

Hjemmet som udgangspunkt

En udvidelse af pleje- og rehabiliteringsindsatserne i hjemmet

Lyngby-Taarbæk Kommune

30. august

Indholdsfortegnelse

1.	Introduktion	1
2.	Beskrivelse af proces	1
3.	Baggrund og opdrag	2
4.	En ny model	3
4.1	Døgnpladser	4
4.2	Hjemmet som udgangspunkt (eget hjem)	10
4.3	Udgående træning	14
5.	Omstillingsplan	15
5.1	Overordnede principper for omstillingsarbejdet.....	15
5.2	Planlagt kadence i omstillingen	16
5.3	Vigtige opmærksomhedspunkter i omstillingsarbejdet	16
6.	Økonomi	18
6.1	Business case i dag og business case i marts.....	19
6.2	Økonomi til hjemmeplejen.....	20
6.3	Økonomi til hjemmetræning	20
6.4	Økonomi til visitationen	21
6.5	Økonomi til døgnpladserne	21
6.6	Økonomi til kompetenceudvikling og øvrige udgifter	23
6.7	Beskrivelse af økonomien i omstillingsplanen for 2019.....	23
7.	Konklusion	24
8.	Bilag 1: 'Ikke-kriterier' for en døgnplads.....	27
9.	Bilag 2: Kompetencer på døgnpladserne	28
10.	Bilag 3: Hjælpemidler.....	29
11.	Bilag 4: Kompetencer i hjemmeplejen.....	30
12.	Bilag 5: Kadence i omstillingsplanen.....	31
13.	Bilag 6: Beregningstekniske detaljer, hjemmeplejen.....	32
14.	Bilag 7: Beregningstekniske detaljer, døgnpladser	33
15.	Bilag 8: Kompetenceudvikling og øvrige udgifter	35
16.	Bilag 9: Dobbeltkapacitet i implementeringsperioden	36

1. Introduktion

På baggrund af anbefalingerne i Ældre- og sundhedsanalysen om at omstille anvendelsen af døgnpladserne på træningsområdet i Lyngby-Taarbæk Kommune, har kommunalbestyrelsen igangsat et yderligere forberedende arbejde med det formål at konkretisere og detaljere, hvordan de overordnede anbefalinger mere specifikt kan udmøntes i praksis forud for en endelig politisk beslutning. Det har været en del af opdraget til dette forberedende arbejde, at den konkretiserede model skal indebære et samlet kvalitetsløft af den service, der ydes på træningsområdet i Lyngby-Taarbæk Kommune, uagtet om der også vil være et økonomisk potentiale forbundet hermed.

Denne rapport præsenterer en detaljering og konkretisering af Ældre- og sundhedsanalysens anbefalinger, som både Implement og forvaltningen (centralt som decentralt) vurderer vil indebære en betydelig kvalitetsforbedring, samtidig med at der frigøres en betydelig mængde ressourcer.

Døgnpladserne hænger tæt sammen med de øvrige kapaciteter og indsatser i kommunen, og derfor skal en model for omstilling af kapaciteten ses i sammenhæng med de andre indsatsområder. Denne rapport konkretiserer med baggrund heri de forudsætninger for kapacitetsomstillingen, der er på selve døgnpladserne, men også i hjemmeplejen, i den udgående træning samt i den understøttende styring og visitation.

Rapporten skitserer herudover et bud på en omstillingsplan og et forestående implementeringsarbejde med fuld implementering af en ny model ved indgangen til 2020. Elementer af dette implementeringsarbejde kan med fordel iværksættes umiddelbart efter en eventuel endelig politisk beslutning i september 2018.

Implement og Center for Sundhed og Omsorg er fælles afstemt om indholdet i denne rapport.

2. Beskrivelse af proces

Projektet er organiseret gennem en fast arbejdsgruppe på 7 kommunale medarbejdere på tværs af både træningsenheden, hjemmeplejen og visitationen og på både ledelses- og medarbejderniveau, samt en sundhedsfaglig projektleder fra hhv. Center for Sundhed og Omsorg og fra Implement. Herudover har Center for Økonomi og Personale været løbende involveret i spørgsmålene omkring ressourcer og ny budgetmodel.

Op imod denne afrapportering er der gennemført en intensiv proces med bred involvering både inden for og uden for Center for Sundhed og Omsorg. De formaliserede aktiviteter uden for projektgruppen indebærer;

- Borgergennemgang på døgnpladserne i dag i samarbejde med træningsrådets fasttilknyttede læge mhp. at beskrive målgruppe og visitationskriterier
- Workshop om visitationskriterier til døgnpladserne og handlemuligheder i hjemmeplejen
- Workshop om visitationsprocesser
- Workshop om kompetencebehov på træningsenheden og i hjemmeplejen
- Workshop om ressourceallokering til hjemmeplejen
- Workshop om ressourceallokering til træningsenheden
- Interview med en borger og dennes pårørende på Møllebo
- Løbende interessentinvolvering, herunder af centerets fællestillidsrepræsentanter, Ældresagen og Seniorrådet

Der har herudover været involvering af praksiskonsulent med henblik på inddragelse af de praktiserende læger som samarbejdspartnere. Implement og Center for Sundhed og Omsorg deltager på dialogmøde med praktiserende læger til efteråret. Herudover er der planlagt dialogmøde med ledende overlæge på Gentofte- Herlev Hospital omhandlende samarbejdet om udskrivelse af borgere til Lyngby-Taarbæk Kommune i efteråret.

3. Baggrund og opdrag

Dette afsnit opidser kort de væsentligste anbefalinger fra Ældre- og sundhedsanalysen fra april 2018, da disse fungerer som udgangspunktet for dette arbejde. For de mere detaljerede anbefalinger og baggrundene herfor henvises til Ældre- og sundhedsanalysens kapitel 5 (delanalyse 2).

Implement anbefalede i Ældre- og sundhedsanalysen, at Center for Sundhed og Omsorg iværksætter en omstilling af pleje- og rehabiliteringskapaciteten med en samtidig fokusering af formålet med anvendelsen af døgnpladser – med en deraf følgende reduktion af pladskapaciteten og en opkvalificering af både hjemmeplejen og det udgående træningstilbud. Konkret blev det på daværende tidspunkt vurderet, at en pladskapacitet på 40-50 pladser ville være en hensigtsmæssig kapacitet til et døgntilbud særligt rettet mod borgere med et samtidigt pleje- og rehabiliteringsbehov, herunder også aflastningspladser. Rationalet for en sådan reduktion i antallet af pladser skal findes i et uudnyttet potentiale for at levere pleje- og rehabiliteringsindsatserne af højere kvalitet og mere effektivt i borgerens eget hjem. Dette understøttes af et datagrundlag, som viser, at en stor del af borgerne på døgnpladserne har et efterfølgende plejebenhov, som er så lavt, at der ikke er en meningsfuld sammenhæng mellem borgerens behov og den døgndækkede indsats, der bliver tilbudt. Med det afsat lagde Ældre- og sundhedsanalysen op til at revidere kommunens strategi for brugen af døgnpladser og i langt højere grad tænke hjemmet som udgangspunktet for pleje- og rehabiliteringsindsatserne.

Det blev herudover anbefalet, at de resterende pladser blev opgraderet med udvidet terapeut- og sygeplejedækning, så pladserne kunne bemandes med både sygeplejersker og terapeuter i både aften- og weekendtimerne.

Anbefalingen var ydermere at gøre pladserne fleksible, med igangsættelse af den terapeutfaglige indsats på baggrund af en faglig vurdering på døgnpladsen af borgerens rehabiliteringsbehov, uagtet at borgeren ikke har en genoptræningsplan fra hospitalet. Anbefalingen var således at gøre op med "pladstyper" (døgnrehabiliteringsplads, midlertidig plads, omsorgsplads) og kun arbejde med én fleksibel pladstype med bedre mulighed for at tilrettelægge den specifikke indsats efter behovet, som det vurderes af frontmedarbejdere i overensstemmelse med udviklingen i borgerens tilstand og behov.

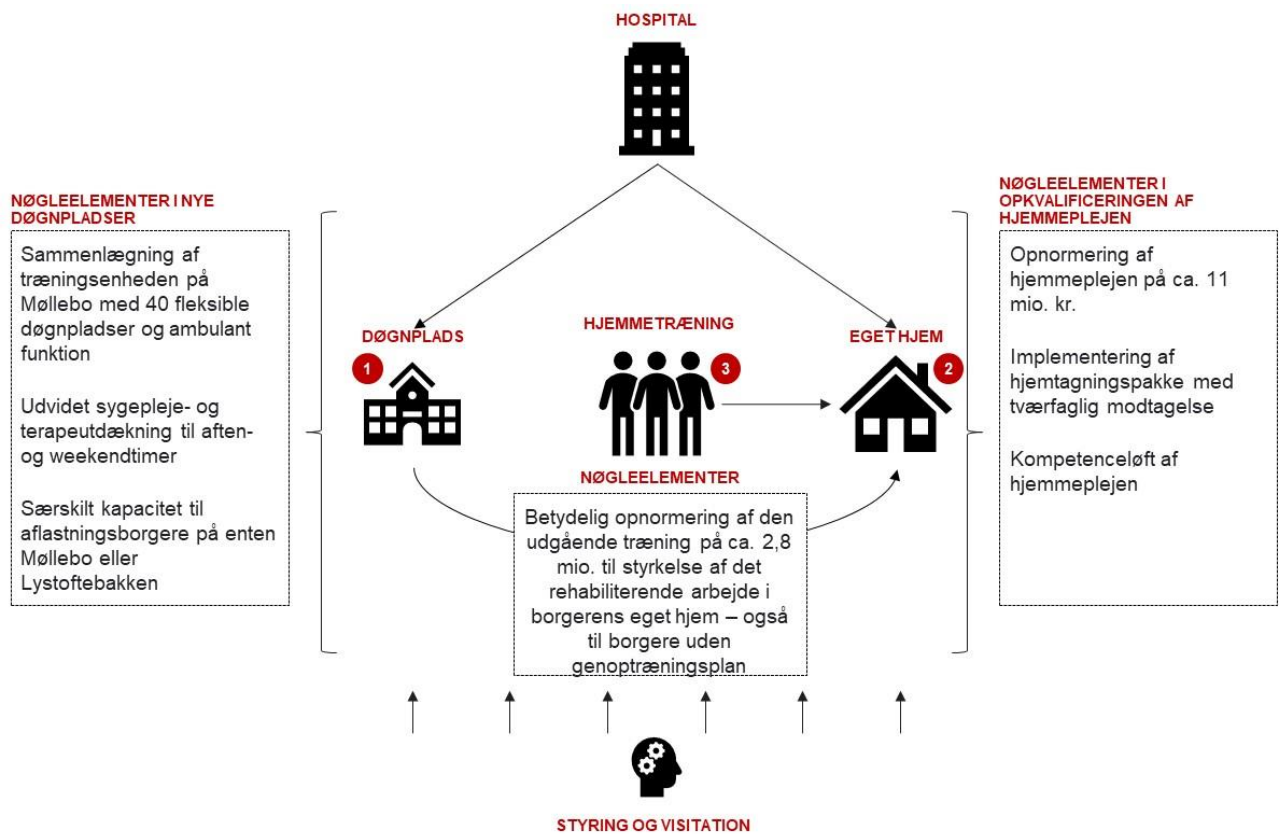
Alle disse anbefalinger udgør stadig – efter grundig kvalificering – de grundlæggende træk ved den foreslåede model for døgnpladserne. Denne rapport skal derfor primært forstås som en kvalificering og konkretisering af de mere overordnede tanker beskrevet i Ældre- og sundhedsanalysen, med særligt fokus på at udvikle og beskrive modellen på en måde, der sikrer et samlet kvalitetsløft.

4. En ny model

En ny model for kommunens døgnpladser er et udtryk for en ambition om, at kommunen i videst muligt omfang kan tilbyde borgerne et relevant rehabiliteringstilbud af højeste kvalitet i borgerens eget hjem. I dette kapitel beskrives de væsentligste elementer i en ny model der understøtter denne vision.

Neden for ses en visuel disposition over de kommende afsnit, med de vigtigste fokusområder for omstillingsarbejdet.

Figur 1: Illustration af nøgleelementer



De kommende tre afsnit indeholder således:

1. Ændringer på døgnpladserne
2. Ændringer i hjemmeplejen
3. Ændringer ved det udgående træningstilbud (hjemmetræning)

4.1 Døgnpladser

Med afsæt i anbefalingerne fra Ældre- og sundhedsanalysen, står døgnpladserne over for ændringer i praksis og organisering på en række områder. Det er ikke som sådan, fordi døgnpladserne skal håndtere nye typer af borgere i forhold til i dag, men der skal arbejdes med en anden fokusering af pladserne og med en stadig ambition om at få endnu mere sammenhæng og kvalitet i borgerforløbene. Der lægges i denne model op til ændringer på følgende områder;

- **Træningsenheden samles på én matrikel** En samling af pladskapaciteten og den ambulante funktion på Møllebo (4.1.1)
- **Ændret målgruppeafgrænsning** Fokusering af formål og målgruppeafgrænsning med døgnpladserne, med udvikling af understøttende visitationskriterier (4.1.2)
- **Opgradering af normering på pladserne**, som følge af et valg om at højne kvaliteten på pladserne ved en udvidet sygepleje- og terapeutdækning i aften- og weekendtimerne (4.1.3 og 4.1.4)
- **Ændret styringspraksis**, der understøtter et større flow på døgnpladserne og sikrer, at Lyngby-Taarbæk Kommune også fremadrettet holder antallet af færdigbehandlede sengedage på et minimum (4.1.5)
- **Ændret model for aflastningspladser**, som sikrer altid ledig kapacitet på aflastningspladserne på en omkostningseffektiv måde, uden at kompromittere den øvrige pladskapacitet (4.1.6)
- **Bedre muligheder for at trække på særlige kompetencer**, fx i form af socialrådgivere, palliativ ekspertise, m.m. (dette er som sådan ikke en direkte konsekvens af omstillingsarbejdet, men omstillingsarbejdet er en god anledning til at give kompetenceprofilen et servicetjek) (4.1.7)

Disse gennemgås i de følgende afsnit.

4.1.1 Træningsenhed på én matrikel

Der lægges i denne rapport op til en fremtidig pladskapacitet på 40 døgnpladser plus en mindre kapacitet til aflastningsophold. Med en sådan kapacitet er det naturligt at tænke et fremtidigt setup for det samlede træningsområde på én matrikel og høste de økonomiske og kvalitetsmæssige potentialer forbundet hermed.

Modellen der lægges op til i denne rapport tager udgangspunkt i en sammenlægning af pladskapaciteten og den ambulante funktion på Møllebo primo 2020. Møllebo har en samlet mulig kapacitet til 49 døgnpladser samt mange lokalemuligheder for den ambulante funktion og personalet. Renoveringsbehovet og behovet for arealoptimering i dette scenarie afventer Center for Areal og Ejendommens yderligere analyse.

Eventuelle mere langsigtede løsninger ligger flere år forude, og der vurderes ikke at være rationale i at vente på dette. Det anbefales derfor, at en ny model tager udgangspunkt i en samling af pladskapaciteten på Møllebo, antageligt primo 2020. I denne model planlægges der med følgende centrale elementer;

- En samling af 40 fleksible pladser på Møllebo, hvoraf 7 pladser er særligt egnede til neurologiske borgere
- En samling af alt ambulante træning på Møllebo, undtagen bassinet som betjenes udgående
- Ekstra pladskapacitet reserveret til aflastningsborgere enten i bufferkapaciteten på Møllebo eller på Lystoftebakken, jf. beskrivelsen af modellen for aflastningsophold i afsnit 4.1.6.

Der lægges dermed op til en implementeringsperiode, der strækker sig indtil indgangen til 2020, hvorefter samlingen af træningsenheden på én matrikel vil være gennemført. Den overordnede omstillingsplan for implementeringsperioden beskrives i afsnit 5.

4.1.2 Målgruppeafgrænsning

Anbefalingen i Ældre- og sundhedsanalysen af reduktionen i antallet af pladser udsprang af en underliggende fokusering af formålet med kommunens døgnpladser til de borgere for hvem, kvaliteten vil være højere på en døgnplads end i eget hjem (antaget, at der udvikles det rette setup til at varetage pleje- og rehabiliteringsindsatsen i eget hjem).

Spørgsmålet, der behandles i dette afsnit, kan kort formuleres således: Hvis det vurderes, at det af kvalitetsmæssige grunde er hensigtsmæssigt at lukke 42 døgnpladser, hvilke (typer af) borgere vil fremover fortsat profitere mest af at modtage pleje- og rehabiliteringsindsatsen på døgnpladserne, og hvilke (typer af) borgere vil fremover have mere gavn af at modtage pleje- og rehabiliteringsindsatsen i eget hjem?

Svaret på dette spørgsmål peger samtidig på en overordnet 'profil' for døgnpladserne. I nedenstående skema er spørgsmålet søgt besvaret gennem en indledende formulering af visitationskriterier til døgnpladserne i den nye model. Denne liste er kvalificeret og nuanceret på en større workshop med medarbejdere fra både træningsenheden, hjemmeplejen og visitationen og vil på administrativt niveau skulle udvikles med flere detaljer, såfremt der ligger et politiske ønske om at implementere kapacitetsomstillingen.

Tabel 1: Foreløbige visitationskriterier

Visitationskriterier til døgnplads
Borgere med behov for høj tværfaglig intensitet og fleksibilitet i rehabiliteringsindsatsen i løbet af døgnet.
Borgere der har et træningsbehov, der ikke kan tilgodeses i hjemmet med hjemmeplejens udvidede handlemuligheder, fx specielt træningsudstyr, der kun findes i træningsenheden, og som ikke kan medbringes til borgers hjem.
Borgere med stort pludseligt funktionstab, som medfører, at deres bolig ikke længere er egnet af arbejdsmiljømæssige hensyn og/eller vil medføre omfattende midlertidige boligændringer/hjælpe midler indtil, det aktuelle funktionstab genvindes og/eller mindskes.
Borgere med kognitive funktionsnedsættelser, der medfører, at de ikke kan tage vare på sig selv og er til fare for sig selv. Borgere skal kunne profitere af et rehabiliteringsforløb ved at opnå højere kognitiv funktionsevne. Alternativt kan døgnpladserne i særlige tilfælde anvendes til vurdering af fremtidig boligsituation.
Borgere, der falder flere gange i døgnet trods tværfaglig faldudredning -og interventioner i hjemmet, og som ikke kan benytte nødkald. Borgere skal kunne profitere af et rehabiliteringsforløb. Alternativt kan døgnpladserne i særlige tilfælde anvendes til vurdering af fremtidig boligsituation.
Borger med multiple/komplekse sygdomsforløb og lav compliance med behov for støtte til at gennemføre længerevarende livsnødvendig behandling, mhp. at sikre compliance i forløbet.
Borgere ukendt af hjemmeplejen med svære psykosociale problemstillinger, som vil kunne profitere af et rehabiliteringsforløb, som øger borgers sundhedstilstand/funktionsevne. Formål med ophold er

forbedret sundhedstilstand, udredning af boligsituation/vurdering af støtte i hjemmet for at kunne opretholde opnåede sundhedstilstand fremadrettet.
Alvorligt syge og døende borgere, som ikke ønsker at dø i eget hjem, hvor der kan tilbydes tilstedeværelse og palliativ pleje og behandling i samarbejde med borgers pårørende, egen læge, hospital og/eller hospice. Dette kan også være en syg hjemløs i terminalt forløb.
Borgere visiteret til aflastningsophold, oftest pga. ægtefællers kortvarige fravær. I en ny model anbefales aflastningskapaciteten at lokaliseres enten på Møllebo eller Lystoftebakken, i en model der sikrer, at kommunen altid kan honorere behovet for aflastningsophold – også med færre døgnpladser.

Ud fra denne indledende liste af visitationskriterier kan man helt overordnet sige, at døgnpladserne skærper sit fokus som et rehabiliteringscenter, hvor den tværfaglige, rehabiliterende indsats er kerneydelsen – altid rettet mod at gøre borgeren i stand til hurtigst muligt at komme tilbage til eget hjem. Der er enkelte undtagelser til denne overordnede idé - først og fremmest palliation – da disse inden for implementeringsperioden ikke vurderes at kunne varetages bedre andre steder. Aflastningskapaciteten er ligeledes bevaret, om end modellen er gentænkt og organiseret på en anden måde end den øvrige døgnpladskapacitet.

Det er med udgangspunkt i disse visitationskriterier, at det vurderes, at det fremtidige døgnpladsbehov ligger på 40 pladser.

Med henblik på at give en bedre forståelse af, hvordan ovenstående visitationskriterier adskiller sig fra praksis i dag, er der i bilag 1 vedlagt en beskrivelse af en række kriterier, som i dag anvendes som praksis i nogen udstrækning, men som ikke fremadrettet vurderes at være relevante grunde til at varetage pleje- og rehabiliteringsindsatsen på en døgnplads.

4.1.3 Opgraderet fremmøde på pladserne: plejepersonale

I det følgende afsnit gennemgås det fremmøde, det fremadrettet vurderes at være behov for, og som vil give de rette kompetencemæssige forudsætninger for at styrke den samlede pleje- og rehabiliteringsindsats på døgnpladserne. Det er endvidere dette fremmøde, som budgetmodellen er bygget op omkring, jf. afsnit 6.5. I dette afsnit præsenteres selve fremmødeplanen og de faglige begrundelser herfor, mens afsnit 6.5 præsenterer økonomien der muliggør en sådan fremmødeplan.

Rationalet for den udvidede sygeplejedækning, jf. Ældre- og sundhedsanalysen, ligger blandt andet i;

- **at sikre gode sygeplejefaglige modtagelser og udredninger i både aften- og weekendtimerne**, hvor mange borgere ankommer til træningsenheden (særligt sen eftermiddag/aften)
- **at kunne løse akutte sygeplejefaglige opgaver i aften- og weekendtimerne**. Det vurderes, at volumen på de akutte opgaver i nattetimerne er så begrænsede, at det mere optimalt kan varetages af Vagtcentralen (som allerede varetager akutfunktionen i nattetimerne)
- **at sikre døgnpladserne de bedste kompetencemæssige forudsætninger for møde en stigende kompleksitet i opgaveløsningen** i det nære sundhedsvæsen samt understøtte mulighederne for at sætte yderligere styrke på rehabiliterende arbejde

Samlet set lægges der op til at sygeplejebemandingen ændres på følgende måde;

Tabel 2: Fremmødeplan for sygeplejersker på døgnpladserne

	Hverdag		Weekend	
	Dag	Aften	Dag	Aften
Fortunen i dag	4	0	0	0
Møllebo i dag	3	0	1	0
Ny model	5	1	2	1

For at kunne imødekomme ovenstående fremmødeplan øges pladsprisen (for kommunen) en smule, jf. afsnit 6.5. Borgernes egenbetaling ændres ikke herved.

4.1.4 Opgradering af normering på pladserne: terapeuter

Terapeutnormeringen på døgnpladserne i dag er meget forskellig afhængig af pladstypen; på døgnrehabiliteringspladserne er indsatsen normeret til to timers daglig træning (én time fysioterapi og én time ergoterapi) mandag til fredag, mens de midlertidige pladser er normeret til en times vurdering *om ugen*. På de fleksible pladser i den nye model vil denne skelen ikke findes. Der vil være nogle borgere, der har behov for mere træning end andre, men dette afstemmes løbende efter konkrete vurderinger af fagpersonalet og ledelsen inden for den samlede terapeutkapacitet.

Den samlede terapeutkapacitet på døgnpladserne i den nye model er bygget op af tre 'elementer':

- Basiskapacitet med udgangspunkt i budgetmodellen i dag
- Øvrig terapeutkapacitet som frigøres ved lukningen af midlertidige pladser
- Opnormering til terapeuter i aften- og weekendtimer

Det skal her fremhæves, at der i den nye model stadig lægges op til en fleksibel anvendelse af terapeutkapaciteten mellem den ambulante funktion, den udgående træning og træning på døgnpladserne.

Det foreslås, at basisrammen for normering for de terapeutiske ressourcer på døgnpladserne svarer til Fortunens normering i dag (hvor døgnrehabiliteringspladserne ligger). Dvs. at terapeutkapaciteten, i tråd med business casen fra marts, fremover udregnes ud fra den økonomi, der i dagens budgetmodel er afsat til:

- 32 døgnrehabiliteringspladser
- 8 midlertidige pladser ¹

Herudover indgår de terapeutressourcer, der er tilknyttet de 42 lukkede midlertidige pladser i den samlede terapeutkapacitet. Der er her regnet med at ca. halvdelen af den bufferkapacitet anvendes til at finansiere nedenstående udvidede terapeutdækning. Det afstemmes løbende hvordan bufferkapacitet disponeres bedst.

I tillæg hertil, og som den mest centrale ændring ift. terapeutkapaciteten på døgnpladserne, lægges der jf. anbefalingerne i Ældre- og sundhedsanalysen op til en udvidet dækning i ydertimerne, med følgende bemanding:

¹ Herudover er der afsat kapacitet til aflastningspladserne. Disse er ikke fremhævet her da de ikke har en terapeutnormering.

- 2 terapeuter i aftenvagte fra 16-20 i hverdage (nettonormeret)
- 4 terapeuter i lørdagsvagt a 7 timer, fx fra 8-15 (nettonormeret)

Rationalerne for, og opgaverne forbundet med, terapeutdækning i aften- og weekendtimerne, inkluderer:

- **Optimerede muligheder for at observere og vurdere svingende funktionsevne over døgnet:** Terapeutisk vurdering af funktionsevnen om aftenen vil synliggøre hjælpe- og rehabiliteringsbehov, borgerne har på de forskellige tidspunkter af døgnet, samt give terapeuterne bedre forudsætninger for at understøtte plejepersonalet og pårørende i det rehabiliterende arbejde med borgeren. Dette gælder både under indlæggelsesforløbet, hvor der er behov for løbende at justere indsatsen i forhold til borgernes opnåede/forbedret funktionsniveau, og ved udskrivelse, hvor borgers hjælpe- og rehabiliteringsbehov skal afdækkes i forhold til det videre rehabiliteringsforløb i hjemmeplejen.
- **Mulighed for terapeutisk førstevurdering** af nytilkomne døgnborgere, der ankommer til træningsenheden i ydertimer eller om lørdagen med henblik på at sikre, at borgerne får de rette hjælpemidler, bliver mobilitetsvurderet, og at plejepersonalet vejledes i, hvordan de håndterer og understøtter borgernes funktionsevne bedst.
- **Udvidelse af træningstiderne** til både aften- og weekendtimerne vil give bedre muligheder for at tilgodese den enkeltes borgers træningsbehov, at inddrage pårørende i træningen og understøtte den relationelle koordinering og vidensdeling med plejepersonalet i aftenvagten. Det vurderes særligt, at størstedelen af både de neurologiske og geriatriske døgnborgere vil profitere af genoptræning om lørdagen og derved muliggøre hurtigere udskrivelser til eget hjem.
- **At sikre tilstedeværelse i aftenvagten til vurderinger i hjemmet ifm. "modtagelsespakken" sammen med hjemmesygeplejerske**

Eftersom den udvidede dækning i aften- og weekendtimerne er et supplement til den eksisterende terapeutkapacitet, resulterer den udvidede dækning i en (for kommunen) lidt højere pladspris, jf. afsnit 6.5.

4.1.5 Ændret styringspraksis

Med 40 fleksible døgnpladser skærpes kravene til kapacitetsstyringen. Der skal etableres et styringssetup der bidrager til;

- hurtig reaktionsevne i modtagelses- og udskrivelsespraksis
- gennemsigtighed i kapacitetsanvendelsen på tværs af indsatsområder
- incitamenter til at skabe flow, så antallet af færdigbehandlede sengedage kan holdes på et absolut minimum

Der skal være en praksis – understøttet af nødvendige styringsredskaber – der sikrer mulighed for, at døgnpladserne altid akut kan optage nye borgere med behov for døgnobservation og -pleje også mhp. At fastholde antallet af færdigbehandlede sengedage på et minimum.

Dette er i udgangspunktet en implementeringsopgave. Nogle af de centrale elementer, der efter en politiske beslutning skal arbejdes videre på, er;

- **Udvikling og implementering af styringsoverblik**, der sikrer tværgående gennemsigtighed i, hvem der optager pladserne, hvor længe de har ligget der, mv. Et sådan styringsoverblik er optimalt set udviklet i kommunens EOJ-system, Nexus. Styringsoverblikket bør endvidere suppleres af et tilsvarende

styringsoverblik for borgere, der ligger på hospitalet, og borgere der er omfattet af hjemtagningspakken mhp. at give de forskellige indsatsområder de bedst mulige (fælles) forudsætninger for at være proaktive i planlægningen af overgange. Der er i projektgruppen kendskab til flere andre kommuner, der opererer med en lignende styringspraksis, og udviklingen og implementeringen af denne kan derfor søge inspiration herfra.

- **Udvikling og implementering af proaktive arbejdsgange**, som sikrer et fleksibelt 'forløbssetup', hvor opholdslængden er afstemt efter behovet – også ved korte forløb - samt sikrer, at døgnpladserne og hjemmeplejen kan agere hurtigt på presserende udskrivelsesbehov. En sådan proaktiv praksis skal understøttes af dagligt ledelsesmæssigt fokus på mulighederne for hjemsendelse, bl.a. via de oven for nævnte styringsark.
- **Implementere en kapacitetsstyringspraksis**, hvor det tilstræbes at operere med en lav belægning, fx på 90 %, så der altid kan hjemtages fra hospitalet og indlægges akut. Det er her en væsentlig forudsætning, at der på tværs af forvaltningen, både på de forskellige ledelseslag i Center for Sundhed og Omsorg og i direktionen, samt på politisk niveau, er en fælles accept af denne praksis som en forudsætning for at holde antallet af færdigbehandlede sengedage på 0 – ikke tænkes som en potentiel økonomisk gevinst, der kan høstes i næste budgetår.

4.1.6 Ændret model for aflastningspladser

Jf. Ældre- og sundhedsanalysen var der i 2017 i alt 16 aflastningsophold som samlet set strakte sig over 202 dage. Kapacitetsbehovet til aflastningsophold er derfor ikke stort, om end aflastningspladserne honorerer et vigtigt behov, og det bør derfor være en kapacitet, kommunen altid kan stille til rådighed uden undtagelse.

Det er i Ældre- og sundhedsanalysen påpeget, at der kan være et fagligt rationale i at aflastningsopholdene varetages i plejehjemsregi snarere end på træningsenhedens døgnpladser, da borgerne ikke ankommer pba. af et rehabiliteringsbehov.

Oplægget er, at aflastningskapaciteten enten lægges på det selvejende plejecenter Lystoftebakken eller på Møllebo (udover de 40 døgnpladser). Både Lystoftebakken og Møllebo har lokalekapacitet der sikrer at behovet altid kan dækkes – også i spidsbelastningsperioderne.

Modellen for aflastningspladserne fremover foreslås at bestå af følgende elementer:

- Kapaciteten til aflastningsophold lægges enten på Lystoftebakken eller på Møllebo (hvor kun 40 af de 49 boliger er i brug)
- Der afsættes en central pulje under centerchefen til aflastningsophold, som udregnes pba. af det samlede antal dage, som aflastningsopholdene varede i 2017 plus en buffer til at håndtere udsving, udregnet pba. af en plejehjemspladsnormering
- Lystoftebakken/Møllebo bliver afregnet med en dagstakst per aflastningsdøgn

4.1.7 Kompetencebehov

I forbindelse med det forberedende arbejde er der indledningsvist påbegyndt et arbejde med at vurdere mere konkret, hvilke kompetencemæssige forudsætninger der for træningsenheden er indeholdt i omstillingen. Dette dels for at sætte styrket fokus på, om organisationen kan blive endnu stærkere rent kompetencemæssigt – et 'servicetjek' af kompetencerne på døgnpladserne, så at sige – og dels for at starte nogle drøftelser, som

kan fungere som et springbræt for den videre implementeringsproces ift. den konkrete kompetenceudviklings- og rekrutteringsstrategi.

Den mest centrale foreløbige konklusion herpå er, at der peges på et potentiale for at arbejde tættere sammen med kommunens øvrige centre, særligt mhp. at skabe bedre muligheder for at kunne trække på socialrådgiver- eller socialarbejderkompetencer ifm. arbejdet med psykisk sårbare borgere, der ofte ikke har noget netværk.

Flere detaljer kan findes i bilag 2.

4.2 Hjemmet som udgangspunkt (eget hjem)

Med dette omstillingsarbejde skal hjemmeplejen varetage en større del af kommunens pleje- og rehabiliteringsindsatser end tilfældet er i dag, svarende til indsatserne for de borgere, som i dag ligger på de 42 pladser, og som det anbefales at 'flytte ud' i hjemmeplejen.

Konkret estimeres det, at hjemmeplejen i en ny model vil;

- **Levere næsten 25.000 timers ekstra pleje om året**, svarende til næsten 500 timer om ugen
- **Skulle ansætte ca. 30 ekstra medarbejdere**, hvoraf der potentielt skal ansættes op imod 10 sygeplejersker
- **'Bruge' modtagelsespakken til ca. 300 borgere om året**, som bliver udskrevet fra hospitalet til eget hjem med en kompleksitet, der fordrer en tværfaglig modtagelse, svarende til næsten seks borgere om ugen, der får en modtagelsespakke

For at lykkes med denne omstilling forudsætter det, at hjemmeplejen opkvalificeres på flere forskellige måder, herunder;

- **Bedre modtagelser og opstart af forløb** – 'modtagelsespakke' (4.2.1)
- **Ressourcetilførsel** (4.2.2)
- **Opgradering af kompetenceniveauet** (4.2.3)

Disse tre elementer beskrives i det følgende.

4.2.1 Bedre modtagelser og opstart af forløb

En af ambitionerne med dette omstillingsarbejde er at give de bedst mulige forudsætninger for at yde en optimal rehabiliterings- og plejeindsats med afsæt i en grundig udredning i borgerens eget hjem – også efter betydelige funktionsnedsættelser og hospitalsindlæggelser. Til at understøtte dette arbejde skal der implementeres styrkede arbejdsgange i overgangen fra hospitalet til eget hjem, som både sikrer proaktiv adfærd på hospitalet med forbedrede muligheder for akutte bestillinger af hjælpemidler og (mindre) boligændringer samt et grundigt og hurtigt iværksat tværfagligt udredningsarbejde efter ankomst i eget hjem. Dette er i forbindelse med Ældre- og sundhedsanalysen omtalt som en 'modtagelsespakke'.

Overgangen fra hospital til eget hjem kan opdeles i tre faser, hvortil der knytter sig særlige arbejdsgange og fokusområder:

1. Under hospitalsindlæggelsen
2. Modtagelse og udredning i eget hjem ('hjemtagningspakke')
3. Overgang til 'almindeligt forløb'

Nedenfor beskrives i flere detaljer, hvilke særlige fokuspunkter og arbejdsgange der knytter sig til hver fase.

1. UNDER HOSPITALSINDLÆGGELSEN

Under hospitalsindlæggelser skal den fremskudte visitation (udskrivningskoordinationen);

- proaktivt indhente information om borgeren ved dennes indlæggelse mhp. planlægning af modtagelse af borger i kommunen.
- Sikre forventningsafstemning med borger og pårørende på hospitalet mhp. at inddrage borgeren mest muligt i tilrettelæggelsen af udskrivningsforløbet i kommunen.
- Sikre at der sker en afstemning af de faglige råd og anbefalinger, hospitalet kommer med og egen vurdering af efterfølgende indsats i kommunen, så der for borgeren og pårørende er en oplevelse af mest mulig sammenhæng. Herunder arbejde på en stadig styrkelse af samarbejdsrelationerne med regionen særligt mhp. at sikre en konstruktiv og harmoniseret dialog med borgere og pårørende og optimere overleveringen fra region til kommune.
- med udgangspunkt i skriftlige visitationskriterier at 'screene' borgere til (i) døgnplads, (ii) eget hjem med (de relevante dele af) modtagelsespakken og (iii) eget hjem i 'almindeligt' forløb.
- visitere - ligesom i dag – de nødvendige hjemme- og sygeplejeydelser og sikre, at hospitalet udleverer de nødvendige midlertidige hjælpemidler, så de er klar til borgeren ved hjemkomst.

Til at understøtte dette arbejde afsættes der ressourcer til 0,5 årsværk til en opgradering af udskrivningskoordinationen, opnormeret fra de i dag to årsværk afsat til funktionen. Dette skal samtidig sikre at der i højere grad er fysisk tilstedeværelse af udskrivningskoordinatorer på hospitalerne.

2. OPSTARTSFASEN I EGET HJEM (INDEN FOR 48 TIMER)

Ankomsten til eget hjem er opdelt i to faser:

- **Modtagelse:** Modtagelse af borgeren inden for 0-4 timer af sygeplejerske og terapeut (ved behov, ellers inden for 48 timer), med henblik på at sikre en tryk ankomst til eget hjem og opstart af plejeforløbet. Opgaverne her indebærer bl.a. medicinafstemning og -håndtering, forventningsafstemning med borger og pårørende, yderligere behov for hjælpemidler, kontakt til øvrige instanser, m.m. Sygeplejersken i modtagelsen har en (endnu ikke fastlagt) dispositionsramme til at justere i udskrivningskoordinationens visitation til plejeindsatsen de første dage indtil en grundigere udredning, optimalt set inden for 48 timer. Såfremt borgeren uventet har en kompleksitet, som gør, at pleje- og rehabiliteringsindsatsen ikke kan håndteres i hjemmet, bør MAT (såfremt det har plejemæssig karakter) eller en terapeut (såfremt det handler om andre typer funktionsnedsættelser) ind over vurderingen af, hvorvidt borgeren alligevel skal på en døgnplads.
- **Udredning:** Opfølgende besøg med tværfaglig udredning, fastlæggelse af mål og handleplan for den efterfølgende rehabiliteringsindsats med indlagt vurdering af behov for sygepleje samt øvrige kompetencebehov omkring borgeren, forventet progression, opfølgingsbehov, m.m.

Modtagelser af denne karakter skal kunne gennemføres mandag til lørdag, inklusive helligdage, der ikke falder på en søndag. Dette vil dække over stort set alle modtagelser

da søndagsudskrivelser for borgere hvor pakken kunne være relevant er sjældne. Der er i de økonomiske udregninger taget højde for dette.

I bilag 3 kan findes en foreløbig vurdering af relevante hjælpemidler og boligændringer, som inkluderes i pakken.

3. DET VIDERE FORLØB I EGET HJEM (EFTER 48 TIMER)

Efter den tværfaglige udredning overgår borgeren til et 'almindeligt' forløb – optimalt set inden for 48 timer - hvor pleje- og rehabiliteringsindsatsen udføres med udgangspunkt i den tværfaglige handleplan.

Ved overgangen til 'almindeligt' forløb er det afgørende, at der foreligger en plan for nedtrapning af ydelser, og at borgerens forløb følges tæt mhp. sikring af planlagt progression og løbende revurdering af behov. Dette er naturligt integreret i FSIII i borgerjournalen.

4.2.2 Ressourcetilførsel

Der er selvsagt betydelige ressourcemæssige forudsætninger forbundet med, at hjemmeplejen kan løfte den forestående opgave, såfremt kapacitetsomstillingen gennemføres. De økonomiske beregninger findes i afsnit 6.2. I dette afsnit gennemgås principperne for ressourcefordelingen.

Principperne for ressourcefordeling er følgende;

- **Borgere der ellers ville have været på en midlertidig plads** skønnes at have behov for ca. 13 ugentlige timers hjemme- og hjemmesygepleje i den periode, hvor de ellers ville have ligget på en midlertidig plads, samt en tværfaglig modtagelse umiddelbart efter ankomst til eget hjem, jf. oven for. Behovet er estimeret pba. af data om plejebehovet for borgere der i sin behovsprofil ligner målgruppen på pladserne, men som er udskrevet til hjemmet
- **Borgere der ellers ville være på døgnrehabiliteringspladser** skønnes at have behov for ca. 8 ugentlige timers hjemme- og hjemmesygepleje i den periode, de ellers ville have ligget på en døgnrehabiliteringsplads, plus en tværfaglig modtagelse umiddelbart efter ankomst til eget hjem samt en terapeuttilknytning svarende til den de modtager på en døgnrehabiliteringsplads, jf. oven for. Behovet er estimeret med udgangspunkt i at nogle døgnrehabiliteringsborgere har et begrænset plejebehov men et intensivt genoptræningsbehov. Dette er understøttet af et meget lavt plejebehov hos nogle borgere efter et døgnrehabiliteringsophold i dag, hvor ca. 20 % ikke modtager efterfølgende pleje.
- **Borgere der kommer hjem efter et forkortet midlertidigt ophold** skønnes i gennemsnit at modtage ca. 8 ugentlige timers hjemme- og hjemmesygepleje. Behovet er estimeret pba. af borgernes plejetyngde efter ophold på en midlertidig plads i dag og sat en smule højere end dette.
- **Borgere der 'styres uden om pladserne' fremover modtager en tværfaglig udredning** ifm. med modtagelsespakken, hvor der er indregnet 5 timers sygepleje.

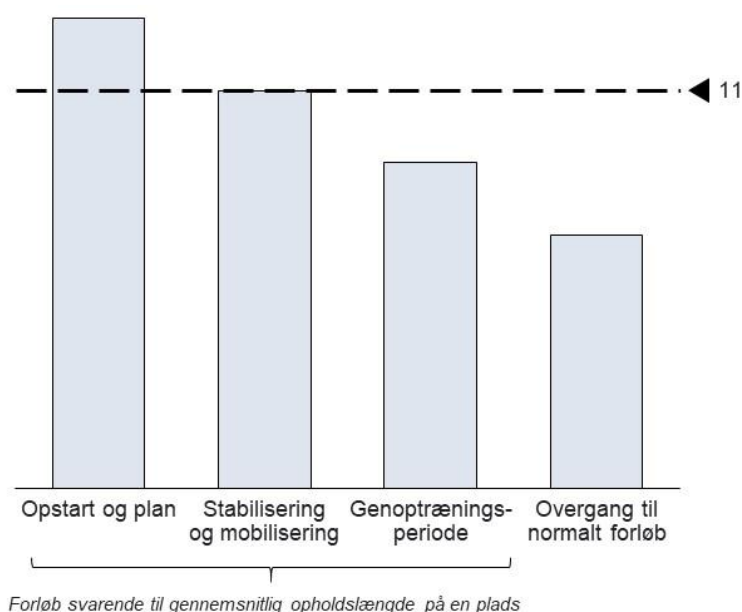
Samlet set antages de ekstra borgere, som hjemmeplejen skal varetage pleje- og rehabiliteringsindsatsen for, at ligge på i gennemsnit ca. 11 timer, eksklusiv den tværfaglige modtagelse. Dette niveau ligger tæt op af antagelserne fra den foregående business case, om end der er lagt op til et betydeligt større omfang af modtagelsespakker, da disse efter kvalificeringer med både fagpersonale og ledelse vurderes at kunne bidrage til et stort kvalitetsløft. Den samlede plejeindsats der budgetteres med per borger er dermed højere end i de tidligere udregninger.

Ovenstående tal er kvalificeret i samarbejde med hjemmeplejen og er i videst muligt omfang databaserede fra erfaringer med hjemsendelser af borgere til eget hjem samt plejetyngde efter endt ophold på døgnpladserne i dag.

Det er i forbindelse med ovenstående tal centralt at være opmærksom på, at tildelingen til hjemmeplejen udregnes per plads, ikke per borger (undtagen timerne til modtagelser som udregnes per borger). Det vil med andre ord sige, at de tildelte timer til hjemmeplejen forudsætter, at der arbejdes aktivt med – og styres efter – en progression i borgerens funktionsevnetilstand, som svarer til den progression, de ville have haft, hvis de havde været på en plads.

Man kan skitsere et typisk eller 'gennemsnitligt' forløb for en borger på følgende måde:

Figur 2: Forventet progression i 'normalt' forløb



Forløb kan variere på et utal af måder, og det er ikke en forudsætning, at alle følger samme progression. Den centrale pointe her er, at der i udregningen af ressourceforbruget til hjemmeplejen er taget højde for, at borgere kan have et stort plejebehov i den indledende fase af ankomsten til eget hjem, forudsat at der er progression i forløbet således, at plejebehovet ikke er højere, end det ville have været, efter den periode, hvor borgeren ville have været på pladsen. Man kan sige, at dette er den underliggende motivation bag hele dette omstillingsarbejde; at borgernes plejebehov kan mindskes *hurtigere* ved at arbejde rehabiliterende med borgeren i eget hjem end på døgnpladsen, forudsat at de modtager en relevant pleje- og rehabiliteringsindsats.

4.2.3 Kompetencer

På baggrund af anbefalinger i Ældre- og sundhedsanalysen er hjemmeplejen allerede i dag i gang med at højne kompetenceniveauet via en gradvis erstatning af hjælpere med assistenter. Et sådan kompetenceløfte bidrager til at geare hjemmeplejen til at imødekomme udviklingerne i det nære sundhedsvæsen generelt samt løfte de opgaver, der følger af dette omstillingsarbejde.

De ekstra opgaver, som følger mere direkte af dette omstillingsarbejde, fordrer dog et yderligere kompetenceløft i hjemmeplejen med særligt fokus på de sygeplejefaglige kompetencer. I forbindelse med det forberedende arbejde til denne rapport, er der derfor i samarbejde med hjemmeplejen foretaget en vurdering af, hvilke typer af kompetencer hjemmeplejen har behov for styrke fremadrettet. Dette arbejde er, som med kompetencebehovsvurderingerne på døgnpladserne, foreløbigt og skal delvist forstås som et efterfølgende implementeringsredskab.

Der er også i hjemmeplejen et potentiale forbundet med at få bedre adgang til at trække på eksisterende specialistkompetencer, både på træningsenheden og andre steder i kommunen. Herudover følger der med denne omstilling et styrket behov for tværfaglige kompetencer i samarbejdet med terapeuterne samt modtagelseskompetencer som skal bringes i spil i modtagelsespakkerne. Strategien for disse, samt øvrige kompetencebehov, indebærer både kompetenceudvikling samt målrettet rekruttering.

Flere detaljer kan findes i bilag 4.

4.3 Udgående træning

Ambitionen med at udvide hjemmetræningen er at give de mulige forudsætninger for at levere træningsindsatsen, der hvor effekten er størst. Hjemmetræningen har nogle særligt gunstige forudsætninger for med understøttelse af borgerens egen motivation at tage udgangspunkt i borgerens hverdagsliv og arbejde hen imod de målsætninger borgeren har for at forbedre dette.

Lyngby-Taarbæk Kommune har i dag et udgående træningstilbud, som varetages af to hjemmetræningsteams med tilknyttede fysio- og ergoterapeuter på både Møllebo og Fortunen. Hvert hjemmetræningsteam varetager opgaver i specifikke opdelte hjemmeplejeområder og deltager ligeledes på rehabiliteringsmøder i det tilknyttede hjemmeplejeområde. Terapeuternes hovedopgaver er i hovedtræk vurdering, genoptræning- og rehabilitering af daglige færdigheder, så borgerne opnår størst mulig grad af selvstændighed samt sikring af relevante hjælpemidler og boligændringer. Desuden medvirker terapeuterne til en tværfaglig koordinering af borgernes forløb i samarbejde med relevante samarbejdspartnere og på rehabiliteringsmøder i hjemmeplejeområderne i forhold til håndtering af borgere og understøttelse af den rehabiliterende tilgang.

Målgruppen for hjemmetræningstilbuddet er især;

- Borgere hvor der er behov for afklaring af, om de er i målgruppen til at modtage hjemmeplejeydelser, eller som kan trænes i selv at varetage praktiske og personlige opgaver i hjemmet
- Borgere der efter udskrivelse fra døgnophold har behov for terapeutisk intervention mhp. at sikre overførbare af opnået funktionsevne til daglige færdigheder i hjemmet
- Borgere der har nedsat funktionsevne, og som af forskellige årsager ikke kan håndtere at komme på træningscenter fx grundet kognitive, psykiske og/eller fysiske problemer.
- Borgere hvis træningsbehov specifikt er rettet mod en eller flere hverdagsaktiviteter i hjemmet/nærmiljøet.
- Borgere der i forbindelse med deres døgnophold vil profitere af specifik og afgrænset træning/ rehabilitering i aktiviteter i egen hjem.

Det nuværende udgående træningstilbud vurderes ikke som følge af denne omstilling at skulle reorganiseres grundlæggende, opkvalificeres med nye typer kompetencer eller have akut behov for en udvidelse af sine handlemuligheder via nyt udstyr eller lignende.

Den mest centrale forandring i en ny model er derfor, at flere borgere med en opnormering af hjemmetræningstilbuddet (svarende til ni døgnrehabiliteringspladser) kan tilbydes genoptræning. Dvs. med den foreslåede model for omstillingen af kapaciteten, vil målgruppen for den fremtidige hjemmetræning udover det ovenstående beskrevet terapeutiske tilbud, også omhandle komplekse genoptrænings- og rehabiliterende ydelser for flere borger med genoptrænings- og/eller rehabiliterende behov, som ikke tidligere har modtaget hjemmetræning.

Udvidelsen af hjemmetræningstilbuddet inkluderer udredningsarbejdet i modtagelsespakken for borgere, der modtager denne i overgangen fra hospital til eget hjem. Her sikrer den udgående terapeut vurdering af borgers behov for rehabiliterende tiltag og effektivering af dette via efterfølgende hjemmetræning samt effektivering af nødvendige hjælpemidler. Ved modtagelsen vil man ligeledes lægge mål og plan i samarbejde med borger og evt. pårørende.

Materielt vil der være et øget behov, der er estimeret til 3 biler og 3 elcykler.

5. Omstillingsplan

I de følgende afsnit præsenteres den foreslåede omstillingsplan indeholdende en foreslået kadence i opbygningen af kapaciteter i hjemmeplejen og til hjemmetræning samt kadencen for nedjusteringen af pladskapaciteten. Økonomien i omstillingen beskrives i afsnit 6.

Tidsplanen i det kommende afsnit og den økonomi, der er bundet til den, tager udgangspunkt i en mulig sammenlægning på Møllebo d. 1. januar 2020. Såfremt denne dato udskydes pga. renoveringsbehovet, kan tidsplanen udskydes tilsvarende. Såfremt datoen fremrykkes, er det projektgruppens vurdering, at kadencen i omstillingsarbejdet kan skrues op, om end den præcise kadence i så fald vil skulle (gen)planlægges, når datoen for mulig indflytning på Møllebo er endelig fastlagt (og såfremt der er politisk vilje herfor).

5.1 Overordnede principper for omstillingsarbejdet

Med de oven for givne antagelser om en mulig sammenlægning primo 2020 foreslås en implementeringsperiode, hvor 42 pladser lukkes gradvist over 2019 (med den mindre kapacitet til aflastning reserveret som buffer, jf. afsnit 4.1). Omstillingsperioden er planlagt efter nogle centrale principper:

- **Konservativ omstilling:** Alle omstillingsprojekter indeholder en række omkostninger og risici. Der lægges her op en 'konservativ' omstillingsperiode, hvor sikringen af kvaliteten i overgangen prioriteres. Det betyder i praksis, at der i perioder køres med 'dobbelt kapacitet' – altså at både hjemmeplejen og træningsenheden har kapaciteten til at varetage pleje- og rehabiliteringsindsatsen for borgeren - samtidig med, at der afsættes betydelige midler til fx kompetenceudvikling. Det øger sandsynligheden for, at overgangen bliver smidig og præget af høj kvalitet.
- **Bottom-up mere end top-down:** Som et særligt fokus for omstillingsperioden tilstræbes det i videst muligt omfang, at lukningen af pladser drives af lavere pladsbehov 'nedefra' snarere end en ledelsesmæssig beslutning 'oppefra'. Dette understøttes af et løbende og intensivt arbejde med både hjemmeplejens-, træningsenhedens- og visitationens forståelse af de tiltænkte målgrupper og

intention med et døgnophold, og forståelse af den oven for nævnte opbygning af kapaciteten i hjemmet forud for lukningen af pladser, visitationspraksis m.m.

5.2 Planlagt kadence i omstillingen

Frem mod sammenlægningen på Møllebo i primo 2020 skal der i takt med opbygningen af kapaciteten i hjemmeplejen og til hjemmetræning løbende lukkes døgnpladser, som frigiver økonomi til en fortsat opbygning af kapaciteten i hjemmeplejen og til hjemmetræning. For at sikre tid nok til, at organisationen kan tilvænne sig de nye måder at arbejde på, foreslås det, at omstilling planlægges at forløbe over hele 2019, med lukningen af pladser i følgende kadence.

- 11 pladser 1. januar 2019
- 11 pladser 1. maj 2019
- 11 pladser 1. september 2019
- 9 pladser 1. januar 2020

Den supplerende aflastningskapacitet oprettes ved sammenlægningen på Møllebo d. 1/1-2020, muligvis på Lystoftebakken jf. afsnit 4.1.6. Økonomien som den er præsenteret i afsnit 6 tager udgangspunkt i, at pladserne lukkes i denne kadence.

Særligt de første lukninger af pladser (i januar og maj) kan muligvis fremskyndes (inden for varslingsregler) givet, at døgnpladserne over en længere periode i 2018 har haft meget lav belægning. Eventuelle løbende justeringer af planen af denne type – fx fremskyndelse af lukning af pladser hvis der ikke er behov for disse - er et fælles ansvar mellem træningsområdet og hjemmeplejens ledelse og centerchefen.

Det er endnu uafklaret i hvilken rækkefølge der skal lukkes pladser på Møllebo og Fortunen. Den specifikke plan herfor lægges administrativt efter en eventuel politisk beslutning med afsæt i individuelle samtaler med alt træningsenhedens personale. Det er forvaltningens vurdering og oplæg, at der ikke bliver tale om afskedigelser, men tilbud om omplacering på de øvrige decentrale enheder i Center for Sundhed og Omsorg (hjemmeplejen og plejecentrene).

Den udvidede sygepleje- og terapeutdækning planlægges at træde i kraft ved sammenlægningen på Møllebo.

5.3 Vigtige opmærksomhedspunkter i omstillingsarbejdet

I dette afsnit skitseres nogle af de mest centrale fokusområder for tiden efter en eventuel politisk beslutning om at omstille kapaciteten. Dette er delvist et 'arbejdsredskab' til projektgruppens videre arbejde og dels for at give øvrige interessenter en idé om fokuspunkter for det fremadrettede arbejde.

Nogle af de centrale fokus- og udviklingsområder er følgende;

- **Fortsat arbejde med organisationens forståelse og opbakning til projektet** og skabe en positiv fælles fortælling om omstillingen. De aktiviteter, der har været gennemført i forbindelse med både Ældre- og sundhedsanalysen og dette forberedende arbejde, har i sig selv allerede påvirket organisationens forståelse af, hvornår der er mest kvalitet forbundet med at levere pleje- og rehabiliteringsindsatsen i hjemmet, og hvornår den bør leveres på en døgnplads samt forudsætningerne for, at hjemmeplejen kan varetage opgaven. Der er med andre ord allerede qua den igangværende proces igangsat en meningsfuld faglig

diskussion i organisationen, som i sin forståelse allerede har rykket sig meget. Efter en eventuel politisk beslutning skal dette arbejde med at skabe fælles forståelse fortsættes på tværs af alle relevante dele af organisationen, på både medarbejder- og ledelsesniveau. Et fælles arbejde med uddybning, nuancering og kvalificering af visitationskriterierne er et naturligt afsæt herfor, bundet op på workshops med casearbejde med fagpersonale på tværs af organisationen.

- **Styrkelse af tværfagligheden på både døgnpladser og i hjemmeplejen:** Døgnrehabiliteringspladserne har i dag en udpræget tværfaglig kompetenceprofil, mens de midlertidige pladser har en udpræget plejefaglig profil. Med fleksible pladser vil denne opdeling mellem pladstyper ikke længere eksistere, og alt personale skal derfor have både kompetencerne og lysten til at arbejde i tværfaglige fællesskaber. Der skal fremadrettet sikres et løbende fokus på det tværfaglige samarbejde i alt fra den måde, som teams bliver konstrueret, til kontorfællesskaberne og de fælles personaleområder, til etableringen af løbende tværfaglige praksisser, til den ledelsesmæssig fastholdelse og insisteren på det tværfaglige perspektiv. På samme måde skal der sikres et stærkt tværfagligt samarbejde mellem hjemmeplejen og træningsområdet ved etablering af fælles udarbejdede samarbejdsaftaler, så det rehabiliterende arbejde i borgerens eget hjem får de bedst mulige forudsætninger. Lykkes dette arbejde, er det måske her, de største afledte kvalitetsmæssige og økonomiske effekter af omstillingsarbejdet kan findes.
- **Rekruttering** er generelt en stor udfordring på ældre- og sundhedsområdet. Med et estimeret behov for ansættelse/omplacering af ca. 30 nye medarbejdere i hjemmeplejen, er det særligt vigtigt, at der umiddelbart efter en politisk beslutning lægges en rekrutteringsplan, som spiller sammen med det eksisterende fokus på området. Rekrutteringsudfordringen er en potentiel udfordring for omstillingen givet de strukturelle rekrutteringsproblemer på sundheds- og ældreområdet. Der er imidlertid gode nylige erfaringer i kommunen med 'framingen' af og indholdet i jobopslagene som kan bidrage til at tiltrække flere kvalificerede ansøgere. Dette omstillingsarbejde kan med fordel tænkes ind i en samlet fortælling om den omstilling kommunen er i gang med og hvordan det påvirker arbejdet i hjemmeplejen positivt med flere komplekse forløb, styrkede arbejdsgange, højnet kompetenceniveau, m.m.
Der skal i forbindelse med rekrutteringsspørgsmålet snarest efter en politisk beslutning foretages individuelle samtaler med alt personale på træningsenheden mhp. at afdække kompetencer, ønsker og mulighed for ansættelse andre steder i organisationen.
- **Samarbejdet og dialogen med regionen skal styrkes.** En væsentlig del af dette arbejde er påvirket af samarbejdsfladen med hospitalerne, og et stærkt samarbejde mellem kommune og region er – på flere forskellige måder – en forudsætning for, at borgere og pårørende oplever kontinuitet, kvalitet og tryghed, samt at opstarten af den kommunale pleje- og rehabiliteringsindsats får de bedst mulige forudsætninger. Umiddelbart efter en politisk beslutning kan dialogen med regionen med fordel indledes på et højere ledelsesniveau, hvor kommunen orienterer om omstillingsarbejdet. Herefter vil udskrivningskoordinationen have en væsentlig rolle i forbindelse med det løbende arbejde i denne samarbejdsrelation, lige som de har i dag.
- **Udvikling og implementering af den tidligere beskrevne styringspraksis** samt de understøttende styringsværktøjer
- **Videreudvikling og implementering af modtagelsespakken:** Modtagelsespakken står som et centralt element i ambitionen om at optimere overgangen fra hospitalet til eget hjem. Der skal udvikles og løbende arbejdes

med optimering af helt konkrete arbejdsgange, der sikrer gode tværfaglige modtagelser og -planer for pleje- og rehabiliteringsforløbet.

- **Udvikling og implementering af specifikke indsatser**, herunder særligt indsatser under §83a til et styrket fokus på det rehabiliterende tværfaglige arbejde.
- **Etablering af samarbejdsaftaler der sikrer mulighederne for akutte bestillinger af hjælpemidler og boligændringer**, herunder sikring af mulighed for levering i ydertimerne
- **Afdækning af specifikke kompetenceudviklingsbehov og planlægning og gennemførelse af kompetenceudvikling**
- **Etablering af evalueringsmodel for implementeringen**: En succesfuld omstilling af kapaciteten forudsætter, at der løbende følges op på fremdriften, udfordringer, risici m.m., og at der er et tilstrækkeligt fleksibelt setup til løbende at lave nødvendige justeringer. En forudsætning herfor er, at der etableres et setup, der sikrer løbende monitorering af nøgleparametre i omstillingen, herunder faktisk antal anvendte plejetimer fordelt på indsatstyper på hjemsendte borgere (målt op imod forventede antal plejetimer), borgernes progression, brug af og erfaringer med modtagelsespakken herunder antal, tider, genindlæggelser til døgnplads i modtagelsespakken, brug af MAT i modtagelsespakken, m.m. Herudover skal der løbende følges op på økonomien i omstillingsperioden, så eventuelle omprioriteringer mellem områderne kan ske proaktivt. En sådan monitoreringspraksis og evalueringsmodel skal etableres efter en eventuel politisk beslutning.

6. Økonomi

I det kommende afsnit beskrives de økonomiske aspekter af kapacitetsomstillingen, både for omstillingsperioden i 2019 og fremadrettet.

Der er i nedenstående estimater *ikke* indregnet udgifter og potentialer forbundet med anlæg (renovering, køb/salg, m.m.). Afledte økonomiske gevinster ved en styrkelse af kvaliteten i pleje- og rehabiliteringsindsatsen er heller ikke estimerede.

Økonomien i kapacitetsomstillingen er en sammensat effekt af de effektiviseringer, der kan realiseres ved lukning af døgnpladser samt de investeringer der laves i opbygningen af hjemmetræningstilbuddet, hjemmeplejen og visitationen. Omstillingen er økonomisk set fuldt afsluttet per 1. januar 2020, hvor de sidste pladser lukkes. Herefter er tildelingen til både hjemmetræningen, hjemmeplejen og visitationen fuldt indfaset, hvorfor nettoresultatet fra 2020 og frem er konstant.

Nedenfor ses et overblik over økonomien i omstillingen over de kommende år.

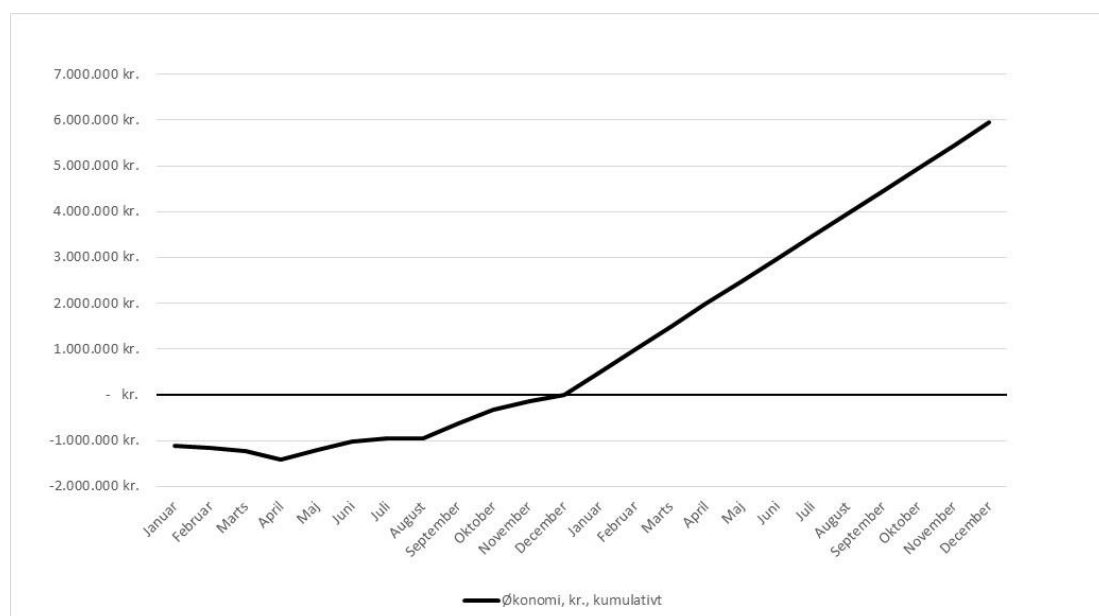
Tabel 3: Overblik over økonomi

Mio. kr. (2018-pl)	2019	2020	2021	2022
Investering i hjemmetræning	-1,9	-2,8	-2,8	-2,8
Investering i hjemmeplejen	-7,6	-11,0	-11,0	-11,0
Investering i myndighed	-0,5	-0,4	-0,4	-0,4
Investering i kompetenceudvikling, aflastning og øvrigt	-1,8	-0,8	-0,8	-0,8

Mio. kr. (2018-pl)	2019	2020	2021	2022
Realisering ved lukning af pladser	11,9	21,0	21,0	21,0
I alt	0,0	5,9	5,9	5,9

I begyndelsen af kapacitetsomstillingen vil der være et månedligt underskud på budgettet, som gradvist forbedres over 2019 i takt med, at indfasningen nærmer sig sin afslutning. Figuren neden for viser den kumulative økonomi i 2019 og 2020. Grafen udtrykker den samlede investering/effektivisering i den pågældende måned, målt i forhold til, hvordan økonomien ville se ud, hvis kapacitetsomstillingen ikke bliver gennemført.

Figur 3: Kumulativ effektivisering over 2019-2020



Break-even for investeringen ligger således omkring årsskiftet 2019/2020, hvorefter den kumulative effektivisering er ca. 0,5 mio. kroner om måneden eller ca. 6 mio. kroner om året.

6.1 Business case i dag og business case i marts

Som efterfølger til Ældre- og sundhedsanalysen lavede Implement i foråret 2018 en indledende business case, der havde til hensigt at give et 'groft estimat' på økonomien i omstillingen. Business casen skønnede et muligt potentiale i underkanten af 10 mio. kroner under en række (simplificerede) antagelser. Det estimerede potentiale i denne kvalificerede business case ligger betydeligt lavere end den foregående business case, af flere grunde.

For det første og vigtigst er der i forbindelse med opstarten af dette forberedende arbejde politisk givet udtryk for, at mulige økonomiske effektiviseringer er at betragte som et positivt biprodukt af at gøre det rigtige; at lave en kapacitetsomstilling, der er motiveret af ambitionen om at forbedre kvaliteten for borgerne. I lyset af disse ønsker er der undervejs i processen truffet en række konservative/omkostningsdrivende valg, som vurderes at højne kvaliteten yderligere.

For det andet er der i den nye business case indregnet finansiering både til en ekstra plejepersonaleleder på træningsenheden og til en ekstra hjemmeplejeleder – begge i forlængelse af anbefalinger i Ældre- og sundhedsanalysens ledelsesanalyse, men som i princippet er uafhængige af denne omstilling. Med disse finansieringer kommer Center for Sundhed og Omsorg i mål med at styrke ledelseskraften i organisationen på niveau med anbefalingerne i Ældre- og sundhedsanalysen.

Samlet set skyldes (langt størstedelen) af forskellen mellem de to business cases derfor;

- Mere ledelse i træningsenheden og hjemmeplejen, som er indregnet i den nye business case (men ikke den tidligere)
- Udvidet sygepleje- og terapeutdækning på døgnpladserne, som hæver den gennemsnitlige pladspris over antagelserne i business casen i marts
- Nogle mere konservative, kvalitetssikrende valg, fx en yderligere opgradering af de tværfaglige modtagelsespakker, økonomi til at sikre rimelig transporttid i det udvidede hjemmetræningssetup, m.m.

6.2 Økonomi til hjemmeplejen

Hjemmeplejens økonomi til pleje- og rehabiliteringsindsatser er adskilt i en frit-valg-pulje under myndighedschefen og en sygeplejepulje under hjemmeplejeforstanderen. Herudover kan det vælges at lave en særskilt pulje til modtagelsespakkerne for at sikre fokus og lettere opfølgning på implementeringen af denne.

Neden for ses tildelingen til hjemmeplejen over de kommende år.

Tabel 4: Ressourcetildeling til hjemmeplejen

Mio. kr. (2018-pl)	2019	2020	2021	2022
FV	3,5	5,7	5,7	5,7
SPL	2,4	3,8	3,8	3,8
Modtagelsespulje	0,5	0,8	0,8	0,8
Biler, nødkald m.m.	0,7	0,1	0,1	0,1
Finansiering af hjemmeplejeleder	0,6	0,6	0,6	0,6
I alt	7,6	11,0	11,0	11,0

Den samlede økonomi til hjemmeplejen er udregnet med udgangspunkt i antagelser om plejebehovet for borgere, som fremover skal være i hjemmet i stedet for en plads, som beskrevet i afsnit 1. Disse er kvalificeret i samarbejde med hjemmeplejens ledelse. I bilag 5 findes beregningstekniske detaljer.

I implementeringsperioden er der herudover afsat 440.000 til indkøb af yderligere fire biler med en årlig driftsomkostning på 120.000 kr. Estimatet af behovet er afstemt med hjemmeplejens ledelse og tager udgangspunkt i en vurdering af antallet af ekstra timer i aftenvagten, som forventes at være flaskehals ift. behovet for biler. Herudover er der afsat 130.000 kr. til indkøb af nødkald og e-nøgler.

6.3 Økonomi til hjemmetræning

Økonomien til hjemmetræning estimeres ud fra en vurdering af, at der skal være, hvad der svarer til 9 døgnrehabiliteringspladser i eget hjem. Disse 9 døgnrehabiliteringspladser i

eget hjem' er et supplement til de 32 døgnrehabiliteringspladser, der i forvejen er budgetteret med i dag på Fortunen og fremadrettet på Møllebo, og de er vurderet til at kunne honorere ambitionen om at yde en bedre rehabiliteringsindsats for borgere med genoptræningsbehov og -potentiale, men uden en genoptræningsplan (GOP) fra hospitalet.

Vurderingen af de økonomiske forudsætninger for at kunne etablere den terapeutfaglige indsats til 9 døgnrehabiliteringspladser i eget hjem er udregnet ud fra følgende elementer:

- 9 gange terapeutnormeringen på en døgnrehabiliteringsplads i dag (9 x 194.726 kr.) tillagt 30 % ekstra til transport samt rehabiliteringsmøder med hjemmeplejen
- Terapeutfaglig modtagelse af 300 borgere per år a 4 timers varighed, alt inklusive
- Indkøb af 3 biler (til 110.000 kr. stykket) og løbende drift af disse (30.000 kr. per år per bil) samt køb af 3 elcykler (i alt 30.000 kr.)

Tabel 5: Ressourcetildeling til hjemmetræning

Mio. kr. (2018-pl)	2019	2020	2021	2022
Hjemmetræning	1,3	2,3	2,3	2,3
Modtagelsespulje	0,2	0,4	0,4	0,4
Biler + cykler	0,5	0,1	0,1	0,1
I alt	1,9	2,8	2,8	2,8

6.4 Økonomi til visitationen

Ressourcetildelingen til visitationen består af tre poster; en personalemæssig opnormering med et halvt årsværk, svarende 225.000 kroner, indkøb af hjælpemidler samt ekstra omkostninger til transport af hjælpemidler til eget hjem:

Tabel 6: Ressourcetildeling til visitationen

Mio. kr. (2018-pl)	2019	2020	2021	2022
Personale	0,2	0,2	0,2	0,2
Indkøb af hjælpemidler + afskrivning	0,2	0,0	0,0	0,0
Transport af hjælpemidler	0,1	0,2	0,2	0,2
I alt	0,3	0,4	0,4	0,4

Der er afsat 185.000 kr. til indkøb af hjælpemidler, estimeret pba. det forventede behov for plejesenge og stålfte plus en lille buffer til øvrige hjælpemidler. Herudover er der sat 40.000 af til drift/afskrivning af disse.

Udgifterne til transport (175.000 kr. om året) er estimeret af visitationen og tager udgangspunkt i en ca. pris på 1.000 kr. per transport af plejesenge o.lign. med et estimeret behov for ca. 175 ekstra kørsler årligt. Personalet er budgetteret til start 1. januar 2019, mens der i implementeringsperioden er lagt 87.500 kr. ind til transport.

6.5 Økonomi til døgnpladserne

Lukningen af døgnpladser frigør økonomi primært via en reduktion af plejepersonale. Herudover er der effektiviseringer på øvrige udgiftsposter som administration, indkøb, m.m., svarende til ca. halvdelen af de udgifter, der knytter sig til døgnpladserne. Hver enkelt budgetpost er gennemgået med træningscenterlederen for at sikre en korrekt overlevering af økonomi til den nye enhed.

Effektiviseringerne fordeler sig på følgende måde:

Tabel 7: Ressourcetildeling til døgnpladserne

Mio. kr. (2018-pl)	2019	2020	2021	2022
Reduktion i plejepersonale	10,7	19,7	19,7	19,7
Reduktion i administration	0,0	0,6	0,6	0,6
Reduktion i øvrige udgifter	0,0	1,3	1,3	1,3
Opnormering af terapeuter	0,0	-0,6	-0,6	-0,6
Reduktion i vikarforbrug	1,2	0,0	0,0	0,0
I alt	11,9	21,0	21,0	21,0

I 2019 sker der en gradvis reduktion af plejepersonale i takt med den tidligere beskrevne kadence for omstillingen. Reduktion af øvrige aktiviteter (administration, og øvrig drift) antages konservativt først at kunne realiseres fra primo 2020 ved sammenlægningen på Møllebo.

Reduktionen i vikarforbruget i 2019 er baseret på et estimat udarbejdet i samarbejde med træningsenheden for, hvor meget der kan spares i vikarudgifter ved at træningsenheden i gennemsnit over 2019 forventes at køre med lavere end normal belægning: En konservativ vurdering er, at der kan spares en fuldtidsvikar på hver matrikel med en timeløn på 321 kr., som var realiseret timepris for eksterne vikarer i 2017 (1.924 x 321 kr./t = ~1.2 mio. kr.). Fra 2020 og frem vil vikarbudgettet være normaliseret, men naturligvis med et stadigt fokus på at nedbringe vikarforbruget mest muligt. Den nye budgetmodel for plejepersonalet bør give bedre forudsætninger herfor.

Det anbefales, at et eventuelt mindreforbrug på vikar- og personaleudgifter samt 'øvrige udgifter' på træningsenheden i både 2019 og 2020 lægges i en pulje under centerchefen, som administreres i fællesskab mellem centerchefen, hjemmeplejeforskeren og lederen for træningsenheden med fælles ansvar for omplacering af midlerne til der hvor behovet for yderligere støtte i implementeringsarbejdet er størst. Der kan med fordel bygges en fast, hyppig kadence ind for en sådan tværgående 'implementeringsstatus'.

Afløst af ovenstående beregninger er pladserne fremover, sammenlignet med i dag, budgetteret på følgende måde:

Tabel 8: Budgetmodel, i dag og fremover

	Døgnpladser i dag	Midlertidige pladser i dag	Fleksible pladser fremover
Ledelse	29.615	19.303	47.822

<i>Plejepersonale</i>	594.986	485.703	590.340
<i>Terapeuter</i>	194.726	16.086	184.763
<i>Administration</i>	17.234	11.345	13.985
<i>Øvrig drift</i>	39.600	32.439	40.097

Tallene ovenfor summer ikke op til den totale pladspris, da der er en række budgetposter der overføres direkte til den nye enhed da justeringer af disse ikke er relevante specifikt ift. omstillingsarbejdet, fx udgifter til læge, bassinmedarbejder, fast vagt, m.m. Se bilag 6 for en detaljeret beskrivelse.

6.6 Økonomi til kompetenceudvikling og øvrige udgifter

I dette afsnit findes udgifter til kompetenceudvikling samt de øvrige udgifter til omstillingsarbejdet, som ikke passer ind i ovenstående struktur. Udgifterne fordeler sig på følgende måde:

Tabel 9: Kompetenceudvikling og øvrige udgifter

Mio. kr. (2018-pl)	2019	2020	2021	2022
Kompetenceudvikling	1,8	0,3	0,3	0,3
Pulje til aflastningspladser	0,0	0,3	0,3	0,3
Rengøring på Fortunen	0,0	0,2	0,2	0,2
I alt	1,8	0,8	0,8	0,8

Der afsættes i dette arbejde 1,8 mio. kr. til kompetenceudvikling i implementeringsperioden. Herefter afsættes en pulje på 300.000 kr. årligt.

Puljen til aflastningspladser, som placeres under centerchefen, som afregnes Møllebo/Lystoftebakken på dagsbasis, er udregnet pba. af en dagspris for en plejehjemsplads (plejepersonale plus øvrig drift for rotationspladser) til 243 dage (1.171 kr. x 243 dage). Der var i 2017 et samlet kapacitetsbehov på 202 aflastningsdage. Den budgetterede pulje har dermed en bufferkapacitet på 41 dage.

Der budgetteres med 200.000 kr. til fortsat rengøring på Fortunen som følge af de hjemmeplejeenheder der flytter fra Møllebo til Fortunen som følge af omlægningen. Dette er vurderet pba. tre ugentlige rengøringer.

Flere detaljer kan findes i bilag 7.

6.7 Beskrivelse af økonomien i omstillingsplanen for 2019

Økonomien i implementeringsperioden er betydeligt anderledes end økonomien fremadrettet. At omstillingsperioden er omkostningsneutral skal ses i lyset af de oven for givne valg om at prioritere kvaliteten i selve omstillingsperioden.

De økonomiske beregninger for omstillingsperioden er udregnet pba. af den oven for beskrevne kadence i lukningen døgnpladskapaciteten samt opbygningen af den øvrige kapacitet på månedsbasis.

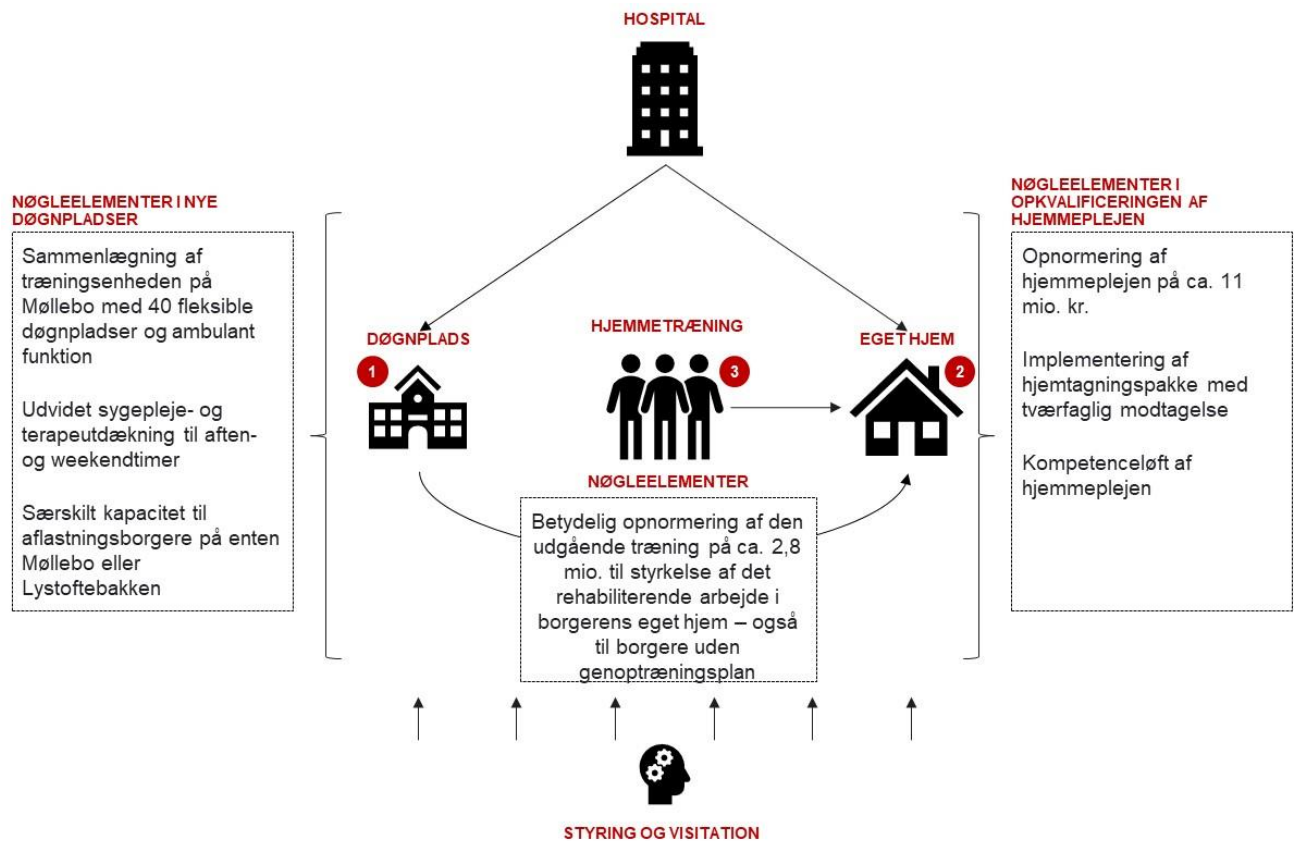
De overordnede grunde til, at implementeringsperioden forventes at være omkostningsneutral, mens de efterfølgende år vurderes at kunne realisere et potentiale i omegnen af 6 mio. kr., er;

- Døgnpladserne lukker gradvist over året, og store dele af de potentielle effektiviseringer bliver derfor først realiseret hen mod slutningen af året, hvor flere pladser er lukket
- Der budgetteres med en glidende opdrift i aktivitet i hjemmeplejen, mens døgnpladserne lukkes 'gruppevis'. Det betyder i praksis, at der i store perioder af 2019 er budgetteret med bemanning på både døgnpladser og i hjemmeplejen til samme borger. Se bilag 8 for en detaljeret illustration af dette. Denne 'dobbelt kapacitet' bliver i nogen grad modsvaret af et forventet lavere vikarforbrug i 2019, svarende til 1,2 mio. kr., jf. oven for
- Der budgetteres først med en lukning af øvrige funktioner på Fortunen (administration, m.m.) ved sammenlægning på Møllebo
- Der er afsat en pulje til kompetenceudvikling i 2019 på 1,8 mio. kr., som herefter falder til 300.000 kr. årligt
- Der foretages indkøb af 7 biler, hjælpemidler (plejesenge, stålifte, m.m.), nødkald, m.m. i 2019

7. Konklusion

Med afsæt i anbefalingerne i Ældre- og sundhedsanalysen om at gentænke brugen af døgnpladserne, lægger forvaltningen og Implement med denne rapport op til en ny model for kommunens døgnpladser, hvor træningsenheden samles på Møllebo ved indgangen til 2020, med en samlet pladskapacitet på 40 fleksible pladser særligt møntet mod rehabiliteringsopgaven samt en samling af den ambulante funktion. Herudover lægges der op til en ny model for aflastningsopholdene på enten Møllebo eller Lystoftebakken, som sikrer tilstrækkelig aflastningskapacitet fremover.

Nøgleelementerne i en ny model kan illustreres på følgende måde, jf. afsnit 4:



Kapacitetsomstillingen vurderes at kunne give et samtidigt kvalitetsløft og en skønnet effektivisering på ca. 6 mio. kr. årligt fuldt indfaset. Implementeringsperioden strækker sig over budgetåret 2019 og forventes at være omkostningsneutral. Der er med den foreslåede omstillingsplan lagt op til en konservativ omstilling, hvor der er afsat tid og ressourcer til at opbygge kapacitet, kompetenceudvikle, lære og justere, mens døgnpladskapaciteten gradvist nedjusteres over året. Med en omkostningsneutral implementeringsperiode er der budgetteret med en opbygning af kapaciteten i hjemmeplejen, den udgående træning og visitationen inden kapaciteten på døgnpladserne nedlukkes. Det betyder i praksis, at der i dele af implementeringsperioden køres med 'dobbelt kapacitet'.

Der vurderes at være en mulig effektivisering på ca. 6 mio. kr. årligt, med en samtidig opkvalificering af de 40 fremtidige fleksible pladser med udvidet sygepleje- og terapeutdækning i aften- og weekendtimerne, et stærkere udgående hjemmetræningstilbud samt en styrket og kompetencemæssigt opkvalificeret hjemmepleje. Modellen lægger op til at kommunen, på trods af et effektiviseringspotentiale på ca. 6 mio. kr. årligt, fremadrettet vil have flere terapeuter og flere sygeplejersker end tilfældet er i dag. Det giver gode forudsætninger for at styrke det rehabiliterende arbejde og kvalificere organisationen til proaktivt at imødekomme bevægelserne i det nære sundhedsvæsen.

Der er elementer i den fremlagte model som er serviceforhøjelser snarere end egentlige omkostninger forbundet med selve omstillingen (som også i sig selv vurderes at være kvalitetsforbedrende). Det gælder først og fremmest styrkelsen af det udgående hjemmetræningstilbud til borgere, som i dag slet ikke modtager en terapeutfaglig træningsindsats, en forøgelse af puljen til at sikre gode tværfaglige modtagelser i

overgangen fra hospitalet til hjemmet til flere borgere, end hvad der forventes at være en konsekvens af pladsreduktionen, må betragtes som en serviceforhøjelse.

Herudover er det forventningen, at implementeringen af nye arbejdsgange, fx i forbindelse med implementeringen af modtagelsespakken, vil have positive afledte effekter på hele hjemmeplejen – og dermed også borgere, som ikke tidligere ville have været på døgnplads – da det er med til at understøtte en kultur, hvor den tværfaglige udredning er basis for den efterfølgende rehabiliteringsindsats. På samme måde forventes dette omstillingsarbejde at styrke det tværfaglige rehabiliterende arbejde i kommunen på tværs af både hjemmepleje og træningsenheden. Det bør have afledte effekter på resten af organisationens måde af arbejde på, også med borgere som ikke er direkte berørte af omstillingsarbejdet, og det bør have afledte økonomiske effekter i form af højere funktionsevne og lavere plejebæbehov hos borgerne – økonomiske gevinster, som ikke er indregnet i business casen, men som potentielt kan være der, hvor den største økonomi ligger gemt.

8. Bilag 1: 'Ikke-kriterier' for en døgnplads

Målgruppen på døgnpladserne i dag svarer ikke til visitationskriterierne i afsnit 4.1.2 (i så fald var der ikke grundlag for at mindske pladskapaciteten). Der har i stedet været en praksis for, at forskellige andre typer behov har været betragtet som tilstrækkelige for at modtage en pleje- og rehabiliteringsindsats på en døgnplads. Nedenstående liste giver et overblik over de mest centrale kriterier, som i dag anvendes, men som ikke fremover tænkes at være relevant, samt en kort beskrivelse af hvorfor disse tænkes at kunne varetages med højere kvalitet og mere effektivt i borgerens eget hjem.

Tabel 10: 'Ikke-kriterier' til fremtidens døgnpladser

"Ikke kriterier" inklusiv tidligere uformelle kriterier

Demens og demenslignende tilstande

Indsatser bør ske i vante omgivelser for ikke at eskalere borgers utrygge situation og konfusion. Det kan fx gøres brug af demenskoordinator og kontaktpersoner der findes i hjemmeplejen.

Utryghed/ensomhed (der kan adresseres til hjemmet)

Der findes allerede gode handlemuligheder i eget hjem, aktivitetscentre, brug af café til måltider, ensomhedsprojektets tilbud, tryghedsopkald, brug af frivillige, installering af relevante hjælpemidler m.m., der kan afhjælpe problemer med utryghed og ensomhed på en bedre måde end en indlæggelse på en plads. Hjemmeplejen skal have fuldt kendskab til disse og bruge dem aktivt, også til forebyggelse.

Såfremt der er tale om angst (i klinisk forstand) og ikke almindelig utryghed og ensomhed, bliver spørgsmålet et andet, og det kan potentielt falde ind under visitationskriteriet om svære psykosociale problemstillinger.

Manglende udredning/afklaring.

Afklaring og udredning skal starte i borgers eget hjem i samarbejde med borger og evt. pårørende.

Behov for hyppige besøg

Hjemmeplejen kan klare mange besøg i døgnet, og det er ikke i sig selv et kriterium for en plads. Hjemmeplejen skal inden det konkluderes, at 'situationen er uholdbar', afdække borgers situation og behov for hjælp og på baggrund heraf udnytte sine muligheder for hyppigere besøg eller andre former for støtte og hjælp. Det gælder også i nattetimerne.

At borger er plejehjemsgodkendt

Borgere, der er plejehjemsgodkendt, bør vurderes i forhold til evne til at klare sig med øget hjemmepleje i perioden før, de får en plejehjemsplads. Dette gælder for borgere, der allerede er indlagt på en døgnplads og for borgere, der er i eget hjem ved plejehjemsgodkendelsen.

Hospitalet indstiller til en plads.

Hospitalets kan give en anbefaling *til kommunen* i forhold til borgers tilstand ved udskrivelse, om der er behov for døgnplads eller anden konkret indsats. Hospitalet bør dog strengt undgå at give anbefalinger til borgeren om den kommunale indsats, idet forventningsafstemning må ske med kommunen, da det er kommunens ansvar at visitere til korrekt indsats. At hospitalet anbefaler, at borgeren skal på en plads, er ikke i sig selv en tilstrækkelig grund til at borgeren skal på en plads. Regionen har hverken visitationsretten eller tilstrækkeligt kendskab til den kommunale pleje- og rehabiliteringsmuligheder i hjemmet til at kunne foretage vurderingen bedre end kommunen selv.

Genhusning (hvor alle alternative muligheder ikke er afprøvet)

Døgnpladserne bør kun under helt særlige omstændigheder anvendes som et egentligt genhusningstilbud, hvor det ikke er pleje- og rehabiliteringsbehovet, der driver behovet.

At borger har behov for fast vagt

Såfremt borger kan være i eget hjem med fast vagt, er dette at foretrække med understøttelse af hjemmeplejen.

9. Bilag 2: Kompetencer på døgnpladserne

Visitationskriterier	Kompetencebehov	Strategi for kompetenceløft
Borgere med behov for høj intensitet og fleksibilitet i rehabiliteringsindsatsen	Døgnrehabiliteringspladserne kerneopgave: Relevante kompetencer findes allerede.	Ansættelse af personale med flere og relevante kompetencer hele døgnet og alle ugens dage.
Stort pludseligt funktionstab + bolig uegnet	Døgnrehabiliteringspladserne kerneopgave: Relevante kompetencer findes allerede.	Ansættelse af personale med flere og relevante kompetencer hele døgnet og alle ugens dage.
Borgere er til fare for sig selv	Viden om psykiatri og demens, og kunne omsætte teori i praksis.	Løbende kompetenceudvikling og obligatorisk del af introduktion til nye medarbejdere. Ved demens kan der med fordel etableres fast vagt i eget hjem fremfor på en døgnplads.
Ekstremt faldtruet og kan ikke benytte nødkald	Systematik omkring faldscreening og faldudredning.	Implementering af systematisk faldudredning. Sikre en tværfaglig indsats, hvor både plejepersonale og terapeuter udfører de tests, som er relevante for faldudredningen.
Meget komplekse sygdomsforløb og lav compliance	Geriatrisk sygepleje	Ansættelsesstrategi mhp. at sikre den geriatriske og palliative tilgang. Samarbejde med Hospital om udgående geriatisk team.
Svære psykosociale problemstillinger + ukendt af hjemmeplejen		Relevante samarbejdsaftaler skal udarbejdes med de øvrige dele af forvaltningen som allerede har kompetencer inden for området, og for hvem disse sager kan blive en senere udgift såfremt de ikke gribes tidligt. Det kunne fx være en socialrådgiver eller socialarbejder, som kan komme ind over de særlige forløb med borgere uden pårørende, hjemløse og borgere med psykiatrisk sygdom. Styrket samarbejde med specialteameti hjemmeplejen kan samtidig bidrage til problemstillingen.
Borger ønsker ikke at dø i eget hjem	Palliationskompetencer: Kompetencerne findes i træningsenheden i dag i dagvagt på alle dage. Der mangler kompetencer sv.t aften.	Relevante kompetencer findes allerede og kompetencerne kan med den anbefalede fremmødeplan også møde i aftentimerne. Genindføre specialistfunktion i palliation kunne man med fordel overveje.
Aflastningsophold	Kræver ikke særlige kompetencer ud over dem, som allerede findes i organisationen.	Setuppet kunne ligge i regi af plejecentre, men indtil løsning findes på dette, kan aflastningsopholdene varetages på pladserne.

10. Bilag 3: Hjælpemidler

En akut bestilling af hjælpemidler med sikkerhed i leveringen samt akutte mindre boligændringer er ofte praktiske forudsætninger for, at borgeren kan hjemtages, uagtet at der mulighed for en tværfaglig modtagelse.

Arbejdet med at etablere de nødvendige samarbejdsaftaler for at muliggøre akut bestilling og levering afventer den politiske beslutning. De hjælpemidler og boligændringer det på nuværende tidspunkt forventes at være relevant for, kan ses i skemaet neden for:

Tabel 11: Hjælpemidler og boligændringer i pakke

Hjælpemidler (eksempler)	Boligændringer (eksempler)
Rollator, Gangstativ, talerstol	Sliske
Griberedskaber	Opsætning af greb
Kørestol	Fjernelse af løse tæpper
Toiletforhøjer, Toiletstol	
Badetaburat	
Hospitalsseng	
Forflytningshjælpemidler (Tryksårsforebyggende hjælpemidler)	
Andet	
Nødkald	

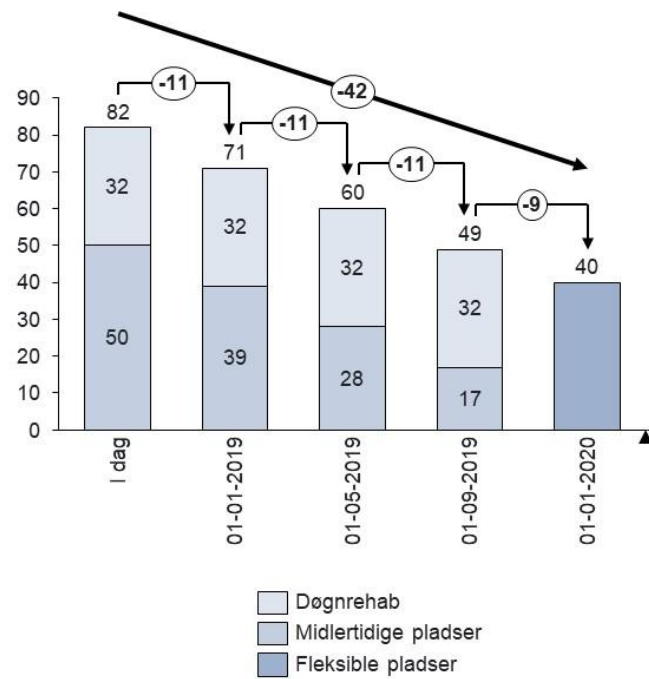
11. Bilag 4: Kompetencer i hjemmeplejen

Behovstyper	Kompetencebehov	Strategi for kompetenceløft
Rehabilitering	Tværfaglige kompetencer og styrket samarbejde mellem og terapeuter. §§10, 83a	Skal udbygges, bl.a. via kompetenceudvikling og relationel koordinering.
Modtagelse/udredning/afklaring	Nye borgere og borger udskrevet fra hospital med behov for sygepleje møder en sygeplejerske, der via dialog fortager en sygeplejefaglig vurdering. Sygeplejersken afdækker behov for sygepleje og praktisk hjælp og tildeler rette kompetencer og indsatser.	Skal opbygges via både rekruttering, kompetenceudvikling og optimerede arbejdsgange (modtagelsespakken).
Ernæring	Håndtering af borgere med undervægtig eller bariatri (overvægt), herunder kompetencer til udførelse af ernæringscreening og handleplan.	Tværfaglige kompetencer skal opbygges, bl.a. via kompetenceudvikling. Behov for understøttelse ved klinisk diætist (kostudredning og plan) og omsorgs-tandplejen (mundpleje).
Terminalforløb	Palliativ sygepleje	Skal udbygges, bl.a. via kompetenceudvikling og relationel koordinering med tværsektorielle samarbejdspartnere. Behov for enten rekruttering af specialister eller øget samarbejde med specialister uden for kommunen.
Dysfagi	Særligt behov for kompetencer til udredning af dysfagi.	Kompetenceudvikling i forhold til at håndtere ernæringssituationen/kost hos borger med synkebesvær. Behov for øget samarbejde med kommunens specialister.
Tryksår	Implementering af relevante screeninger og handlemuligheder.	Skal udbygges, bl.a. via kompetenceudvikling og tæt samarbejde med sårspecialister.
Faldtruet	Kompetencer til faldscreening og faldforebyggelse.	Skal opbygges via kompetenceudvikling og tværfaglig indsats.
Demens og demenslignende tilstande	Udredning og pleje.	Fortsat behov for kompetenceudvikling. Tættere samarbejde med demenskoordinator og demenskontaktpersoner.
Psykosociale problemstillinger		Skal opbygges via både rekruttering og kompetenceudvikling. Øget samarbejde mellem centrene / fx let adgang til socialrådgiverkompetencer.

12. Bilag 5: Kadence i omstillingsplanen

Neden for ses en illustration af kadencen i omstillingsplanen. Som en del af den samlede omstillingsplan bør nedlukningen af døgnpladskapacitet forstås i sammenhæng med opbygningen af kapacitet på hjemmetræning og hjemmeplejeområdet.

Figur 4: Kadence i omstillingsprocessen, efter pladstype



13. Bilag 6: Beregningstekniske detaljer, hjemmeplejen

Udregningen af økonomien til hjemmeplejen er sammensat af antagelser om:

- **Plejebehovet per helårsborger:** Per lukket plads tilføres hjemmeplejen ressourcer svarende til mellem 8 og 13 timer afhængig af, om det er en døgnrehabiliteringsplads, der lukkes (eller rettere, flyttes ud i eget hjem), eller en midlertidig plads, samt om reduktion skyldes at borgeren styres 'helt uden om pladserne', eller om det skyldes en reduktion i opholdstiden. Oversættes dette fra helårsborgere til faktiske borgere er det en underliggende antagelse, at borgerne gennemsnitligt modtager på dette niveau i en periode svarende til den gennemsnitlige liggetid på den pladstype, de ville have været på (hvorefter deres plejebehov antages at ligge på et niveau svarende til det, borgerne har i dag efter endt døgnophold).

Jf. business casen fra marts antages 2/3 af reduktionen at være en reduktion i tilgang og 1/3 en reduktion i opholdslængde. Det gennemsnitlige plejebehov antages at være ca. 11 timer. Det antages ud fra bedst tilgængelige data, at 63 % af disse timer er personlig pleje og praktisk hjælp og 37 % er sygepleje.

- **Sygeplejefaglig modtagelse:** For hver borger (målt i hoveder), som ankommer i hjemmeplejen som følge af reduktion i tilgang, afsættes 5 timers sygepleje (som supplement til ovenstående pleje). Estimeret på antallet af borgere tager højde for den gennemsnitlige liggetid på pladserne i 2017, så en flyttet døgnrehabiliteringsplads giver ca. 15 ekstra årlige modtagelser, mens en lukket midlertidig plads giver ca. 7 ekstra modtagelser per plads. Samlet regnes med 300 ekstra modtagelser årligt.

Beregningerne hviler herudover på følgende antagelser:

- Timepris FV: 396 kr. (faktisk timepris i maj 2018)
- Timepris SPL: 526 kr. (faktisk timepris i maj 2018)

14. Bilag 7: Beregningstekniske detaljer, døgntpladser

Neden for beskrives skematisk hvordan hver enkelt budgetpost overføres fra den nuværende budgetmodel til den nye med ikrafttrædelse 1. januar 2020. Følgende betegnelser anvendes:

- **Overføres:** Det samlede budget overføres
- **Fortunen:** Fortunens budget til den gældende post overføres (Møllebos spares)
- **Møllebo:** Møllebos budget til den gældende post overføres (Fortunens spares)
- **Halveres:** Halvdelen af det samlede budget på denne post overføres
- **Tillægges xx kr.:** Det samlede budget overføres og tillægges xx kr.
- **Reduceres xx kr.:** Det samlede budget reduceres med xx kr.

Tabel 12: Overførsel af budget

TRÆNING	Overførsel
LEDELSE	
Træningscenterleder	Overføres
Afdelingsleder, træning	Overføres
Administrative medarbejdere (træning)	Overføres
Overlæge	Overføres
Social/sundhedshjælper	Overføres
TRÆNINGSPERSONALE	
Terapeuter	Tillægges 3.304.197 kr.
Logopæd	Overføres
Udviklingsmedarbejder	Overføres
Klinisk vejledere	Overføres
SALG AF YDELSER	
Refusion for logopædløn	Overføres
Vederlagsfri ydelser og frit valg	Overføres
refusion for studerende	Overføres
Projekter og løn	Overføres
Værdighedspulje	Overføres
Udgift konsulenthonorar vedr. CAM	Overføres
Indtægt konsulenthonorar vedr. CAM	Overføres
SATS-puljemidler 2016-18 Pukkelafvikling	Overføres
BOLIGER (døgntpladser)	
LEDELSE	
Træningscenterleder	Overføres
Afdelingsleder, træning	Overføres
Administrative medarbejdere	Halveres
Overlæge	Overføres
Social/sundhedshjælper	Overføres (tom)
Områdeleder-styret pulje	Overføres (tom)

PLEJEPERSONALE	
— Genoptræningspladser	Reduceres med 19.711.115 kr.
— Midlertidige pladser	(590.340 kr. per plads fremover)
— Omsorgspladser	
Pulje til fast vagt	Overføres
MAT	
MAT personale	Overføres
MAT sygeplejeartikler	Overføres
MAT lægedækning i 2016+2017	Overføres
CAFÉ	
Cafémedarbejder	Fortunen
forplejning cafe	Fortunen
Cafeudgifter	Fortunen
ØVRIG DRIFT	
UDGIFTER	
Transport	Fortunen
Inventar og træningsudstyr	Overføres
Vask af uniformer	Fortunen
Vask og leje af linned m.v.	Overføres
Toiletartikler	Halveres
IT-udgifter	Halveres
Tolkebistand	Møllebo
Uddannelse	Halveres
Kontorhold	Fortunen
Rengøringsartikler	Møllebo
Sygeplejeartikler + materiale	Møllebo
Forplejning	Halveres
Diverse	Halveres
TV abonnement (YouSee)	Fortunen
INDTÆGTER	
Døgnbetaling	Halveres
Indtægt frisør	Møllebo
EJENDOMSUDGIFTER	
Ejendomsudgifter	Møllebo
Vinduespudsning	Overføres (tom)
Ejendomsservicemedarbejder	Overføres (tom)
Indtægter bassinleje	Fortunen
Pasning af bassin	Fortunen

15. Bilag 8: Kompetenceudvikling og øvrige udgifter

Kompetenceudvikling og øvrige udgifter	2020
Kompetenceudvikling	300.000 kr.
Aflastningspulje	284.837 kr.
Rengøring på Fortunen	200.000 kr.

16. Bilag 9: Dobbeltkapacitet i implementeringsperioden

Nedenstående figur viser de præcise tal, der er anvendt til at udregne effektiviseringerne ved lukning af døgnpladser samt udgifterne til borgere i hjemmeplejen. Figuren skal læses sådan, at den sorte streg viser på en given måned, hvor mange pladser, der er lukket. Dvs. fra januar til og med april, er der 11 pladser lukket, og den økonomiske effektivisering svarer dermed til plejepersonalenormeringen på 11 pladser i 4 måneder. I samme periode antages det imidlertid, at der over de fire måneder gradvist kommer flere borgere til hjemmeplejen. Hjemmeplejen får dermed tildelt budget som om, der i februar ville være 14 lukkede pladser (på trods af, at der faktisk er 11 lukkede pladser), i marts 17 lukkede pladser, osv.

Teknisk kan det siges, at det blå areal over den sorte linje over er dobbeltkapacitet, som mindsker effektiviseringspotentialet i 2019.

Tabel 13: Budgetteret dobbeltkapacitet

