af færdigbehandlingstidspunktet være. For borgere, som ikke er kendt af hjemmeplejen forud for indlæggelsen, er det ikke muligt at oplyse hospitalet om borgerens funktionsevne. For de borgere, der er kendt af hjemmeplejen inden indlæggelsen, har det vist sig vanskeligt for hjemmeplejen at oplyse hospitalet om borgerens funktionsevne umiddelbart op til indlæggelsen. Det skyldes bl.a., at der ikke altid foreligger opdaterede funktionsvurderinger op til indlæggelsestidspunktet.

Resultatet af de manglende oplysninger om borgernes funktionsevne op til indlæggelsen er, at det er vanskeligt for hospitalet at basere en varsling om færdigbehandling på grundlag af en vurdering af, hvor stor en ændring der har været i borgerens funktionsevne.

Det fremgår imidlertid af sundhedsaftalen, at regionen og kommuner er enige om, at som målsætning skal færdigbehandlede borgere hjemtages hurtigst muligt og at det er en *målsætning*, at dette skal ske senest 14 dage efter at kommunen har modtaget skriftlig information om at borgeren er færdigbehandlet. Målsætningen om de maksimalt 14 dage gælder for de borgere, som ikke skal tilbage til eget hjem efter hospitalsopholdet. Således må det formodes, at de *maksimalt* 14 dage også gælder for borgere som skal tilbage til eget hjem – dog må det forventes, at denne gruppe af borgere har i gennemsnit væsentligt færre ekstra sengedage end den gruppe, som ikke skal tilbage til eget hjem.

Sundhedsaftalen løber til udgangen af 2009. Således lægges det til grund i regneeksemplet, at målsætningen skal være realiseret med udgangen af 2009.

Som grundlag for et regnestykke opstilles således, at færdigbehandlede højst må have 14 ekstra sengedage. Det antages også, at dette fører til et fald i det gennemsnitlige antal ekstra sengedage for de tre ”liggetidsgrupper”, som er anført i tabel 1. Adfærdsændringen består i den i tabel 2 anførte ændring i de gennemsnitlige liggetider for de forskellige liggetidsgrupper.

Tabel 2: Mål for gennemsnitlige liggetider for ekstra sengedage for tre forskellige liggetidsgrupper for henholdsvis 0-64 årige og 65+ årige, når adfærdsændring er slået fuldt igennem med udgangen af 2009.

	Liggetids-gruppe	Gns liggetid uden adfærdsændring, jf. tabel 1	Gns liggetid når måltal gennem adfærdsændringen er slået fuldt igennem ^{Note 1}
0 – 64 årige	Kort	2,2	1,2
	Mellem	6,2	4
	Lang	35,5	10

65 + årige	Kort	2,3	1,2
	Mellem	7,5	4
	Lang	28,7	10

Note 1: Det antages at efter adfærdsændringen vil den maksimale liggetid højst være 14 dage. Selv i gruppen af borgere med lang liggetid vil et loft på 14 sengedage betyde, at gennemsnittet i denne gruppe bliver lavere end 14 dage, da det ikke er sandsynligt, at alle i gruppen vil ligge lige præcis i 14 dage.

3. Adfærdsændringens gennemslag på økonomien i 2008 – et regneeksempel

I regneeksemplet antages det, at der i de næste par år vil være det samme antal borgere (795 borgere), som har ekstra sengedage som færdigbehandlede. Endvidere antages det, at antallet af borgere fordeler sig på 0-64 årige og 65+ årige som antaget for 2007, og at fordelingen på "liggetidsgrupper" også er uændret.

Således får vi nu følgende liggetidsforbrug, når adfærdsændringen i henhold til målsætningen er fuldt gennemført:

Tabel 3. Skøn for det årlige antal færdigbehandlede og sengedage, når adfærdsændring er slået fuldt igennem.

Liggetidsgruppe		Antal færdigbehandlede	Gns. sengedage	Antal sengedage
0-64 årige	Kort	16	1,2	19
	Mellem	16	4,0	64
	Lang	33	10,0	330
I alt		65	6,6	413
65+ årige	Kort	110	1,2	132
	Mellem	232	4,0	928
	Lang	387	10,0	3.870
I alt		730	7,1	4.930
I alt 0-64 plus 65+ årige		795	7,0	5.343

Af tabel 3 fremgår, at det årlige forbrug af sengedage vil være 5.343 når adfærdsændringen er slået fuldt igennem. Denne adfærdsændring foretages i løbet af 2008 og 2009 (da det er ved udgangen af 2009, at de gennemsnitlige liggetider er reduceret til det niveau, som fremgår af tabel 2). Således skal der i løbet af 2008 og 2009 foretages en sengedagsreduktion på 9.075 sengedage, jf tabel 4.

Tabel 4. Samlet sengedagsforbrug før og efter fuldt gennemslag af adfærdsændring

	Sengedage
Samlet årligt sengedagsforbrug før adfærdsændring, tabel 1	14.818
Samlet årligt sengedagsforbrug ved fuldt gennemslag, tabel 3	5.343
Samlet reduktion i sengedagsforbrug over 2008 og 2009	9.075
Samlet reduktion i sengedagsforbrug i 2008	4.538

Det antages, at den samlede reduktion fordeles ligeligt over 2008 og 2009. Således skal reduktionen i sengedagsforbruget være på 4.538 sengedage, jf. tabel 4. I tabel 5 er det anført, hvorledes reduktionen af sengedagsforbruget i 2008 er fordelt ud på aldersgrupper og liggetidsgrupper.

Tabel 5. Reduktion af sengedagsforbruget i 2008 fordelt på aldersgrupper og liggetidsgrupper.

Liggetidsgruppe		Reduktion af antal sengedage
0-64 årige	Kort	8
	Mellem	18
	Lang	420
I alt		446
65+ årige	Kort	62
	Mellem	404
	Lang	3.626
I alt		4.091
I alt 0-64 plus 65+ årige		4.538

Således vil sengetallet i 2008 med ændret adfærd blive reduceret med i alt 4.538 sengedage, hvilket med en sengedagstakst på 1.650 kr. (2007-niveau) giver en besparelse på 7,5 mio. kr. i betalingen til regionen. Til gengæld betyder den hurtigere hjemtagning, at Københavns Kommune får udgifter til hjemmepleje, midlertidig eller permanent bolig mv. Det er i vidt omfang udskrivningskoordinatorerne, der skal skabe adfærdsændringen. Den samlede bruttolønudgift til dem er på ca. 4 mio. kr. (2007-niveau).

I det følgende antages det, at de ældre som ligger i kortest tid, også er de borgere, som har mindst behov for hjemmepleje, når de kommer hjem. Omvendt: Borgere med flest ekstra sengedage antages, at have det største behov for en kommunal indsats. Og så er der en mellemgruppe. Det antages, at efter udskrivning fra hospital vil de kortest liggende (i gennemsnit 1,2 dage) modtage hjemmehjælp for ca. 500 kr. om dagen, mellemgruppen (som antages at have i gennemsnit 4 ekstra sengedage) har behov for hjemmehjælp til ca. 800 kr. om dagen og gruppen, som har fleste ekstra sengedage (i gennemsnit 10 ekstra sengedage) har behov for kommunale ydelser til ca. 1.400 kr. om dagen til enten plejebolig, eller et midlertidigt ophold på en rehabiliteringsplads, akutplads, palliativ plads eller massiv hjemmesygepleje. De forudsætninger fremgår af tabel 6.

Tabel 6. Merudgifter i SUF i 2008 som følge af tidligere hjemtagning

Liggetidsgrupper		Dagligt SUF forbrug, kr.	Antal overflyttede dage	Samlet til SUF merforbrug, kr.
0-64 årige	Kort	0	8	0
	Mellem	0	18	0
	Lang	0	420	0
	I alt		446	0
65+ årige	Kort	500	62	31.000
	Mellem	800	404	323.200

Lang	1.400	3.626	5.076.400
I alt		4.091	5.289.000
I alt 0-64 plus 65+ årige		4.538	5.430.600

Det fremgår af tabel 6, at kommunen ved at hjemtage 4.538 sengedage for 65+ årige giver et merforbrug til hjemmepleje, midlertidige og permanente boliger på i alt 5,4 mio. kr. Denne udgift skal ses i forhold til besparelsen på 7,5 mio. kr. i betaling til regionen for ekstra sengedage. Det bemærkes af regnestykket, at hurtigere hjemtagning af 0-64 årige ikke giver SUF et merforbrug til kommunale foranstaltninger. Denne udgift falder i Socialforvaltningen.

I dette bilag har forvaltningen i et regneeksempel opstillet nogle måltal for hvor meget senedagsforbruget kan nedbringes i 2008 og hvad de økonomiske umiddelbare økonomiske konsekvenser vil være heraf. Regneeksemplet bygger på en række skøn. Det er forvaltningens hensigt at gennemføre forskellige analyser med henblik på at kunne kvalificere oplægget til udvalgsrådet i december 2007, hvor den samlede økonomi ved hjemtagning af færdigbehandlede vil blive taget op sammen med spørgsmålet om kapacitetsbehov.