

Forslag til budgetønsker 2015



Indholdsfortegnelse

Løft af ældreområdet.....	4
SU1. Ensomhed.....	4
SU2. Klippekort til individuelle aktiviteter for borgere i plejebolig.....	5
SU3. Frivillig organisation understøtter og hjælper ældre uden netværk efter indflytning i plejebolig	7
SU4. Profilplejecentre	9
SU5. Mere fast hjælper i hjemmeplejen	11
SU6. Den rette mad til borgere i rehabilitering	14
Sund aldring.....	18
SU7. Det optimale kommunale rehabiliteringsforløb til borgere med en erhvervet hjerneskade.....	18
SU8. Styrkelse af sammenhængende borgerforløb for hjerneskaderamte borgere.....	21
SU9. Sund Vækst og velfærdsteknologi til ældre	25
SU10. Sund vækst - online sundhed og omsorg	29
SU11. Sund vækst - et skridt videre.....	34
SU12. Træning i stedet for operation	35
SU13. Kortere ventetid til genoptræning	37
SU14. Servicemåltal i 2015 til implementering af Fælles MedicinKort (FMK).....	40
Psykisk sundhed og misbrug	42
SU15. Stressklinik i forebyggelsescentrene	42
SU16. Sundhed for flere københavnere med sindslidelser.....	46
SU17. Styrket psykisk sundhed som vej til job	49
SU18. Hjælp til psykisk sårbare unge og unge med misbrug på erhvervsskoler og ungdomsuddannelser	52
SU19. Psykisk sundhed og robusthed på Københavns Kommunes arbejdspladser	58
Mere lighed i sundhed	61
SU20. Tværfagligt samarbejde med praktiserende læger i Tingbjerg	61
SU21. Mere lighed i sundhed for udsatte borgere med kroniske sygdomme.....	64
Kompetenceudvikling	74
SU22. Kompetenceafklaringsværktøj	74
SU24. Kompetenceudvikling til sundheds- og omsorgsmedarbejdere	76

Budget 2015 - forslag til budgetønsker	2015		2016		2017		2018		Andre forvaltninger	Kommentarer
	Service	Anlæg	Service	Anlæg	Service	Anlæg	Service	Anlæg		
LØFT AF ÆLDREOMRÅDET										
1. Ensomhed (<i>Budgetønsket afventer ensomhedsanalysen - SOU 14.8.</i>)										Budgetønsket afventer ensomhedsanalysen - SOU 14.8.
2. Klippekort til individuelle aktiviteter for borgere i plejebolig	6.500		13.000		13.000		13.000			Varig og skalerbar.
3. Frivillig organisation understøtter og hjælper ældre uden netværk efter indflytning i plejebolig	1.000		1.000							Midlertidig.
4. Profillejehjem	1.000		1.000							Midlertidig. Indeholder også kompetenceudvikling.
5. Mere fast hjælper i hjemmeplejen	1.500									Midlertidig.
6. Den rette mad til borgere i rehabilitering	970		950							Midlertidig.
SUND ALDRING										
7. Det optimale, kommunale rehabiliteringsforløb for borgere med en erhvervet hjerneskade	13.387		13.187		13.187		13.187			
* Analyse	200									Midlertidig.
* Intensivering af intensitet i genoptrænings- og plejeindsatsen	13.187		13.187		13.187		13.187			Varig og skalerbar.
8. Styrkelse af sammenhængende borgerforløb for hjerneskaderamte borgere	2.450		2.350		2.550				BIF, SOF, BUF	Midlertidigt.
9. Sund vækst og velfærdsteknologi til ældre	2.060	7.600	1.500	2.000	3.500	22.000	2.400	11.000		
* Living lab på Rehabiliteringscenter Indre By/Østerbro	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000	1.000	2.000		Varig.
* Afprøvning af ny velfærdsteknologi på moderniserede plejecentre	560	5.600			2.000	20.000	900	9.000		Midlertidig.
* Kørekort til velfærdsteknologi og god service	500		500		500		500			Varig. Indeholder også kompetenceudvikling.
10. Sund vækst - online sundhed og omsorg	3.610	5.100	3.260	900	350		350			
* SundtLiv24 - app og sundhedsstationer for alle borgere i København	750	3.000	450		350		350			Midlertidig.
* Online syge- og hjemmepleje	2.860	1.500	2.810	400						Midlertidig.
* Trygt og sikker liv for borgere med demens		600		500						Effektiviseringsforslag fra 2017 => investeringspuljen.
11. Sund vækst - Hvordan kommer vi et skridt videre? (Afventer temadrøftelsen på SOU d. 19.6. => evt. budgetønske på SOU 14.8.)										Tema om velfærdsteknologi SOU juni => muligvis konkret ønske til SOU 14.8.
12. Træning i stedet for operation	750	100	200							Pilotprojekt.
13. Kortere ventetid til genoptræning	1.503		1.203		1.203		1.203			Varig.
14. Servicemåltal i 2015 til implementering af Fælles MedicinKort (FMK)	11.600									Servicemåltal.
PSYKISK SUNDHED OG MISBRUG										
15. Stressklinik i forebyggelsescentre	5.900		5.800		5.800		5.800			Varig. Indeholder også kompetenceudvikling af medarbejdere.
16. Sundhed for flere københavnere med sindslidelser	1.100		1.600		1.600		1.600		SOF	Varig. Indeholder også kompetenceudvikling af medarbejdere.
17. Styrket psykisk sundhed som vej til job	6.600		6.450		6.450		6.450			Varig. Indeholder også kompetenceudvikling af medarbejdere. Samarbejde med BIF fremgår - BIF bakker op om forslaget.
18. Hjælp til psykisk sårbare unge og unge med misbrug på erhvervsskoler og	12.650		12.900		13.150		13.150		SOF	Varig - alternativt i perioden 2015-2018. Er skalerbar på alle tre indsats.
* Indsats på ungdoms- og erhvervsuddannelser	4.850		5.100		5.350		5.350			
* Indsats på Center for Kompetence og Brobygning (CKB)	3.000		3.000		3.000		3.000			Indsats på CKB indeholder også kompetenceudvikling af medarbejdere.
* Indsats i Center for Unge og Misbrug - U-Turn	4.800		4.800		4.800		4.800			
19. Psykisk sundhed og robusthed på Københavns Kommunes arbejdspladser	1.500		1.500		2.250		2.650			Midlertidig.
MERE LIGHED I SUNDHED										
20. Tværfagligt samarbejde med praktiserende læger i Tingbjerg	500		500							Midlertidig.
21. Mere lighed i sundhed for udsatte borgere med kroniske sygdomme	7.164		10.578		10.578					
* Tidligere KOL-indsats	2.194		3.688		3.688					Midlertidig.
* Tilbud til borgere i eget hjem	900		2.250		2.250					Midlertidig.
* Varig hjælp i foreningslivet	1.000		1.000		1.000					Midlertidig.
* Rekruttering af udsatte borgere med kræft	1.570		2.140		2.140					Midlertidig.
* Connecting partners - i løsning af diabetesudfordringer	1.500		1.500		1.500					Midlertidig.
KOMPETENCEUDVIKLING										
22. Kompetenceafklaringsværktøj	2.050		650							Midlertidig.
23. Kompetenceudvikling til sundheds- og omsorgsmedarbejdere	8.799		2.524		2.528		2.531			Skalerbar.
* Sammenhængende borgerforløb	3.760		100		100		100			100 t. kr. varigt.
* Styrket faglighed for SOSU'ere	2.500		2.100		2.100		2.100			100 t. kr. varigt.
* Læse-skrive indsats	2.539		324		328		331			161 t. kr. varigt.
I ALT	92.593	12.800	80.152	2.900	76.146	22.000	62.321	11.000		

Løft af ældreområdet

BUDGETNOTAT

SUI. Ensomhed

Budgetønsket fremlægges på Sundheds- og Omsorgsudvalgets møde, d. 14. august 2014. Ønsket afventer ensomhedsanalysen, der foreligger henover sommeren 2014.

SU2. Klippekort til individuelle aktiviteter for borgere i plejebolig

Baggrund

Borgere som bor i plejebolig, har oftest brug for omfattende og mangeartet hjælp hen over døgnet. Det drejer sig om hjælp til personlig pleje, hjælp til spising, træning mv. De fleste borgere har også brug for hjælp til aktiviteter, socialt liv og til at færdes ude. Derudover ved vi fra både nationale og internationale undersøgelser, at forholdsvis mange ældre oplever en form for ensomhed – hvilket ligeledes understøttes af forvaltningens brugerundersøgelse.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har derfor arbejdet målrettet med udvikling af aktivitetstilbud på plejecentre. Fokus i denne indsats har været på at udnytte de særlige muligheder for fællesskab som er på et plejecenter. Fælles aktiviteter, fælles ture, fælles liv i hverdagen omkring måltider osv. Alle sammen indsatser, som særligt fokuserer på social ensomhed og i mindre grad på emotionel- og eksistentiel ensomhed. De seneste års brugerundersøgelser har da også vist, at op mod 80 pct. af borgerne er tilfredse med at bo i plejebolig.

Brugerundersøgelsen for 2013 viser dog også, at en del borgere efterspørger mere valgfrihed, mere indflydelse på aktiviteter og dagligliv, samt flere muligheder for individuelt tilrettelagte aktiviteter – gerne ud af huset, samt flere muligheder for én til én kontakt med medarbejderne.

Indhold

På den baggrund foreslår Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, at borgere i plejebolig tilbydes individuel tid sammen med en medarbejder. Tid som den enkelte borger selv bestemmer over og vælger hvordan og til hvad den skal bruges. Forslaget er inspireret af ”klippekortmodellen” i hjemmeplejen, velvidende at de styringsmæssige og organisatoriske rammer er forskellige – hvorfor det ikke er muligt at kopiere modellen fra hjemmeplejen direkte

Mere individuel tid skal understøtte, at de svageste borgere¹ får bedre mulighed for én-til-én tid, direkte medbestemmelse og indflydelse på deres dagligliv. Borgeren er selv med til at bestemme hvad tiden/hjælpen skal bruges til. Det kan være snak og selskab i borgerens egen bolig, ture ud af huset f.eks. deltagelse i nogle af de aktiviteter som allerede findes for ældre i regi af frivillige organisationer, en tur i biografen, teateret, på museum, restaurant eller besøg hos venner eller pårørende. Den ekstra individuelle tid vil også give medarbejderne større indsigt i den enkelte ældres livshistorie og præferencer, hvilket vil give dem bedre mulighed for at understøtte forhold og aktiviteter i dagligdagen i øvrigt, der giver den ældre højere livskvalitet.

¹ Borgere som bor i plejebolig, er i udgangspunkt at betragte som svage, da de oftest har brug for mange forskellige typer hjælp spredt over døgnet.

Målgruppen er de ca. 3.100 borgere, som bor i plejebolig på kommunens almindelige plejecentre. Borgerne tilbydes individuel tid svarende til 1,5 timer 6 gange om året, startende med halvårseffekt i 2015. Den ekstra tid kan deles op i mindre aktiviteter eller spares op over tid.

Overordnede målsætninger og effekter

Tabel 1. Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

(Del)aktivitet	Afledt effekt
- Borgere tilbydes individuel tid, som de selv bestemmer, hvad skal bruges til	- Borgerne oplever mere selvbestemmelse, valgfrihed og mere én til én kontakt med medarbejderne

Økonomi

Beregningerne er baseret på en gennemsnitlig årlig lønudgift til en social- og sundhedsassistent.

Tabel til udgifter til service

Tabel 2. Serviceudgifter

(1.000 kr. – 2015 p/l)	2015	2016	2017	2018	I alt
Lønudgifter	6.500	13.000	13.000	13.000	45.500
Udgifter til service i alt	6.500	13.000	13.000	13.000	45.500

Midlerne ønskes varigt. Forslaget er skalerbart.

Tekniske oplysninger

Risikovurdering

Der vurderes ikke at være nogen risici for projektets økonomi og tidsplan.

Tidligere afsatte midler

Der er ikke i tidligere budgetaftaler afsat midler til klippekort til individuelle aktiviteter til borgere i plejebolig.

SU3. Frivillig organisation understøtter og hjælper ældre uden netværk efter indflytning i plejebolig

Baggrund

For mange borgere er det en stor udfordring at flytte i plejebolig. Der er praktiske ting, som skal ordnes – økonomi, opsigelse af bolig, nedpakning, flytning og indretning af den nye bolig. Samtidig kan det flytte i plejebolig opleves som et stort skifte i borgerens hverdag. Borgere, der i udgangspunkt er svage, skal falde til i en ny bolig. Der vil fortsat være flere praktiske ting at skulle forholde sig til. De skal etablere og integrere sig i nye omgivelser, lære medarbejdere at kende og etablere sociale kontakter på plejecentret. En proces som kan tage forholdsvis lang tid.

Mange borgere får hjælp og støtte i denne proces af pårørende. Men borgere med indsatsen ”trygge flytteforløb” står typisk alene i situationen, og kan have vanskeligt ved at overskue processen. Dette kan medvirke til, at de ikke falder godt til i deres plejebolig og ikke profiterer af de muligheder plejecentret rummer. Problemstillingen underbygges af Brugerundersøgelse 2013.

Indhold

Fra Ældrepuljen har Københavns Kommune i 2014 igangsat et projekt om rådgivning af ældre i forbindelse med indflytning i plejebolig i samarbejde med en frivillig organisation.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen ønsker til budget 2015 at udvide aftalen med den frivillige organisation, således at organisationen skal yde rådgivning til borgere med indsatsen ”trygge flytteforløb”, efter indflytning i plejebolig.

Med den udvidede indsats inddrages den frivillige organisation med praktisk rådgivning og støtte indtil borgeren synes at være velbefindende og velintegreret i plejeboligen og på plejecentret.

Konkret skal den frivillige organisation:

- Samarbejde med plejecenteret, den lokale visitation og hjemmepleje så tidligt som muligt i flytteforløbet med henblik på at sikre et sammenhængende forløb for borgeren.
- Besøge den ældre inden indflytning i plejebolig og afdække behovet for hjælp.
- Sikre hjælp og støtte til at komme på plads i den nye bolig, samt hjælpe borger med at få overblik over økonomi, praktiske forhold, herunder bank, post og lignende.
- Understøtte borgerens integration i plejeboligen og plejecentret.

Indsatsen skal kunne tildeles den svageste og mest udsatte gruppe af ældre på ca. 150 personer, der indflytter i plejecentre ved det ”trygge flytteforløb” og som ikke har pårørende eller andet netværk som kan hjælpe med flytning.

Overordnede målsætninger og effekter

Formålet med budgetønsket er at understøtte, at de ældre i plejebolig, uden pårørende eller netværk, får mulighed for deltagelse, selvbestemmelse på eget liv, og hjælp til praktiske ting, som borgeren behøver understøttelse til.

Tabel 1. Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

(Del)aktivitet	Afledt effekt
Udvidelse og implementering af indsatsen 'Hjælp til flytning' med fokus på indflytning og integration i plejeboligen.	- Borgernes mulighed for selvbestemmelse styrkes. - Borgernes mulighed for at etablere sociale relationer og netværk efter indflytning i plejebolig styrkes.

Økonomi

Forvaltningen estimerer at ca. 150 borgere årligt vil opfylde visitationskriterierne og kan profitere af "Hjælp til flytning".

Tabel til udgifter til service

Tabel 2. Serviceudgifter

(1.000 kr. – 2015 p/l)	2015	2016	2017	2018	I alt
Midler til frivillig organisation	1.000	1.000			2.000
Udgifter til service i alt	1.000	1.000			2.000

Tekniske oplysninger

Risikovurdering

Der vurderes ikke at være nogen risici for projektets økonomi og tidsplan.

Tidligere afsatte midler

Jf. ovenfor er der fra Ældrepuljen i 2014 afsat 1 mio. kr. til at igangsætte et 3-årigt pilotprojekt om rådgivning af ældre i forbindelse med indflytning i plejebolig i samarbejde med en frivillig organisation. Der ønskes i budget 2015 midler til en udvidelse af samarbejdet til også at omfatte hjælp, praktisk støtte og rådgivning efter indflytning i plejebolig.

SU4. Profillejecentre

Baggrund

Profillejecentre skal gøre viften af tilbud til ældre københavnere endnu mere varieret, og de skal være målrettet forskellige interesser. Profillejecentre kan være mere attraktive for potentielle nye beboere, og på den måde tilskynde nogle borgere til at flytte tidligere i plejebolig.

Profillejecentre kan også skabe mere fællesskab og mindre ensomhed for beboere, når de bor sammen med andre, som de deler interesse med. Nogle mennesker kan føle sig alene, selvom de er sammen med andre, hvis de oplever mangel af nærvær i en social relation, f.eks. hvis de ikke har en fælles interesse at samles om.

Profillejecentre skal udvikle tilbud inden for et specifikt område med tilknytning til hverdagslivet. Vi er allerede i gang med at etablere to profillejecentre i København – et mangfoldighedsplejehjem og et plejecenter med fokus på udeliv og dyr.

Indhold

Det foreslås at etablere yderligere 2 profillejecentre i Københavns Kommune. Plejecentrene - med inddragelse af beboere, medarbejdere og evt. bestyrelse - byder ind på en profil, som kan være foruddefineret, eller som de selv finder på. Hermed sikres lokal forankring af profilen.

Eksempler på profiler kan være litteratur og læsegrupper, særlige ”samler-interesser” eller noget helt tredje. Et profillejecenter med fokus på litteratur og læsegrupper kan eksempelvis indrette et særligt læsehjørne, hvor man mødes om forskellige litteraturaktiviteter og læsegrupper. Der kan tilknyttes et korps af ”læsevenner”, der kan etableres samarbejde med daginstitutioner eller skoler om højtlesning for børn og voksne, der kan inviteres forfattere og man kan tage på bogmesse, indgå samarbejde med et bibliotek, og tage i biografen for at se filmatiseringer af bøger man har læst. Et profillejecenter med fokus på særlige ”samler-interesser” kan være beboet af filatelister, folk der samler på glansbilleder, servietter, kapsler osv. Der kan skabes mulighed for at udstille egne samlinger og der kan etableres særlige ”samlergrupper”, hvor man bytter og taler, om det man samler på. Man kan også tage på udflugt til steder, der er af særlig interesse for samlere, gå på loppemarkeder, tage til foredrag, invitere foredragsholdere mv.

Den konkrete anvendelse af midler til profillejecentre afhænger af de valgte profiler, men vil ud over anskaffelser/arrangementer indenfor profilen også inkludere kompetenceudvikling og kommunikation.

Overordnede målsætninger og effekter

Profillejehjem understøtter, at borgere i plejebolig får større mulighed for valgfrihed og indflydelse på eget liv. Det kan give borgerne øget livskvalitet, tryghed og fællesskab at bo sammen med andre, som deler samme interesse.

Tabel 1: Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

(Del)aktivitet	Afledt effekt
Udvikling, planlægning og afholdelse af aktiviteter, med afsat i profil	<ul style="list-style-type: none"> - Potentialet for at nogle borgere flytter tidligere i plejebolig styrkes. - Borgernes mulighed for selvbestemmelse styrkes. - Borgernes mulighed for at etablere sociale relationer og netværk efter indflytning i plejebolig styrkes.
Kompetenceudviklingsforløb af medarbejdere i forhold til den konkrete profil	<ul style="list-style-type: none"> - Medarbejdernes viden, samarbejde og fællesskab styrkes gennem konkrete aktiviteter og kompetenceudvikling mht. profilen.

Økonomi

Tabel til udgifter til service

Tabel 2. Serviceudgifter

(1.000 kr. – 2015 p/l)	2015	2016	2017	2018	I alt
Nye profilplejehjem	1.000	1.000			2.000
Udgifter til service i alt	1.000	1.000			2.000

Beløbet dækker etablering af to nye profilplejecentre. Alt afhængig af profilernes karakter kan en tredje profil muligvis dækkes – dette kan først afgøres, efter at plejecentrene har ansøgt om nye profiler, og de konkrete profiler er kendt.

Tekniske oplysninger

Risikovurdering

Der vurderes ikke at være nogen risici for projektets økonomi og tidsplan.

Tidligere afsatte midler

Tabel 3. Tidligere afsatte midler på området

(1.000 kr., løbende p/l)	2011	2012	2013	2014	2015
Budgetaftale 2013			650	650	650
Budgetaftale 2014				1.000	500
Afsatte midler i alt			650	1.650	1.150

I budgetaftale 2013 blev der afsat midler til et plejehjem med mangfoldighedsprofil, og i budgetaftale 2014 til profil med fokus på udeliv og dyr. Der er endvidere afsat 1,0 mio. kr. til profilplejehjem i 2014 og 2015 i ældrepuljen. Det tager typisk to år at etablere et profilplejehjem.

SU5. Mere fast hjælper i hjemmeplejen

Baggrund

Borgernes tilfredshed med *antallet af hjælpere* er lav - kun godt halvdelen af brugerne er tilfredse eller meget tilfredse med antallet af forskellige hjælpere.

Tilfredsheden er samtidig væsentligt lavere blandt brugere med kommunal leverandør end blandt brugere med privat leverandør. 41 pct. af borgerne i den kommunale hjemmepleje, som udelukkende modtager praktisk hjælp, er tilfredse med antallet af hjælpere. Sammenlignet er 76 pct. af borgerne ved de private leverandører tilfredse.

Kommunen har således behov for at planlægge indsatsen på en ny måde for at øge borgernes tilfredshed med antallet af hjælpere og for at kunne konkurrere med de private leverandører om borgernes tilfredshed. Ved at arbejde anderledes med vagtplanlægningen og planlægge efter, at en fast hjælper i højere grad skal komme i borgerens hjem, vil borgerne opleve, at de mødes af det kendte faste personale.

Den kommunale hjemmepleje har igennem en årrække arbejdet ud fra Reformprogrammet "Aktiv og tryk hele livet" med begrebet fast hjælper. 'Aktiv og tryk hele livet' har opsat det mål, at 66 pct. af besøgene for de borgere der modtager 1-11,9 timers hjælp om ugen, skal gennemføres af borgerens primære eller sekundære hjælper. Resultater viser, at andelen af besøg, der gennemføres af borgerens primære eller sekundære hjælper, har ligget nogenlunde konstant på ca. 61 pct. fra 2008 til 2012. Således er målet på 66 pct. fra reformprogrammet i sin helhed ikke nået.

Nedenstående tabel viser, hvor stor en procentdel af besøgene hos borger, som gennemføres af henholdsvis 1-2. hjælper, 1-4. hjælper og 1-5-hjælper fordelt på borgers plejetyngde (antal timer pr. uge).

Tabel 1: Medarbejderkontinuitet fordelt på plejetyngde, 4. kvartal 2012.

Plejetyngde (antal timer / uge)	Andel af besøg leveret af primær sekundær hjælper	Andel af besøg leveret af 4 primære hjælpere	Andel af besøg leveret af 5 primære hjælpere
0 - 1,9 timer	73%	87%	91%
2 - 3,9 timer	61%	78%	83%
4 - 7,9 timer	62%	77%	83%
8 - 11,9 timer	63%	78%	83%
12 - 19,9 timer	61%	77%	82%
20 timer eller mere	48%	66%	72%
Hovedtotal	61%	77%	82%

Tabellen viser, at det i mindre grad lykkes at sikre **faste** hjælpere til borgere med færre timer pr. uge. Det betyder fx at borgere, der modtager støtte til rengøring hver anden uge oplever forskellige hjælpere over en fire ugers periode.

Indhold

Med afsæt i forskellen mellem borgerne tilfredshed af kommunale og private leverandører søges der om midler til et pilotprojekt om (mere) fast hjælper til borgere med en plejetynde på nul til fire timer pr. uge, som udgør 69 pct. af hjemmeplejemodtagerne.

Pilotprojektet vil tage udgangspunkt i vagtplanlægning med fokus på, at primær- og sekundærhjelper foretager flest mulige besøg og *ikke* i forhold til den optimale vejtid.

Erfaringer fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningens tidligere indsatser vedr. mere fast hjælper peger på, at brugernes tilfredshed med antallet af hjælpere består af flere forhold end blot det faktiske antal hjælpere i borgerens hjem, fx;

- hjælperens personlige relation til borgeren
- hjælperens kompetencer
- kendskab til borgerens hjem, behov og rutiner mv.

Samtidig skal hensynet til få hjælpere hos borgeren afvejes med hensynet til at sikre en faglig kompetent pleje.

Vagtplanlægnings- og medarbejderperspektivet skal udrede:

- Sammenhængen mellem rette kompetencer i opgaveløsningen og antallet af hjælpere.
- Hvilke økonomiske konsekvenser vil færre hjælpere have, herunder konsekvenser for effektivitet?
- Hvordan kan hjemmeplejen være tydelig omkring hvem, der er borgers faste team af hjælpere?
- Pilotprojektet koncentrerer sig i ét lokalområde.

Analysefasen skal udrede:

- Hvilke forhold påvirker borgerens oplevelse af fast hjælper?
- Hvilken effekt vil færre faste hjælpere have for den borgeroplevede kvalitet, herunder tilfredsheden med antallet af forskellige hjælpere i hjemmet?
- Analyse af private leverandørers medarbejderkontinuitet og vagtplanlægning (i det omfang det er muligt).

Overordnede målsætninger og effekter

Tabel 2: Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

(Del)aktivitet	Afledt effekt
Vagtplansprojekt	- Det udvalgte lokalområde opnår en højere medarbejderkontinuitet i borgernes hjem, således at en større andel af besøgene gennemføres af primær og sekundær hjælper (for borgere med en plejetynde 0-4 timer /uge). - Det udvalgte lokalområde opnår en højere brugertilfredshed på spørgsmålet om antal hjælpere i BRUS 2015. Succeskriterium: Brugertilfredshed med antal hjælpere matcher private leverandører.
Analyse	- Der opnås konkret viden om, hvordan privat leverandør arbejder med 'fast hjælper', herunder vagtplanlægning.

(Del)aktivitet	Afledt effekt
	- Der opnås viden om årsagerne til privat leverandørs højere brugertilfredshed med antal hjælpere.
Effekter og omkostninger	- Der opnås konkret og præcis viden om indsatsens omkostninger, herunder påvirkning af effektivitet. - Handlingsanvisning: Der opnås en liste med konkrete indsatser, som kan udrulles i øvrige lokalområder

Økonomi

Udgifter til selve pilotprojektet udgør 1.100.000 kr. Midlerne dækker omkostninger ved flere medarbejdere på grund af mindre fleksibilitet og mertid, fx ekstra vejtid pga. ny ruteplanlægning, mertid hos borgeren, mertid til 'morgenmøder' etc.

Udgifter til analyse udgør 400.000 kr. Udgifterne dækker bl.a. analyse, planlægning, udvikling og monitorering af pilotprojektet, herunder borgerworkshop samt medarbejdere og gruppelederes deltagelse i diverse workshops i opstartsfasen.

Tablet til udgifter til service

Tablet 3. Serviceudgifter

<i>(1.000 kr. – 2015 p/l)</i>	2015	2016	2017	2018	I alt
Udviklingsaktiviteter	400				400
Frikøb af medarbejdere og gruppeledere	1.100				1.100
Udgifter til service i alt	1.500				1.500

Tekniske oplysninger

Risikovurdering

Der vurderes ikke at være nogen risici for projektets økonomi og tidsplan.

Tidligere afsatte midler

Der er ikke tidligere afsat midler til mere fast hjælper i hjemmeplejen.

SU6. Den rette mad til borgere i rehabilitering

Baggrund

Mad er en kilde til nydelse og måltidet er ét af dagens højdepunkter og det mange samles om, når der fejres særlige begivenheder. Men mad fungerer også som medicin og bidrager til, at ældre borgere oplever bedre trivsel, højere funktionsniveau (fysisk, socialt og mentalt), bedre udbytte af træningsindsatser, bedre balance, mere selvhjulpenhed samt færre genindlæggelser. Den rette mad er derfor af særlig betydning for borgere på rehabiliteringsenheder, der typisk er meget svækkede borgere med komplekse ernæringsmæssige problemstillinger.

Den mad, der tilberedes, skal på én gang være velsmagende, indbydende og tilpasset den enkeltes ernæringsmæssige behov med fokus på energi og protein.

Indhold

Særligt svækkede borgere, der har behov for genoptræning, intensiv sygepleje eller en vurdering af, hvad der skal til for at fremme eller modvirke yderligere fald i funktionsevne, kan for en periode få et ophold på et rehabiliteringstilbud. Et væsentligt element i genoptræningen og stabilisering af funktionsniveau hos disse borgere er, at de får den rette mad.

Socialstyrelsen dokumenterer i ny rapport, at tilknytning af en klinisk diætist samt et formaliseret samarbejde mellem diætist, fysio- og ergoterapeut har god effekt på både borgernes funktionsevne og livskvalitet.

Derfor søges der om midler til en 2-årig projektansættelse af en klinisk diætist samt en kok på rehabiliteringscenter Indre By/Østerbro. Projektet skal afdække, om tilknytningen af en klinisk diætist og kok som forventeligt bidrager til:

- at bedre de berørte ældres ernæringstilstand og dermed højne deres funktionsniveau, gøre dem hurtigere i stand til at klare sig selv og forebygge genindlæggelser.
- at skabe en bedre sammenhæng mellem ernæringsindsatsen under rehabiliteringsopholdet og ernæringsindsatsen, når borger udsluses til eget hjem.

Udover at maden skal indeholde den rette næring til den rette borger, skal maden også være indbydende og velsmagende. Derfor bør ernæringsindsatsen suppleres med udvikling af en à la carte menu lig tilbuddet på Herlev Hospital. Herlev Hospital har tilbud til underernærede patienter om små, delikate retter, som patienterne kan bestille på de tidspunkter, hvor de har appetit til det. Dette sker i et samarbejde mellem en kok og diætister. Erfaringen fra Herlev viser, at de patienter, der får det nye tilbud, spiser mere end patienter, der får den almindelige kost.

Et samarbejde mellem en diætist og en kok kan således vise sig fordelagtig for at sikre den ernæringsmæssige og kulinariske kvalitet.

Indsatsen består af tre delelementer:

Den rette mad til den rette borger som en del af rehabiliterings-tilbuddet

1. Ernæringsindsats

På rehabiliteringsenheden vil diætisten fx skulle varetage følgende opgaver:

- Løbende samarbejde med andre faggrupper med henblik på tværfaglig indsats: Plejepersonale, fysioterapeut, ergoterapeut, omsorgstandpleje m.m.
- Ansvar for planlægning af ernæringsindsats for borgere, der via det eksisterende tilbud om ernæringsvurdering af plejepersonalet er identificeret som værende i dårlig ernæringstilstand.
- Ansvar for planlægning af indsats for borgere med komplekse ernæringsmæssige problemstillinger.
- Samarbejde med kokken omkring sikring af det rigtige næringsindhold i maden.

2. Kulinarisk indsats

På rehabiliteringsenheden vil kokken fx skulle varetage følgende opgaver:

- Udvikling af et antal små, delikate retter:
 - Friske retter i den periode, hvor kokken er til stede og kan anrette retterne.
 - Retter på køl eller frost, som plejepersonalet kan anrette i den periode, hvor kokken ikke er til stede.
- Udarbejde menukort.
- Samarbejde med diætisten omkring den ernæringsmæssige og kulinariske kvalitet af maden.
- Samarbejde med plejepersonalet om bestilling og levering af maden på det tidspunkt, hvor borgeren har appetit.

Den rette mad til den rette borger ved overflytning til eget hjem

3. Brobygningsindsats

Det er væsentligt, at der er et brobygningsselement til visitationen samt hjemme- og sygepleje for kontinuerlig understøttelse af borgerens behov for den rette mad og støttefunktioner ved returnering til eget hjem.

Afhængig af borgerens behov, kan borger modtage tilbud om ernæringsterapi, madudbringning, spisetilbud, spisevenner, indkøb, opvarmning af mad, støtte til at spise og drikke m.m. Diætisten kan være med til at sikre det rette tilbud til den rette borger ved:

- Løbende samarbejde med andre faggrupper på rehabiliteringsenheden med henblik på tværfaglig opfølgning.
- Deltagelse i vurderingskonferencer.
- Deltagelse i ”Kom trygt hjem” indsatsen.

Overordnede målsætninger og effekter

Ved at sikre den rette mad til den rette borger, kan livskvalitet blandt ældre bedres og tab af fysisk, mental og social funktionsevne forebygges. Den rette mad kan således have betydning for den enkeltes trivsel og antal gode leveår (jf. Københavnerfortællingen).

Fra forskningen ved vi, at ældre borgere opnår bedret trivsel og funktionsniveau ved vægtstabilisering og vægtøgning. Således er mål og evaluering af indsatsen hæftet op på monitorering af borgernes vægt.

Tabel 1: Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

(Del)aktivitet	Afledt effekt
- Projektansættelse af en diætist og en kok på rehab IBØ samt udvikling af à la carte menu	Primær effekt <ul style="list-style-type: none">- Vægtstabilisering eller vægtøgning (og dermed bedring af funktionsniveau og livskvalitet/trivsel).- Stigning i andel af visiterede ydelser i hjemmeplejen vedr. mad, ernæring, træning, omsorgstandpleje og andet, der kan støtte borgeren i at genvinde/opretholde en god ernæringstilstand. Formodede afledte effekter <ul style="list-style-type: none">- Forebyggelse af genindlæggelser.- Varighed af rehabiliteringsophold forkortes.

Økonomi

Forslaget indebærer projektansættelse af en klinisk diætist samt en kok i perioden fra januar 2015 til udgangen af 2016. Lønudgiften er på 900.000 kr. i 2015 og 900.000 kr. i 2016.

Der er afsat 50.000 kr. til evaluering af indsatsen, 30.000 til udvikling af menukort, 20.000 kr. til fotos af retterne samt 20.000 til udgifter til råvarer til produktudvikling.

Tabel til udgifter til service

Tabel 2. Serviceudgifter

(1.000 kr. – 2015 p/l)	2015	2016	2017	2018	I alt
2-årig projektansættelse af klinisk diætist	450	450			900
2-årig projektansættelse af kok	450	450			900
Udviklingsomkostninger og evaluering	70	50			120
Udgifter til service i alt	970	950			1.920

Tekniske oplysninger

Risikovurdering

Der vurderes ikke at være nogen risici for projektets økonomi og tidsplan.

Tidligere afsatte midler

Der er i tidligere budgetaftaler ikke afsat midler på rehabiliteringsområdet med fokus på ernæring. På det almene rehabiliteringsområde er der tidligere afsat midler til øget kapacitet (2011, 2014), mere sygepleje på rehabiliteringspladser og velfærdsteknologi (2013).

Henvisninger

Den rette mad til den rette borger er en vigtig del af det gode ældre liv – og en væsentlig del af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens Mad- og måltidspolitik for ældre: ”*Appetit på livet*”.

Beck AM. Forebyggelse af tab af fysisk, mental og social funktionsevne ved fokus på ældres ernæringstilstand og risikofaktorer.

Fødevarerinstitutionen 2007. Rapporten kan findes her:

<http://www.food.dtu.dk/Publikationer/Ernaering>

Kjær S & Beck AM. Projekt: ”Udvikling af et redskab til ernæringsvurdering og behandling af ældre”. Socialstyrelsen 2011.

Rapporten kan findes her:

<http://www.socialstyrelsen.dk/godmadgodtliv/pleje/screening-undervaegt-og-ernaering>

Beck Am et al. Cost-effectiveness studie af tværfaglig ernæringsintervention blandt skrøbelige underernærede ældre. Socialstyrelsen 2014. Rapporten kan findes her:

<http://shop.socialstyrelsen.dk/products/cost-effectivness-studie-af-tvaerfaglig-ernaeringsintervention-blandt-skrobelige-underernaerede-aeldre>

SU7. Det optimale kommunale rehabiliteringsforløb til borgere med en erhvervet hjerneskade

Baggrund

I forløbsprogrammet for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade opereres med tre niveauer indenfor hjerneskaderehabilitering i kommunalt regi; rehabilitering på basalt, avanceret og specialiseret niveau (Sundhedsstyrelsen 2011). Neurologi- og Rehabiliteringscenter København (NRK) kan i dag betragtes som værende på avanceret niveau, men sigtet er at blive nationalt førende i kommunalt regi og dermed varetage hjerneskaderehabilitering på specialiseret niveau. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen ønsker med en sådan satsning at kunne hjemtage og sikre den tilstrækkelige rehabilitering af alle borgere efter endt specialiseret indsats i regionalt regi.

Indhold

For at nå ambitionen om etablering af et specialiseret kommunalt rehabiliteringstilbud for borgere med en erhvervet hjerneskade er der behov for en nærmere analyse. Analysen skal sigte mod at skabe klarhed over, hvad der vil være hensigtsmæssigt og tilstrækkeligt for at sikre rette kompetencer, ressourcer, organisering og forskningsinitiativer samt fysiske rammer og behov for yderligere tiltag i forhold til et nationalt førende specialiseret rehabiliteringscenter for borgere med erhvervet hjerneskade i Københavns Kommune. Analysens resultater vil danne grundlag for udarbejdelse af et budgetønske til budget 2016.

Kendetegnet for det specialiserede niveau i kommunal hjerneskaderehabilitering er, at indsatserne etableres som samlede helhedsorienterede og intensive forløb, der foregår sammenhængende fra hospitalet til borgerens hjem. Samtidig forudsætter en specialiseret indsats, at der er aktiv deltagelse i udvikling og forskning indenfor neurologien. De fysiske rammer på Neurologi- og Rehabiliteringscenter København er ikke tilstrækkelige for at kunne videreudvikle den kommunale neurologiske indsats til specialiseret niveau. Analysen skal derfor være med til at afdække de fremadrettede krav til de fysiske rammer og udgiftsbehovet til etablering af sådanne fysiske rammer.

Analysen vil blive forankret i Center for Kvalitet og Sammenhæng med tæt involvering af lokalområde VBH, herunder NRK, og Økonomisekretariatet samt sparringpartnere fra SOF, BIF og BUF i forhold til udvikling af borgerrettede indsatser til den yngre borger med erhvervet hjerneskade.

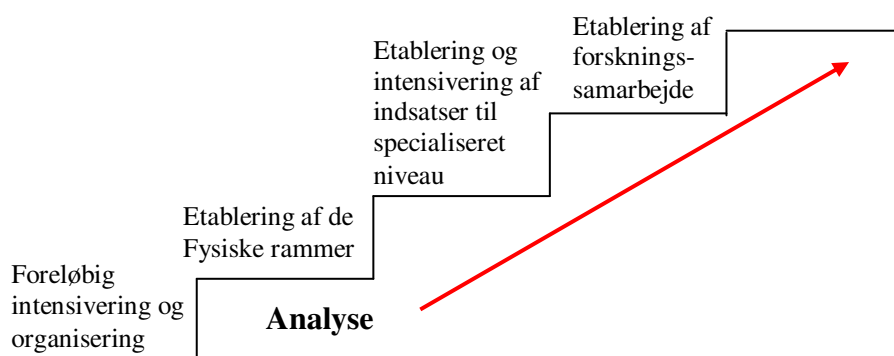
Intensivering af intensitet i genoptrænings- og plejeindsatsen

Intensiteten på døgn- og ambulante genoptræning og pleje er ikke pt tilstrækkelig for at kunne etablere et specialiseret kommunalt

neurologisk tilbud. Der ansøges derfor om midler til en begyndende intensivering hen imod en specialiseret kommunal indsats. Tilbuddet på døgnrehabilitering tilrettelægges således at borgerne modtager tilbud om individuel genoptræning ved fysio- og ergoterapi 2 timer dagligt samt 1 times holdtræning 7 dage om ugen. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vurderer, at der er behov for at tilføre yderligere 8,7 årsværk i terapeutressourcer for at imødekomme denne intensitet.

Plejeindsatsen tilrettelægges sådan at plejen udfører superviseret træning i dagligdagssituationer samt understøtter borgeren i tillærte teknikker gennem alle døgnets timer. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vurderer, at der er behov for at tilføre yderligere 5 årsværk i plejeresourcer (2 sygeplejersker og 3 sosu. assistenter).

Tilbuddet på ambulant neurologiskgenoptræning tilrettelægges således at borgeren modtager 1 times genoptræning ugens 4 hverdage. Der vil her være behov for at tilføre 8,3 årsværk i terapeutressourcer. I dag modtager borgeren gennemsnitlig ambulant genoptræning 2-3 gange ugentligt. Afhængig af kompleksiteten af borgerens erhvervede hjerneskade foregår det enten på hold eller som individuel træning.



Økonomi

Udgifterne til en intensiveret døgnrehabilitering er beregnet med udgangspunkt i følgende forslag til ekstra terapeutressourcer: Træning ved terapeut 3 timer dagligt, 7 dage ugentlig: 4.163.000 kr. Det svarer til 8,7 årsværk. Indsatsen kan nedskaleres til 3,5 årsværk i terapeutressourcer, hvor borgerne så vil modtage tilbud om 1 times individuel daglig træning samt en times holdtræning dagligt 7 dage om ugen. Det svarer til følgende terapeutressourcer: Træning ved terapeut 2 timer dagligt, 7 dage ugentlig: 1.663.000 kr.

Tabel til udgifter til service

Tabel 2. Serviceudgifter

<i>(1.000 kr. – 2015 p/l)</i>	2015	2016	2017	2018	I alt
- Analyse	200				200
Intensivering af intensitet i genoptrænings- og plejeindsatsen:					
- Terapeutressourcer døgn (8,7 årsværk)	4.163	4.163	4.163	4.163	16.652
- Rehabiliterende pleje (5 årsværk)	2.040	2.040	2.040	2.040	8.160
- Terapeutressourcer ambulans (8,3 årsværk)	3.984	3.984	3.984	3.984	15.936
- Befordring ifm. intensivering af ambulans genoptræning	3.000	3.000	3.000	3.000	12.000
Udgifter til service i alt	13.387	13.187	13.187	13.187	52.946

Midlerne ønskes varigt – med undtagelse af midlerne til analyse.

Tekniske oplysninger

Risikovurdering

Der vurderes ikke at være nogen risici for projektets økonomi og tidsplan.

Tidligere afsatte midler

Tabel 3. Tidligere afsatte midler på området

<i>(1.000 kr., løbende p/l)</i>	2011	2012	2013	2014	2015
Budgetaftale 2014, inkl. ældrepuljemidler:					
- Øget intensitet i rehabiliteringsindsatsen				2.300	2.300
- Pilotprojekt vedr. udgående neurorehabiliteringsteam				1.200	1.200
- Mere effektfulde indsatser sfa. neuropsykologisk kompetence og neurologisk konsulentbistand				1.200	1.200
- Hurtig genoptræning efter hjerneskade (8 neurorehabiliteringspladser)				3.263	4.394
Afsatte midler i alt				7.963	9.094

SU8. Styrkelse af sammenhængende borgerforløb for hjerneskaderamte borgere

Baggrund

En ekstern evaluering af kommunens tværgående Hjerneskadesamråd viser, at samrådet har øget koordineringen og derved effektiviteten i kommunens interne sagsbehandlingsgange. Men rapporten påpeger samtidig, at borgere og pårørende forsat oplever en fragmenteret indsats uden tilstrækkelig sammenhæng og overblik. Der efterspørges entydigt én gennemgående person, som kan varetage koordineringen på tværs af indsatser og forvaltninger.

Evalueringen af Hjerneskadesamrådet kommer på udvalgsmøderne i juni måned som en fællesindstilling.

Indhold

Sammenhængende borgerforløb i et organisatorisk perspektiv

Hjerneskadesamrådet på tværs af BIF, BUF, SOF og SUF blev etableret medio 2012 via puljemidler fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og løber frem til udgangen af 2014. Samrådet har alene rådgivende funktion på hjerneskadeområdet. Evalueringen peger på, at samrådet har bidraget til øget indsigt hos medarbejderne ift. indsatser til hjerneskaderamte, hurtigere koordinering og sagsbehandling samt forbedret samarbejdsrelationerne i sagsforløbene internt såvel som eksternt.

Evalueringen påpeger samtidig, at Hjerneskadesamrådet forsat har en væsentlig betydning for det organisatoriske samarbejde, hvorfor det forslås at overgå til drift fra 2015.

Hjerneskadesamrådet holder møde hver 3. uge á 2 timers varighed med primær repræsentation af 1-3 sagbehandlende/visiterende medarbejdere fra hver forvaltning, der repræsenterer de centre, som varetager forløb med borgere med erhvervet hjerneskade.

Sammenhængende borgerforløb i et borgerperspektiv

Det er den enkelte forvaltnings pligt at træffe afgørelse i sager på baggrund af Hjerneskadesamrådets rådgivning og meddele borgeren, hvilken indsats der skal finde sted hvornår i den pågældende forvaltning. Hjerneskaderamte borgere oplever derfor forsat en fragmenteret indsats, hvor borgeren selv eller dennes pårørende skal opretholde overblikket over rehabiliteringsindsatsen i kommunen. Hjerneskaderamte borgere med komplekse skader har ofte ikke kapaciteten til at skabe det nødvendige overblik, hvilket fx giver sig udtryk i gentagne og til tider unødvendige henvendelser rundt i kommunen, at borgeren ikke møder op til aftalte møder eller indsatser, at borgerne ikke modtager den hjælp eller støtte, de har behov for, og at de alligevel ikke kan varetage jobbet, som forventet.

Erfaringer fra andre kommuner viser, at koordinatorene kan sikre den sammenhæng og det overblik, som borgere med erhvervet hjerneskade

samt deres pårørende efterspørger. Det vurderes, at der primært er behov for en koordinerende funktion i borgerforløb af mere kompleks art. Koordinatorens opgave vil bl.a. være at sikre koordination og opfølgning på indsatser sammen med borger og pårørende på tværs af forvaltninger og med eksterne samarbejdspartnere, fx Center for Hjerneskade, at deltage i mødeaktivitet med borger, at varetage formandsskabet for Hjerneskadesamrådet samt at betjene Københavns Kommunes hjerneskadetelefon. En sekretær vil varetage sekretariatsbetjeningen af hjerneskadesamrådet samt understøtte den daglige planlægning og bistå opfølgning og evaluering af pilotprojekt.

Koordinatorfunktionen nedsættes som et treårigt projekt på tværs af tre forvaltninger (BIF, SOF, SUF). Projektet skal bl.a. være med til at beskrive borgerprofilen med særligt behov for koordinering, antal borgere, organisering samt nærmere opgave- og ansvarsfordeling. Den nuværende evaluering skal danne baseline for en senere effektmålingsundersøgelse af koordinatorfunktionen blandt borger og pårørende samt medarbejdere.

En del af målgruppen kan være berettiget til et ressourceforløb, som er en ny forløbs- og ydelsestype, der er kommet under beskæftigelseslovgivningen fra 1. januar 2013. Ressourceforløb gives til personer der er i risiko for førtidspension og har meget komplekse problemer, hvor der er behov for en koordineret indsats mellem flere forvaltninger. Indsatsen omkring denne målgruppe ligner meget hjerneskadesamrådet og hjerneskadekoordinatorer, og det vil indgå i arbejdet at finde den bedst mulige vej til at samtænke de to indsatser ved f.eks. at give Hjerneskadesamrådet adgang til anbefaling af ressourceforløb og førtidspension.

Overordnede målsætninger og effekter

Københavns Kommune har en fælles opgave på hjerneskadeområdet på tværs af de fire involverede forvaltninger, som kræver en fælles koordineret indsats. En koordineret indsats som skal skabe organisatorisk og faglig sammenhæng samt understøtte det gode og involverende samarbejde mellem borger og pårørende og medarbejder.

Målsætningen med drift af Hjerneskadesamrådet samt afprøvning af koordinatorfunktion til de mere komplekse forløb på Hjerneskadeområdet er at effektivisere rehabiliteringsforløbene og sikre sammenhæng hos borgerne med erhvervet hjerneskade. Projektet skal sikre, at borgerne modtager de nødvendige indsatser uden unødigt ventetid samt nedbringe risikoen for stressfaktorer hos borger og pårørende, som senere kan føre til sygemelding også hos pårørende.

Tabel 1: Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

(Del)aktivitet	Afledt effekt
Drift af et permanent Hjerneskadesamråd på tværs af SUF, SOF, BIF og BUF	Opretholdelse og videreudvikling af det effektive og koordinerede samarbejde ift. forløb for borgere med en erhvervet hjerneskade.
	Borgere med en erhvervet hjerneskade samt deres

Afprøvning af hjerneskadekoordinators på tværs af forvaltninger	på pårørende oplever sammenhæng og overblik
---	---

Økonomi

På årsplan vurderes at være omkring 20.000 voksne, som får en erhvervet hjerneskade i Danmark. Københavns Kommune vil derfor årligt have en borgerandel på ca. 2.000 årligt med diagnosen erhvervet hjerneskade. SUF modtager årligt ca. 700 genoptræningsplaner på borgere med en erhvervet hjerneskade. Derudover ser BIF et ukendt antal borgere, som ikke modtager en genoptræningsplan, men som alligevel ikke kan varetage det tidligere erhverv primært på grund af skjulte kognitive skader. Af de 2.000 borgere årligt med en erhvervet hjerneskade anslås det, at 20 % har skader og forløb af kompleks karakter, som vil have gavn af at få deres forløb koordineret af en koordinator. Dette svarer til ca. 400 forløb årligt i Københavns Kommune.

En gennemsnitsbetragtning fra andre kommuner er, at et fuldtids årsværk kan varetage ca. 100 borgerforløb årligt. Der ønskes derfor fire årsværk med kompetencer svarende til minimum mellemlang videregående uddannelse.

Udgifter til varig drift af Hjerneskadesamrådet fra 2015 afholdes indenfor egen budgetramme i de enkelte forvaltninger.

Tabel til udgifter til service

Tabel 2. Serviceudgifter

(1.000 kr. – 2015 p/l)	2015	2016	2017	2018	I alt
- Ansættelse af Hjerneskadekoordinators (4 årsværk)	1.800	1.800	1.800		5.400
- Etablering, drift og evaluering af Hjerneskadekoordinatorfunktion	200	100	300		600
- Sekretariatsbetjening af Hjerneskadesamråd	450	450	450		1.350
Udgifter til service i alt	2.450	2.350	2.550		7.350

Tekniske oplysninger

Risikovurdering

Der vurderes ikke at være risici for projektets økonomi og tidsplan.

Flere forvaltninger/udvalg

For at sikre ensartet behandling af borgerne i Københavns Kommune anbefales det, at alle komplekse borgere, uafhængigt af hvor borgeren har primær tilknytning, skal kunne tildeles en koordinator. Det anbefales derfor, at projektet bemannes med årsværk svarende til antallet af borgere fra hver forvaltning, som forventes at indgå i projektet. Det vil sige, at SOF tilføres to årsværk og SUF og BIF hver tilføres et årsværk,

evt. fordelt på flere medarbejdere. Medarbejderne bør have kompetencer fra hver forvaltnings respektive kerneområder, men fagligt forankres på Neurologi- og Rehabiliteringscenter København, som i forvejen besidder neurologisk specialekompetence.

Sekretariatsbetjeningen af Hjerneskadesamrådet samt midler til etablering, drift og evaluering af Hjerneskadekoordinatorfunktion placeres i SUF.

Tabel 2. Fordeling mellem udvalg på styringsområde

Forvaltning/ (1.000 kr. - 2015 p/l)	Styrings- område	2015	2016	2017	2018	I alt
Socialforvaltningen	Service	900	900	900		2.700
Beskæftigelse og integrationsforvaltningen	service	450	450	450		1.350
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen	service	1.100	1.000	1.200		3.300
I alt		2.450	2.350	2.550		7.350

Tidligere afsatte midler

Der er ikke tidligere afsat midler til indsatsen, som har været finansieret via puljemidler fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i perioden 2012-2014. Københavns Kommune har fået 12,88 mio. kr. til projektet samlet set, som har dækket udgifter til samrådet, kompetenceudvikling mv.

Henvisninger

Link til ekstern evaluering af hjerneskadesamrådet vil blive tilskrevet, når den endelige rapport foreligger.

SU9. Sund Vækst og velfærdsteknologi til ældre

Baggrund

Borgerrepræsentationen har godkendt 2025-planen 'Nye veje til sundhed og omsorg – fire velfærdsteknologiske spor på vej mod 2015', og ambitionen er, at København bliver førende inden for udvikling og brug af velfærdsteknologi. Skal ambitionen indfries, kræver det, at vi gearer op for velfærdsteknologien - tester nye teknologier og integrerer de teknologier, der kan forbedre københavnernes liv.

På ældreområdet kan velfærdsteknologi bidrage til, at ældre oplever større selvstændighed og selvbestemmelse, og til at understøtte et godt hverdagsliv for ældre med et stort behov for rehabilitering, pleje og omsorg. Samtidig kan velfærdsteknologi bidrage til bedre udnyttelse af medarbejderressourcer og til at skabe vækst og arbejdspladser. De velfærdsteknologiske virksomheder forventer en stigning i beskæftigelsen på 3.400 medarbejdere i de kommende år som følge af et stigende antal ældre og øget udbredelse af velfærdsteknologi i ældreplejen.

Indhold

Nærværende budgetnotat indeholder tre forslag til investeringer i velfærdsteknologi til ældre, der har svært ved at klare sig selv. Der vil blive udarbejdet business case for alle indsatser, som kan danne grundlag for fremtidige effektiviseringer og budgetforslag.

a) Drift af living lab på Rehabiliteringscenter Indre By/Østerbro (IBØ)

I december 2014 åbner Københavns Kommune et living lab på Rehabiliteringscenter IBØ. København stiller dermed faciliteter til rådighed, hvor virksomheder og forskere kan udvikle og teste nye velfærdsteknologiske prototyper og løsninger, som en naturlig del af driften; som en del af de ældres hverdagsliv og medarbejdernes praksis. Nye løsninger er f.eks. kommunikationsteknologi til at holde kontakten til pårørende, it-baserede træningsmaskiner til fleksibel træning og badeløsninger, der har et rehabiliterende sigte. De løsninger, der virker, udbredes til hjemmeplejen, plejecentre og øvrige rehabiliteringscentre - målgruppen er ældre borgere, der får et rehabiliteringsophold og efterfølgende kommer hjem i egen bolig eller får en plejebolig.

Tidligere living lab på *plejecenter* har blandt andet affødt et tæt samarbejde med otte virksomheder og involvering af 80-100 beboere og medarbejdere i udvikling af nye produkter – f.eks. ny anvendelse af motoriseret solafskærmning som et hjælpemiddel til de ældre og videreudvikling af automatiserede døråbnere, der ved brug af sensorer og tags kan tilpasses den enkelte ældre. Der ønskes 1 mio. kr. i service i 2015 og frem til nyt living lab på *rehabiliteringscenter*, som skal understøtte udvikling og test af ny velfærdsteknologi i denne kontekst. Samt anlægsmidler på 2,0 mio. kr. årligt i 2015-2018 til anskaffelse af nye velfærdsteknologier til afprøvningen.

b) Afprøvning af ny velfærdsteknologi på moderniserede plejecentre

Det er Sundheds- og Omsorgsforvaltningens mål i videst mulige omfang at fremtidssikre de nybyggede plejecentre i København og være i front med hensyn til at afprøve ny velfærdsteknologi. Samtidig er der i Københavns Kommunes budgetaftale 2014 fastsat et mål om 300 ”smarte boliger” til ældre inden 2018.

Velfærdsteknologi er ikke længere et ’add on’, men handler om at skabe selvstændighed og trykthed for de ældre i hverdagen og f.eks. understøtte dem i at huske aftaler, strukturere hverdagen og få glæde af aktivitet og samvær med pårørende og de andre beboere. Derfor foreslås køb af ny velfærdsteknologi til 340 plejeboliger, som omfatter:

- Huset William med ca. 56 boliger, herunder velværebaderum med elektronisk badekar, bevægelsessensorer til registrering af fx fald, automatiserede døre og vinduer samt kommunikationssystem med Wi-Fi i alle boliger mv.
- To nye plejecentre med 100 boliger hver i 2017, herunder automatisk styring af rumtemperatur og lys, nye lyskilder til at skabe bedre oplevelser med lys og guide de ældre, følesystem til svagtsende og blinde, lydssystemer til fx at reducere støj og give en bedre oplevelse af lyd samt et lager- og logistiksystem
- Et nyt plejecenter med 90 boliger i 2018 og nye teknologier inden for robotteknologi, fx intelligente senge, og telesundhed.

Der er tale om afprøvning af ny velfærdsteknologi i skala på nybyggede plejecentre, og de teknologier, der skaber værdi for de ældre og medarbejderne, kommer til at indgå i fremtidige effektiviserings- og budgetforslag.

Der søges om driftsmidler på 0,56 mio. kr. i 2015, 2,0 mio. kr. i 2017 og 0,9 mio. kr. i 2018, samt anlægsmidler på 5,6 mio. kr. i 2015, 20 mio. kr. i 2017 og 9 mio. kr. i 2018

Der vil blive udarbejdet et effektiviseringsforslag til Budget 2016, som vedrører udbredelse af velafprøvede velfærdsteknologier til plejecentre i København.

c) Kørekort til velfærdsteknologi

Fuld udnyttelse af ny velfærdsteknologi og en god serviceoplevelse forudsætter, at medarbejderne bruger ny teknologi i praksis og kan vurdere, hvad den enkelte borger har behov for. Der er derfor behov for kompetenceudvikling inden for velfærdsteknologi og formidling af viden om, hvorfor og hvordan velfærdsteknologi kan hjælpe de ældre i hverdagen og give dem en god service. Medarbejderne vil få ”et kørekort” til velfærdsteknologi, og e-læring og videoer skal understøtte brugen af kørekortet i praksis. Målgruppen er medarbejdere på rehabiliteringscentre, plejecentre og i hjemmeplejen. Driftsledere og læringskonsulenter inddrages i udmøntningen af indsatsen.

Der ønskes 0,5 mio. kr. i service i 2015 og frem til velfærdsteknologisk kørekort.

Overordnede målsætninger og effekter

Velfærdsteknologi medvirker til, at ældre med funktionsnedsættelse kan mestre eget liv, og at medarbejdere får et bedre arbejdsmiljø og anvendelse af ressourcer. Øget udbredelse af velfærdsteknologi på sundheds- og ældreområdet skaber desuden arbejdspladser i det private. Dette spiller sammen med mål om øget vækst og livskvalitet i Københavnerfortællingen.

Tabel 1. Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

(Del)aktivitet	Afledt effekt
Investeringer i velfærdsteknologi	<ul style="list-style-type: none"> - 80 pct. af de ældre oplever en øget livskvalitet - 80 pct. af medarbejderne oplever bedre arbejdsmiljø og udnyttelse af medarbejderressourcer - Stigning i beskæftigelsen i velfærdsteknologiske virksomheder

Økonomi

Tabel til udgifter til service

Tabel 2. Serviceudgifter

(1.000 kr. – 2015 p/l)	2015	2016	2017	2018	I alt
- Drift af living lab	1.000	1.000	1.000	1.000	4.000
- Kørekort til velfærdsteknologi	500	500	500	500	2.000
Udgifter til service i alt	1.500	1.500	1.500	1.500	6.000

Midlerne til living lab og kørekort til velfærdsteknologi ønskes varigt.

Tabel til anlægsudgifter

Tabel 3. Anlægsudgifter og evt. afledte serviceudgifter

(1.000 kr. – 2015 p/l)	2015	2016	2017	2018	I alt	*
Anlæg:						
- Living lab, anskaffelse af teknologier	2.000	2.000	2.000	2.000	8.000	
- Afprøvning af ny velfærdsteknologi på fire moderniserede plejecentre, i alt 340 plejeboliger	5.600		20.000	9.000	34.600	*
Anlægsudgifter i alt	7.600	2.000	22.000	11.000	42.600	
- heraf til KEjd						
Afledte serviceudgifter:						
- Vedligehold og drift af ny velfærdsteknologi på fire moderniserede plejecentre	560		2.000	900	3.460	
Afledte serviceudgifter i alt	560		2.000	900	3.460	

Tekniske oplysninger

Risikovurdering

I forbindelse med valg af nye velfærdsteknologier gennemføres test for at vurdere, om teknologierne kan anvendes af de ældre og medarbejderne. Dermed undgås investeringer i velfærdsteknologi i stor skala, som ikke har den ønskede effekt. Hertil kommer, at succesfuld implementering af ny teknologi i praksis forudsætter viden om brug af velfærdsteknologi og driftssikkerhed, hvilket imødekommes ved at afsætte midler til kørekort og løbende service- og vedligeholdelse af teknologi.

Tidligere afsatte midler

Tabel 4. Tidligere afsatte midler på området

<i>(1.000 kr., løbende p/l)</i>	2011	2012	2013	2014	2015
Budgetaftale 2011:					
- Forskningsplejehjem Sølund (Living Lab Sølund)	2.000	2.000	2.000	2.000	
Velfærdsteknologisk modelplejehjem (Foranalyse)	500				
Budgetaftale 2012:					
Nye teknologiske løsninger		3.000	6.000	1.500	400
Budgetaftale 2014:					
Ældre medicinske patienter og sikker medicinindtagelse (anlæg og afledt drift)				2.500	2.500
Afsatte midler i alt	2.500	5.000	8.000	6.000	2.900

Henvisninger

2025-plan 'Nye veje til sundhed og omsorg – fire velfærdsteknologiske spor på vej mod 2025: <http://www.kk.dk/da/om-kommunen/indsatsomraader-og-politikker/omsorg-og-aeldre/nye-veje-til-sundhed-og-omsorg>

SUI0. Sund vækst - online sundhed og omsorg

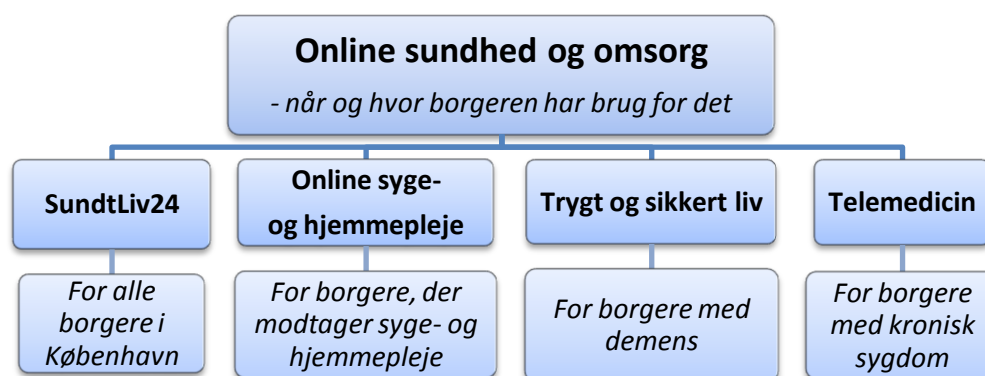
Baggrund

'Online sundhed og omsorg' er en ny måde, at sikre københavnernes nem og øget adgang til netop sundhed og omsorg, og er i tråd med borgerrepræsentations godkendelse af 2025 planen 'Nye veje til sundhed og omsorg'. Ved hjælp af teknologi kan flere borgere blive selvhjulpne og trygge - det frigør tid til de borgere, der har ekstra brug for hjælp direkte fra kommunens medarbejdere, og samtidig giver det mulighed for at nå nye målgrupper, som erhvervsaktive, borgere isoleret til deres hjem, børn og unge.

Slutmålet er en platform, hvor SUF-ydelser fra borgerrettet forebyggelse til rehabilitering kan leveres online, og hvor borgere kan vælge hvilken digital løsning (skærm, ipad, tv, mobil, sensor), der matcher deres behov for støtte til et sundt og trygt hverdagsliv. Udvikling og indkøb af de digitale løsninger sker ved tidlig inddragelse af virksomheder, borgere og fagprofessionelle, og i samarbejde med Copenhagen Healthtech Cluster (CHC). For at understøtte samarbejdet etableres i 2015 et testmiljø for Online Sundhed og Omsorg i Sund Vækst huset i De Gamles By. Her udvikles og demonstreres nyeste løsninger og koordineres med de lokale driftsenheder.

Indhold

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har tre konkrete forslag til investeringer indenfor online sundhed og omsorg, som fremgår af figuren nedenfor. Online sundhed og omsorg omfatter herudover indsatsen telemedicin til borgere med kronisk sygdom (hjerte, KOL og Type 2 diabetes), som der ikke søges midler til i nærværende budgetnotat. Der udarbejdes business case forud for alle indsatserne.



a) *SundtLiv24 – app og sundhedsstationer for alle borgere i København*

Adgangen til sundhed skal være bedre. Ifølge Regionens Sundhedsprofil 2013 ønsker mange københavnere at ændre livsstil - alene 32.600 københavnere med risikabel alkoholadfærd ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, men Københavns Kommune når kun ca. 250 af disse borgere årligt. Det kræver nye redskaber at nå flere borgere.

I 2015 udvikles og udrulles en app (SundLiv24), hvor borgerne har mulighed for at vurdere egen sundhed efter fagligt solide metoder, ved at indtaste nogle oplysninger om egen livsstil. Alt efter vurderingen af den enkelte borger, giver den anvendte app mulighed for direkte handling ved at præsentere en oversigt over relevante, forebyggende tilbud i både kommunalt og privat regi. Formålet er, at københavnere får mulighed for vejledning om sund livsstil og kan tage handling, når motivationen er der. Som en del af indsatsen vil der blive indgået partnerskab med frivillige organisationer, der har fokus på sundhed og forebyggelse, om synliggørelse af deres tilbud, mhp. brug af disse og muligheder for at understøtte rådgivning, f.eks. i form af en chat-funktion. Løsningen bygger videre på erfaringer fra app'en 'MinVej', som er udviklet af Socialforvaltningen.

I tråd med den kommunale strategi om at åbne for data vil oversigten over relevante forebyggende tilbud, i såvel kommunalt som privat regi, blive lagt åbent frem, så virksomheder kan bruge oplysningerne i egne "sundheds-apps".

I 2015 vil SundtLiv24 også afprøve "sundhedsstationer", som er en selvbetjeningsløsning, hvor borgere kan måle basale tegn på sundhedstilstand - vægt, blodtryk m.m.. På denne vis vil motiverede borgere også møde tilbuddene fra app'en i byrummet. Sundhedsstationerne skal medvirke til tidlig opsporing af risikoborgere og placeres rundt i byen, på eksisterende tilbud som biblioteker etc.

Der søges om driftsmidler på 0,75 mio. kr. i 2015, 0,45 mio. kr. i 2016, 0,35 mio. i 2017 og 2018 og anlægsmidler på 3 mio. kr. i 2015. Indsatsen er ikke et effektiviseringsforslag.

b) Online syge- og hjemmepleje

Online syge- og hjemmepleje er en udviklingsindsats, hvor sundheds- og omsorgsforvaltningen afprøver digital levering af syge- og hjemmeplejeydelser til ældre borgere - f.eks. medicinindtag, tryghedsopkald samt struktur og vejledning i hverdagen. Ydermere kan den digitale løsning supplere med kommunikation mellem hjemmepleje og borgere om aftaler om fysisk fremmøde hos borgeren - tid for ankomst, hvem der er dagens hjælper, om evt. afbud og forsinkelser. Indsatsen foregår via en skærm i borgers hjem med videoforbindelse og en skærm hos Online sundhed og omsorg, som leverer ydelser digitalt i tidsrummet 08-22 i forlængelse af eksisterende infrastruktur, fx beredskabet. Ambitionen er på sigt, at erstatte fysiske besøg med besøg via afstand, der hvor det er meningsfuldt. Erfaringer med online sundhed og omsorg fra andre kommuner (Aalborg, Odense, Århus og Viborg) viser, at borgerne oplever øget service i form af ydelser til tiden, hurtigere levering af ydelser, større kvalitet ydelsen, større uafhængighed og sikkerhed. De punktlige og hyppige besøg gør det nemmere for borgerne at bevare struktur og mestre hverdagen.

Der søges om driftsmidler på 2,86 mio. kr. i 2015, 2,81 mio. kr. i 2016 og anlægsmidler på 1,5 mio. kr. i 2015 og 0,4 mio. kr. i 2016 til indkøb af

digitalt udstyr til online syge- og hjemmepleje, netværk, drift og teknisk projektledelse, som skal understøtte udvikling og afprøvning af digitalt leveret sygepleje- og hjemmeplejeydelser. Potentialet for indsatsen vurderes at være 500 borgere. Der søges om budgetmidler i 2015 og 2016 med henblik på udarbejdelse af effektiviseringsforslag, der fra 2017 søges finansieret af investeringspuljen.

c) Trygt og sikkert liv for borgere med demens

Tilværelsen i eget hjem for personer med demens kan være forbundet med ringe sikkerhed (risiko for fald og ulykker) og med uopfyldte behov, f.eks. vedr. meningsfulde aktiviteter i hjemmet, støtteforanstaltninger og helbredsmæssige problemer. En forstærket indsats, der støtter tilværelsen i eget hjem, kan medvirke til at skabe struktur i hverdagen, sikkerhed og tryghed blandt demente borgere og deres pårørende.

Der er mange potentialer og teknologiske løsninger på markedet, og derfor foreslås et innovationsprojekt, hvor 10 borgere med demens afprøver forskellige digitale løsninger. Det kan eks. være en sensor, der registrer fald og er koblet til en online melding, eller det kan være påmindelsessystem, hvor den demente bliver mindet om indtag af væske, om lægetid, om at (genop)træne eller tage sin medicin. De teknologiske løsninger kobles til eksisterende hjemme- og sygepleje infrastruktur indenfor beredskab og skal ses som er et supplement til eksisterende ydelser i form af øget service til borgere med demens.

Der søges om 0,6 mio. kr. i 2015 og 0,5 mio. kr. i 2016 i anlæg. Indsatsen er ikke et effektiviseringsforslag.

Overordnede målsætninger og effekter

Online sundhed og omsorg spiller sammen med københavnermålene ved at skabe vækst og støtter mulighederne for flere gode leveår samt adgang til et sundt og aktivt liv.

Tabel 1: Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

(Del)aktivitet	Afledt effekt
<i>SundtLiv24 – webapplikation og sundhedsstationer</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sundhedstjek og direkte adgang til handling for 560.000 københavnere - 15.000 borgere årligt forventes at få adgang til tjek af sundhed og adgang til handling gennem sundhedsstationerne
<i>Online syge- og hjemmepleje</i>	<ul style="list-style-type: none"> - borgere i målgruppen får højere livskvalitet gennem digital levering af syge- og hjemmepleje ydelser - Efter 2015 kan udrulles til væsentlig flere borgere. Der er potentiale for 500 borgere.
<i>Trygt og sikkert liv for borgere med demens</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Større tryghed for 10 borgere med demens og deres pårørende - Efter testperiode kan indsatsen udrulles til flere borgere.

Økonomi

Tabel 2. Anlægsudgifter og evt. afledte serviceudgifter

(1.000 kr. – 2015 p/l)	2015	2016	2017	2018	I alt	*
Anlæg						
SundtLiv24:						
Web-applikation – appen SundtLiv24	1.000				1.000	*
25 sundhedsstationer	2.000				2.000	*
Online syge- og hjemmepleje:						
Indkøb af skærme og etablering af mobilt netværk	1.500	400			1.900	*
Trygt og sikkert liv for borgere med demens:						
Digitale løsninger, hvor fx en sensor, der registrer fald, kobles til online melding eller en skærm, hvor den demente ringes op	600	500			1.100	*
Anlægsudgifter i alt	5.100	900			6.000	
- heraf til KEjd	0	0			0	
Afledte serviceudgifter						
<i>SundtLiv24</i> Web-applikation – datahosting og vedligeholdelse af indhold og formidling	300	300	200	200	1.000	
<i>SundtLiv24</i> - vedligehold af sundhedsstationer	150	150	150	150	600	
<i>SundtLiv24</i> - Partnerskab med frivillige organisationer	300				300	
- Drift af online sundhed og omsorgs 8-22 service (4 faglige medarbejdere)	2.000	2.000			4.000	
Drift og teknisk projektledelse i Center for Sundhed og Omsorg af online sundhed og omsorg	600	600			1.200	
Online syge og hjemmepleje - træning af medarbejdere, rekruttering af borgere, vedligehold, op- og nedtagning, support mv.	260	210			470	
Afledte serviceudgifter i alt	3.610	3.260	350	350	7.570	

Tekniske oplysninger

Risikovurdering

Der kan være risiko forbundet med udvikling og test af prototyper på de digitale løsninger, hvilket kan påvirke tidsplanen. Derudover er der risiko forbundet med inklusion af borgere i projektet, hvilket ligeledes kan påvirke tidsplanen og business casen. Risikoen imødekommes ved at afsætte midler til rekruttering og træning af medarbejdere. Hertil kommer, at der afsættes midler til løbende service og vedligeholdelse af teknologi.

Tidligere afsatte midler

Tabel 4. Tidligere afsatte midler på området

<i>(1.000 kr., løbende p/l)</i>	2011	2012	2013	2014	2015
Budgetaftale 2011:					
- Telemedicin til kronisk syge	1.500				
Budgetaftale 2012:					
Telemedicinsk indsats		2.800	2.100	2.300	2.300
Budgetaftale 2013:					
Velfærdsteknologi i form af telemedicin til borgere med kronisk lungesygdom, hjerte problemer, sårbehandling og type 2 diabetes			2.000	6.800	5.000
Velfærdsteknologi i form af virtuel træning og flere digitale løsninger			1.600	1.800	1.200
Budgetaftale 2014:					
Telesundhed til nydiagnosticerede diabetikere				2.000	2.000
Afsatte midler i alt	1.500	2.800	5.700	12.900	10.500

Henvisninger

2025-plan "Nye veje til Sundhed og Omsorg – fire velfærdsteknologiske spor på vej mod 2025": <http://www.kk.dk/da/om-kommunen/indsatsomraader-og-politikker/omsorg-og-aeldre/nye-veje-til-sundhed-og-omsorg>

SUI I. Sund vækst - et skridt videre

Sundheds- og Omsorgsudvalget har temadrøftelse om sund vækst d. 19. juni 2014. Temadrøftelsen kan potentielt lede til et budgetønske.

SUI2. Træning i stedet for operation

Baggrund

Sundheds og Omsorgsudvalget har på en temadrøftelse om genoptræningsområdet 15.maj 2014 efterspurgt en business case på træning i stedet for operation. Forvaltningen har, pga. den korte tidsfrist, udarbejdet et forslag til pilotprojekt på træning i stedet for operation.

Indhold

Pilotafrøvning af et træningskoncept til yngre og ældre borgere med slidgigt smerter i knæ og hofter. Sundhedsstyrelsens retningslinjer fra 2012 konkluderer at borgere med slidgigt smerter i knæ, skal gennemgå et informations og træningsforløb inden der tages stilling til operation. Forskere ved AAU og SDU har udviklet et samlet tilbud, Godt Liv med Artrose (GLA:D), som vi ønsker at pilotafrøve i Københavns Kommune.

Pilotprojektet retter sig både mod den yngre erhvervsaktive og den ældre borger med slidgigt. Borgerne rekrutteres i Samarbejde med Jobcenter (BIF) og praktiserende læge.

Overordnede målsætninger og effekter

Pilotprojektet har som målsætning at:

- Fastholde den erhvervsaktive borger med knæsmerter og/eller hoftesmerter på arbejdsmarkedet
- Mindske antallet af sygedage for den erhvervsaktive
- Udsætte og eventuelt undgå operation med nyt knæ og/eller hofte for borgerne med knæsmerter og/eller hoftesmerter
- Forbedre borgernes funktionsniveau og mindske smerter og medicinforbrug.

Pilotprojektet designes til at kunne vise, om der er effekt af indsatsen (kontrolgruppedesign). Pilotprojektet gør brug af en velfærdsteknologisk løsning (DigiCorpus). Løsningen leveres af en Københavnsk teknologi virksomhed og er udviklet af forskere fra Københavns Universitet i samarbejde med Københavns Kommune. Pilotprojektet støtter dermed op om intentionerne i Københavnerfortællingen og SundVækst.

Tabel 1. Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

(Del)aktivitet	Afledt effekt
- Informations og træningsindsats for den erhvervsaktive borger	-mindre sygefravær og fastholdelse på arbejdsmarkedet.
- Informations og træningsindsats for den ældre borger	-Udskyde operation med kunstigt led og dermed undgå at det kunstige led skal udskiftes for anden gang - Helt undgå operation med kunstigt led.
-Have det fysiske aktivitetsniveau hos borgere med slidgigtsmerter	-bedre selvhjulpethed -mindre livsstils sygdomme på baggrund af inaktivitet
- Indkøb af velfærdsteknologi	-Beskæftigelseeffekt på 0,1 årsværk.

Økonomi

Udgiften til indkøb af digicorpus er 7.000 kr. stykket og de afledte driftsudgifter rummer udgifter til licenser, programopdateringer, support mv.

Pilotprojektet vil primært foregå i 2015 og størstedelen af driftsudgifterne falder derfor i denne periode.

Tabel til udgifter til service

Tabel 2. serviceudgifter

(1.000 kr. – 2015 p/l)	2015	2016	2017	2018	I alt
- Udgifter til terapeuttimer mv.	600	150			
Serviceudgifter i alt	600	150			750

Tabel til anlægsudgifter

Tabel 3. Anlægsudgifter og evt. afledte serviceudgifter

(1.000 kr. – 2015 p/l)	2015	2016	2017	2018	I alt	*
Anlæg:						
- Indkøb af DigiCorpus – 14 stk.	100					*
Anlægsudgifter i alt	100				100	
- heraf til KEjd	0					
Afledte serviceudgifter:						
- Drift af velfærdsteknologi	150	50			200	
Afledte serviceudgifter i alt	150	50			200	

Tekniske oplysninger

Risikovurdering

Projektet er et pilotprojekt hvor effekten af indsatsen skal vurderes. Den præcise størrelse af de afledte effekter kendes ikke ved projektstart. Projektet involverer jobcentre og praktiserende læge, som har en tradition for at henvise sygemeldte borgere med ryglidelser til udredning og træning i Københavns Kommune. Jobcentre og praktiserende læge har ikke før henvist borgere med slidgigt smerter. Det er dermed en ukendt faktor, som kan have indvirkning på tidsplanen og rekrutteringen af borgere

Tidligere afsatte midler

Der er ikke tidligere afsat midler til området.

SUI3. Kortere ventetid til genoptræning

Baggrund

En afkortning af den maksimale ventetid til genoptræning efter sygdom eller funktionstab vil bidrage positivt til, at borgerne kan opnå samme eller bedst mulig funktionsevne ift. tidligere.

Den nyeste evidens vedr. genoptræning af den ældre borger og borgere med blodprop (apopleksi) understøtter betydningen af afkortet ventetid på genoptræning ift. opnået funktionsevne: Klinisk forskningsenhed ved Hvidovre Hospital sammenfatter evidensen vedr. det optimale rehabiliteringsforløb for den ældre medicinske patient således ”Gennemgang af litteraturen peger på, at det vil være hensigtsmæssigt at starte målrettet rehabilitering, der omfatter styrke- og udholdenhedstræning under indlæggelse og fortsættelse af træningen efter udskrivelse til eget hjem under supervision af en fysioterapeut” (Petersen 2013) På samme måde argumenteres i et nyligt temanummer om rehabilitering i ugeskrift for læger for at accelereret patientforløb skal implementeres til det geriatriske område, da evidensen peger på at en tidlig rehabilitering er den optimale løsning. Der pågår i øjeblikket kontrollerede studier vedr. dette (Henriksen 2014).

To nyere studier vedr. borgere med en ”førstegangs blodprop i hjernen” peger på at rehabiliteringsindsatsen bør igangsættes tidligt og være intensiv. Borgerne, i de to studier, der fik en tidlig indsats opnåede et højere funktionsniveau sammenlignet med borgerne der fik et sent igangsat genoptræningsforløb (Salter 2006, Cumming 2011).

Indhold

Det foreslås, at afkorte den maksimale ventetid indenfor diagnosegrupperne ’den ældre medicinske patient’ (geriatri) og blodprop (apopleksi), så borgerne tilbydes at opstarte genoptræningsforløbet indenfor maksimalt 10 hverdage. Der peges på disse diagnosegrupper på grund af deres meget begrænsede evne til at selvtræne i overgangen fra hospital til kommune.

Forslaget indeholder afkortning af ventetid til genoptræning, for den ældre medicinske patient, indenfor både sundhedslov og servicelov, for at tilgodesse ligebehandlingsprincippet.

Tabel 1. Nuværende og nye forslag til ventetidsgaranti

	Nuværende ventetidsgaranti	Ny ventetidsgaranti (geriatri og apopleksi)
Sundhedslov - normal	Max. 15 hverdage	Max. 10 hverdage
Servicelov	Max. 24 hverdage	Max. 10 hverdage

Kortere ventetid til genoptræning forudsætter, at den ophobede pukkel nedbringes for at startudgangspunktet har en rimelig baseline.

Tilgangen af nye borgerforløb er ustabil henover året (jf. tabel 2) og indenfor sundhedsloven er der tillige øget aktivitet. Derfor skal der

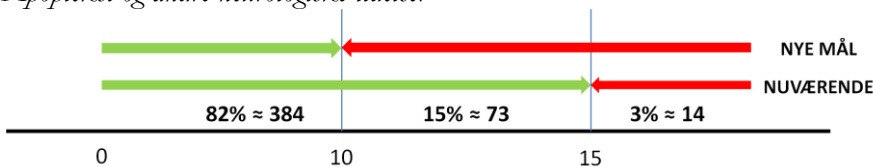
indregnes en øget beredskabskapacitet, for at kunne fastholde en generelt kortere ventetidsgaranti.

Beredskabskapaciteten er beregnet ud fra de 891 borgerforløb (- se røde pile nedenfor) som skal kunne håndteres stabilt med en ny ventetidsgaranti.

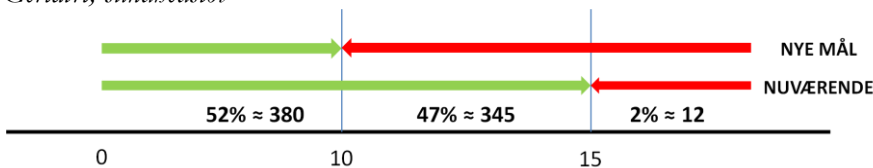
Den kortere ventetid vil udfordre den generelle problemstilling yderligere vedrørende kapacitetsstyring og sæsonudsving på genoptræningsområdet og der kan opstå perioder med ledig kapacitet på træningscentrene.

Nedenfor illustreres den kortere ventetid indenfor de tre grupper:

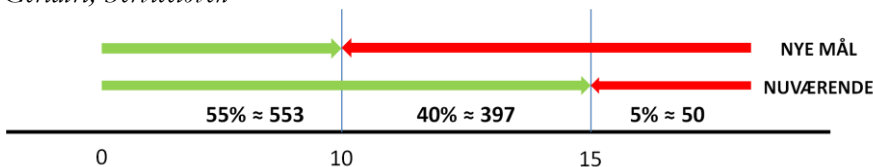
Apopleksi og andre neurologiske lidelser



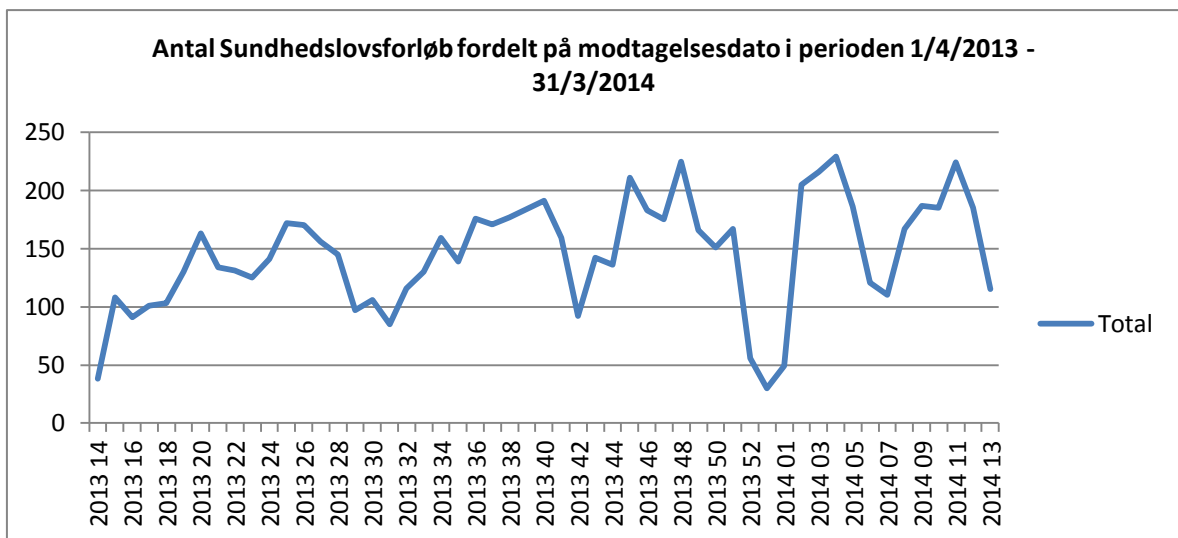
Geriatrici, sundhedslov



Geriatrici, Serviceloven



Tabel 2. Sæsonudsving i forløb



Overordnede målsætninger og effekter

Tabel 3: Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

(Del)aktivitet	Afledt effekt
- Indfæringsudfordring (nedbringelse af ventetiden)	- Ændret startbaseline
- Øget beredskab	- Kapacitet til opretholdelse af øget beredskab – 2,4 årsværk

Økonomi

Tabel til udgifter til service

Tabel 4. Serviceudgifter

(1.000 kr. – 2015 p/l)	2015	2016	2017	2018	I alt
<i>Apopleksi:</i>					
Nedbringelse af ventetid	100				100
Øget beredskab	117	117	117	117	468
<i>Geriatrici:</i>					
Nedbringelse af ventetid	200				200
Øget beredskab	1.086	1.086	1.086	1.086	4.344
Udgifter til service i alt	1.503	1.203	1.203	1.203	5.112

Midlerne ønskes varigt.

Tekniske oplysninger

Risikovurdering

Der vurderes ikke at være nogen risici for projektets økonomi og tidsplan.

Tidligere afsatte midler

Der er ikke tidligere afsat midler til nedbringelse af ventetid på genoptræningsforløb på træningscentre.

SUI4. Servicemåltal i 2015 til implementering af Fælles MedicinKort (FMK)

Baggrund

Udviklingen af den mobile FællesMedicinKort-løsning til kommunerne fra leverandøren KMD er forsinket. Derfor forventer forvaltningen først at kunne implementere FMK i foråret 2015. De afsatte midler i 2014 ønskes derfor overført til 2015 og i den forbindelse søges om servicemåltal til at afholde udgiften i 2015.

Indhold

Medicinhåndtering er en kerneydelse i hjemmeplejen og på plejecentre og midlertidige pladser. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har ansvaret for at dosere medicin til ca. 3.500 hjemmeboende borgere og ca. 3.700 borgere på plejecentre og midlertidige pladser. Mange af disse borgere får meget medicin, og medicineringen ændres ofte.

For at sikre øget patientsikkerhed har regeringen indgået aftale med Danske Regioner og KL om anvendelse af det Fælles Medicinkort. Når løsningen er fuldt implementeret, vil alle borgere have et personligt, elektronisk medicinkort, der afspejler deres aktuelle medicinering. Helt konkret er FMK en fælles centraldatabase med medicinoplysninger. Det indeholder et samlet overblik over hver enkelt borgers aktuelle medicinering ifølge den læge, der sidst har set borgeren.

Ifølge aftale mellem regeringen og KL skal FMK i kommunerne implementeres senest medio 2015. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen havde oprindeligt planlagt at implementere FMK i 2014, men leverandøren (KMD) har meddelt, at udviklingen af den mobile FMK-løsning til kommunerne er forsinket. Derfor forventer forvaltningen at implementere FMK i foråret 2015.

FMK skal bidrage til, at borgere i Danmark får en rigtig og sikker behandling med lægemidler. Etableringen af FMK gør således op med de problemer, der kommer af, at informationer om borgernes medicinering ligger spredt på forskellige it-systemer. Idet det er vanskeligt at få et korrekt og samlet billede af, hvilken medicin der er aktuel for den enkelte borger, bliver der brugt mange ressourcer på at kontakte hinanden for at få de nødvendige oplysninger. Manglende oplysninger kan resultere i fejlmedicinering.

Med FMK vil relevant sundhedspersonale få adgang til – fra deres eget it-system – at se den medicin, som borgeren aktuelt er i behandling med og vil blandt andet kunne kommunikere nemt og sikkert om receptfornyelser o.lign.

Økonomi

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har indenfor egen ramme i budget 2014 prioriteret midler til uddannelse af medarbejdere i anvendelsen af FMK og indkøb af it-løsningen.

Der er i 2014 afsat 9,628 mio. kr. til uddannelse og 1,816 mio. kr. til indkøb af it-løsning, som forvaltningen vil søge overført til 2015 på grund af den forsinkede mobile it-løsning fra KMD til kommunerne. Hertil kommer 0,2 mio. kr. til digitale signaturer.

I den forbindelse er der brug for at afsætte servicemåltal i 2015 til afholdelse af de overnævnte udgifter.

En effektivisering som følge af det Fælles MedicinKort er indarbejdet med Moderniseringsaftale 2013, og denne har effekt fra 2014 og frem på Sundheds- og Omsorgsudvalgets rammer.

Tabel til udgifter til service

Table 1. Service (Servicemåltal)

<i>(1.000 kr. – 2015 p/l)</i>	2014	2015	2016	2017	2018	I alt
- Reservation af servicemåltal		11.600				
Servicemåltal i alt		11.600				

Tekniske oplysninger

Risikovurdering

Der vurderes ikke at være risici i forslaget økonomi og tidsplan.

Tidligere afsatte midler

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har prioriteret midler til implementering af FMK indenfor egen ramme i budget 2014.

Psyisk sundhed og misbrug

BUDGETNOTAT

SUI5. Stressklinik i forebyggelsescentrene

Baggrund

Københavnerne skal have støtte til at forbedre deres psykiske sundhed i nye stressklinikker i forebyggelsescentrene. I stressklinikkerne skal københavnernes få støtte til at overkomme psykiske barrierer ved livsstilsændringer og bedre hverdagsmestring i forbindelse med stress og psykisk sårbarhed.

Samlet set vil etablering af stressklinikker og et styrket fokus på københavnernes psykiske sundhed betyde en større ligestilling mellem fysisk og psykisk sundhed i kommunens forebyggelsescentre. Ligestillingen har til formål at forebygge langvarige psykiske sygdomme, øge livskvaliteten blandt københavnernes med lettere psykiske problemer samt forebygge somatiske sygdomme blandt psykisk sårbare borgere.

Indhold

Stressklinikkerne skal sætte fokus på tre målgrupper:

- 1) Sårbare københavnere tilbydes støtte til at overkomme psykiske barrierer og modstand, når de vil ændre på deres sundhedsvaner, så flere gennemfører forløb omkring kost, rygning, alkohol og motion i forebyggelsescentrene og flere får succes med at fastholde sunde vaner på lang sigt.
- 2) Københavnerne, der oplever psykiske symptomer på pga. hjertesygdom, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) eller svær overvægt, tilbydes undervisning og støtte til at overkomme og leve med de psykiske følgevirkninger.
- 3) Forebyggelsescentrene åbner op for, at praktiserende læger kan henvise københavnere med stress og stressrelaterede problemer til forebyggelsescentrenes sundhedsforløb.

Stress og forandring af sundhedsvaner

Sundhedsprofilen 2013 for Regionhovedstaden viser, at 23 % af københavnernes oplever at have et højt stressniveau.

Social ulighed i sundhed og stress hænger tæt sammen. Når mennesker befinder sig under stressende livsomstændigheder som fx arbejdsløshed og dårligt helbred, er der mindre overskud til at passe på sig selv og egen sundhed. Derfor ses også størst forekomst af livsstilssygdomme, rygning, inaktivitet og usund kost blandt de grupper, der oplever højt stressniveau. Samme målgrupper har størst risiko for at falde fra forløbene i forebyggelsescentrene. Data fra forebyggelsescentrene viser, at 40-50% af borgerne i rehabiliteringsforløb for KOL eller type-2-

diabetes ikke gennemfører forløbet, og at det er de mest sårbare, der falder fra. Derfor skal forebyggelsescentrenes tilbud udvikles, så københavnernes tilbydes støtte til at forbedre deres psykiske sundhed og handlekompetencer i forhold til at forandre og fastholde sunde vaner.

Psykiske problemer som følge af helbredssituationen

Mange af forebyggelsescentrenes målgrupper oplever psykiske problemer. Eksempelvis er social angst, depressioner og spiseforstyrrelser hyppigt forekommende blandt mennesker med svær overvægt, og borgere med kroniske sygdomme har 2-3 gange så stor risiko for at opleve depression eller dødsangst som følge af deres sygdomme. Forebyggelsescentrene vil etablere stressklinikker og tilbyde helbredsspecifik undervisning om psykisk sundhed og sygdom, så borgerne får hjælp til at tackle deres psykiske problemer.

Bedre fysisk sundhed for borgere med lettere psykiske lidelser

20 % af danskerne har indenfor et år haft symptomer på en eller flere psykiske sygdomme. Der ses særligt en stigning i forekomsten af stress, angst og depression, og opgørelser viser, at 1 ud af 10 voksne danskere får antidepressiv medicin. Mange mennesker med lettere psykiske problemer har brug for støtte i forhold til at få forbedret deres psykiske og fysiske sundhed. Forebyggelsescentrene vil derfor åbne op for, at de praktiserende læger kan henvise københavnere med stress og lettere psykiske problemer til forebyggelsescentrenes sundhedsforløb. Det vil medvirke til at styrke livskvaliteten og forebygge somatiske sygdomme blandt psykisk sårbare.

Stressklinikkerne vil have følgende tilbud:

1. Basisforløb i psykisk sundhed: Borgere i længerevarende forløb i forebyggelsescentrene tilbydes et basisforløb, hvor de kan få større indsigt i egne mønstre og opnå større handlekraft. Kurset baseres på metoden ACT (Acceptance and Commitment Therapy). ACT er en ny videnskabelig baseret form for psykoterapi, som har vist sig effektiv over for en lang række psykologiske problematikker, som livsstilsændringer, lavt selvværd og stress.
2. Helbredsspecifik undervisning: De eksisterende forløb udvides med helbredsspecifik undervisning om psykiske følgevirkninger ved fx kronisk sygdom, svær overvægt og funktionelle lidelser. Pårørende vil også blive involveret i denne indsats.
3. Kursus omkring stress og psykisk sårbarhed: Borgere med stress og stressrelaterede symptomer tilbydes et kursus med fokus på håndtering af symptomer, mestring i hverdagen, støtte fra netværk, navigation i sundhedsvæsenet og forebyggelse af tilbagefald.
4. Udvidelse af forebyggelsescentrenes målgruppe med 150 personer med lettere psykiske lidelser pr. år. Borgerne tilbydes 'Motion- og Kost i Dit Forebyggelsescenter', basisforløb og deltagelse i kursus om stress og psykisk sårbarhed.

Da denne indsats er en nytænkning af metoder på forebyggelsesområdet, afsættes midler til kompetenceudvikling af ledere og medarbejdere. Der

gøres status over indsatsen i 1 halvår 2016 med henblik på at foretage relevante justeringer.

Indsatsen supplerer budgetønsket 'Mental sundhed og robusthed på Københavns Kommunes arbejdspladser', idet psykisk sårbare medarbejdere fra kommunens arbejdspladser kan henvises til forløb omkring fysisk og psykisk sundhed i forebyggelsescentrene.

Overordnede målsætninger og effekter

Denne indsats understøtter målene om vækst, sundhed og livskvalitet i Københavnerfortællingen. Ved at styrke københavnernes fysiske og psykiske sundhed øges mulighederne for at mindske den sociale ulighed i sundhed samt skabe social mobilitet og aktivt medborgerskab.

Tabel 1. Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

(Del)aktivitet	Afledt effekt
- 1.200 borgere deltager i basisforløb i psykisk sundhed	- Flere sårbare borgere fastholdes i forløb i forebyggelsescentrene og opnår langvarige livsstilsændringer.
- 1.800 timers helbreds-specifik undervisning	- Borgere oplever at få støtte i forhold til psykiske følgevirkninger ved kronisk sygdom, svær overvægt eller andre stressende livssituationer med øget livskvalitet til følge.
- 300 borgere deltager i kursus om stress og psykisk sårbarhed	- Borgere med stress og psykisk sårbarhed oplever, at deres mestringsevne og livskvalitet øges.
- 150 borgere med stress og stressrelaterede symptomer henvises fra praktiserende læge til sundhedsforløb i forebyggelsescentrene	- Borgere med lettere psykiske problemer får styrket deres fysiske og psykiske sundhed med øget handlekompetence og livskvalitet til følge.

Økonomi

Tabel til udgifter til service

Tabel 2. Serviceudgifter

(1.000 kr. – 2015 p/l)	2015	2016	2017	2018	I alt
Basisforløb i psykisk sundhed	1.800	1.800	1.800	1.800	7.200
Helbreds-specifik undervisning	1.300	1.300	1.300	1.300	5.200
Kursus 'Lær at tackle angst og depression'	1.000	1.000	1.000	1.000	4.000
Udvidelse af målgruppen	1.500	1.500	1.500	1.500	6.000
Kompetenceudvikling og supervision	300	200	200	200	900
Udgifter til service i alt	5.900	5.800	5.800	5.800	23.300

Midlerne ønskes varigt.

Tekniske oplysninger

Risikovurdering

Der vurderes ikke at være risici for projektets økonomi og tidsplan.

Tidligere afsatte midler

Tabel 3. Tidligere afsatte midler på området

<i>(1.000 kr., løbende p/l)</i>	2011	2012	2013	2014	2015
Budgetaftale 2013:					
Indsats for mental sundhed			700	500	500
Afsatte midler i alt			700	500	500

I budgetaftale 2013 blev der bevilget 0,7 mio. kr. til indsatsen, og fra 2014 og frem er der givet en varig bevilling på 0,5 mio. kr. årligt til at implementere psykisk sundhed på alle forebyggelsescentrene. Dette beløb giver mulighed for at afprøve nye metoder i lille skala i 2014, men der er brug for tilførsel af flere midler, hvis psykisk sundhed skal være en integreret del af indsatserne og kompetencerne i forebyggelsescentrene.

SUI 6. Sundhed for flere københavnere med sindslidelser

Baggrund

Mænd og kvinder med alvorlige psykiske lidelser dør hhv. 20 og 15 år tidligere end psykisk raske personer. En del af forklaringen er, at personer med sindslidelse generelt har en usundere livsstil end den øvrige befolkning, men de ønsker i lige så høj grad som andre, at holde op med at ryge, spise mere sundt og være mere fysisk aktive.

Københavnere med sindslidelser er siden medio 2013 blevet tilbudt et forløb på et forebyggelsescenter til hjælp til livsstilsændringer i to områder af byen. Indsatsen blev igangsat da en ny rapport fra Vidensråd for Forebyggelse² konkluderede, at det med den rette intervention er muligt for personer med psykisk sygdom at ændre deres livsstil, og at de i høj grad selv ønsker denne forandring. Der er endvidere stærk evidens for, at superviserede træningsprogrammer til ikke-indlagte personer med depression vil forbedre deres kondital og muskelstyrke og der er moderat evidens for, at det med livsstilsinterventioner er muligt at opnå vægttab eller forebygge vægtøgning. De første erfaringer fra København viser, at ca. halvdelen af deltagerne opnår en forbedring af både deres fysiske og mentale helbred målt på SF12 skalaen³.

Indhold

Udvidelse af 'Sundhed for dig' - livsstilsændringsforløb for københavnere med sindslidelser

Københavnere med sindslidelser, fra alle dele af byen, skal tilbydes et gruppebaseret livsstilsændringsforløb i et forebyggelsescenter. 'Sundhed for dig' vil indeholde individuelle samtaler, træning, kostvejledning samt madlavning og cafemøder med emner, som er aktuelle for borgerne. Forløbet skal gøre deltagerne bedre i stand til at tage vare på egen sundhed og til selv at klare flere ting, og skal dermed give deltagerne en bedre livskvalitet. For at fastholde de opnåede resultater af forløbet, vil deltagerne også blive introduceret til sociale aktiviteter i nabolaget. Der introduceres bl.a. til idrætsforeningen 'Kæmperne', til aktivitets- og samværstilbud, som har fokus på sundhedsfremme, og der støttes op om fortsættelse af grupperne, der hvor det er muligt.

Målgruppen for 'Sundhed for dig' er mere konkret borgere med sindslidelser, som modtager hjemmevejledning (SEL § 85) og kan suppleres med borgere i § 107⁴-bofællesskab, når det vurderes, at borgerne kan profitere af et forløb og deltage i en gruppe. Rekruttering af deltagere vil ske via hjemmevejledernes samtaler med borgerne, og ved invitation til informationsmøder i forebyggelsescentrene.

² Rapport fra Vidensråd for Forebyggelse: Psykisk sygdom og ændringer i livsstil <http://www.vidensraad.dk/content/psykisk-sygdom>

³ SF 12 spørgeskema om helbredstilstand

⁴ § 107: Midlertidigt ophold i boformer for personer som pga. betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for det.

Hjemmevejlederne vil også tage del i at motivere og støtte borgerne undervejs i deres forløb og vil hjælpe borgerne med at fastholde deres nye livsstil. Der vil i det hele taget være stort fokus på at fastholde deltagerne i forløbet fx gennem brobygning til aktiviteter i civilsamfundet, afhjælpe forhindringer og etablere forskellige løsninger, som kan tilgodese den enkeltes behov.

Der udvides fra ca. 100 livsstilsændringsforløb i 2014 til 150 forløb i 2015 og til 200 forløb i de efterfølgende år. Et forløb vil vare 16 uger med to ugentlige mødegange. Der er i 2014 kørt tre hold på to forebyggelsescentre (svarende til seks hold). I 2015 vil Forebyggelsescenter Amager og Nørrebro hver have to hold, og de resterende forebyggelsescentre et hold. Fra 2016 vil alle centre have to hold årligt.

Målgruppen er ny for forebyggelsescentrene og evalueringen af den hidtidige indsats peger på, at personalet på forebyggelsescentrene har brug for månedlig gruppesupervision for at håndtere målgruppen bedst muligt. Herudover er der behov for kompetenceudvikling af forebyggelsescentrenes personale i forhold til forståelse for reaktionsmønstre og gruppens udfordringer. Hjemmevejlederne har brug for kompetencer i en bredere sundhedsforståelse, som kombineres med den socialfaglige tilgang. Kompetenceudviklingen vil bestå af to temadage årligt for begge personalegrupper samt en udviklingsdag årligt for de to personalegrupper for sig.

Overordnede målsætninger og effekter

Tabel 1. Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

(Del)aktivitet	Afledt effekt
- Etablering af 'Sundhed for Dig' på Forebyggelsescentre Vesterbro, Vanløse og Østerbro	- Antallet af borgere med sindslidelse, der kan tilbydes et livsstilsændringsforløb i København vil stige fra 100 borgere i 2014 til 200 borgere fra 2016 og frem. Ca. 50 % af borgerne vil opleve bedre mentalt og fysisk helbred.
- Fastholdelse af livsstilsændringer og brobygning til civilsamfundet	- Tilsvarende ovenfor vil ca. 50 % af deltagerne (svarende til 100 borgere i 2016) fastholde livsstilsændringer på sigt gennem aktiv støtte og brobygning til civilsamfundet.
- Supervision og kompetenceudvikling til personalet	- Personalet bliver i stand til at håndtere borgernes problemstillinger og det sikres at indsatsen fortsat håndteres med høj faglig kvalitet.

Økonomi

Tabel til udgifter til service

Tabel 2. Serviceudgifter

(1.000 kr. – 2015 p/l)	2015	2016	2017	2018	I alt
Udvidelse til alle lokalområder – forløb i alle forebyggelsescentre	500	800	800	800	2.900
Brobygning og fastholdelse	500	675	675	675	2.525
Supervision og kompetenceudvikling	100	125	125	125	475
Udgifter til service i alt	1.100	1.600	1.600	1.600	5.900

Midlerne søges varigt.

Tekniske oplysninger

Risikovurdering

Der vurderes ikke at være risici for projektets økonomi og tidsplan.

Flere forvaltninger/udvalg

Tabel 3. Fordeling mellem udvalg på styringsområde

Forvaltning/ (1.000 kr. - 2015 p/l)	Styrings-område	2015	2016	2017	2018	I alt
SUF	Service	600	925	925	925	3.375
SOF	Service	500	675	675	675	2.525
I alt		1.100	1.600	1.600	1.600	5.900

Tidligere afsatte midler

Tabel 4. Tidligere afsatte midler på området

(1.000 kr., løbende p/l)	2011	2012	2013	2014	2015
Budgetaftale 2013:					
- Forløb i forebyggelsescentre for sindslidende borgere			1.400	1.400	1.400
Afsatte midler i alt			1.400	1.400	1.400

Af de varigt bevilgede 1,4 mio. kr. er 0,675 mio. kr. overført til SOF's koordinatorfunktion i tilbuddet.

Henvisninger

Rapport fra Vidensråd for Forebyggelse: Psykisk sygdom og ændringer i livsstil <http://www.vidensraad.dk/content/psykisk-sygdom>

SUI7. Styrket psykisk sundhed som vej til job

Baggrund

På landsplan er psykiske problemer årsag til ca. halvdelen af alle langtidssygemeldinger og førtidspensioner. Af Folkesundhedsrapporten 2014 fremgår det, at 25 pct. af kontanthjælpsmodtagerne, 19 pct. af sygedagpengemodtagerne og 39 pct. af førtidspensionisterne i København i 2011 var indlagt eller havde fået recept på lægemidler pga. en psykisk sygdom. Den tilsvarende andel blandt københavnere i beskæftigelse var 5 pct. Mennesker med dårligt psykisk helbred har med andre ord en betydelig overrisiko for at blive og forblive arbejdsløse, ligesom arbejdsløshed kan resultere i stress, som giver både psykiske og somatiske helbredsproblemer.

Der er ikke tilstrækkelig hjælp til kontanthjælpsmodtagere og sygedagpengemodtagere med symptomer på stress, angst og depression i behandlingssystemet eller i kommunen. Det betyder, at disse borgere er i stor risiko for at glide længere væk fra arbejdsmarkedet. I sammenhæng med de nye reformer på beskæftigelsesområdet, der har skærpet krav til tværfaglig indsats foreslås derfor etablering af et tværfagligt samarbejde mellem BIF, SUF, SOF og Psykiatrifonden.

Indhold

Som et led i forebyggelsescentrenes stressklinikker foreslås det, at ledige med symptomer på stress, angst og depression tilbydes 8-21 ugers erhvervsrettet sundhedsforløb. Formålet er, at borgerne forbedrer deres fysiske og psykiske sundhed og får målrettet hjælp til at vende tilbage til arbejdsmarkedet eller uddannelse. Forløbene skal være fleksible i forhold til borgernes behov og tidligere erhvervs erfaring og udbydes i samarbejde med Psykiatrifonden, der har stor erfaring med denne målgruppe. Borgerne henvises til forløbene af jobcentrene, som en del af deres beskæftigelsesindsats. Jobcentrene har under sundhedsforløbet regelmæssige lovbundne opfølgningssamtaler med borgerne. I forbindelse med disse følger jobcentrene op på indsatsen, samt hvilken effekt den har haft for borgeren. Som afslutning på sundhedsforløbet sender forebyggelsescenteret en status til jobcenteret, som vil blive benyttet i borgerens fremadrettede indsats. Indsatsen forventes at nå ud til 200 ledige pr. år.

De erhvervsrettede sundhedsforløb vil bestå af tre dele, som kan kombineres fleksibelt. Det er derfor ikke alle deltagere, der får alle delelementer:

- 8 ugers fysisk og psykisk sundhedsforløb i forebyggelsescentrenes stressklinik. Forløbene består af individuelle samtaler, gruppeforløb baseret på metoden ACT (Acceptance and Commitment Therapy), fysisk træning samt kost- og motionsvejledning. Formålet er at mindske symptomer og at styrke deltagernes fysiske og psykiske sundhed og handlekompetence.
- 4-13 ugers erhvervs- eller uddannelsesrettet sundhedsforløb hos Psykiatrifonden. Forløbet indeholder erhvervs- og uddannelsesrettet

rådgivning med udgangspunkt i individuelle sygdomssymptomer, erhvervspsykologisk/uddannelsespsykologisk undervisning samt skræddersyede praktikforløb. Formålet er, at borgerne, med udgangspunkt i deres sårbarhed, får individuel vejledning og støtte til at vende tilbage til arbejdsmarked eller uddannelse. Psykiatrifonden har stor erfaring med målgruppen og et bredt netværk ind i erhvervslivet, som vil understøtte indsatsen.

- Udslusning og fastholdelse af nye vaner: SOF og SUF samarbejder om at videreudvikle app'en 'MinVej', så den kan understøtte deltagerne i at fastholde nye sunde vaner gennem opstilling af mål og handling på symptomer samt støtte fra netværk. Brug af app'en understøttes af workshops og netværksgrupper med ligesindede. Tidligere deltagere ansættes som brugerkonsulenter til at kvalificere og forankre workshops og netværksgrupper.

Som et understøttende led i indsatsen får relevante ledere og medarbejdere i jobcentre og forebyggelsescentre også et kompetenceløft ift. psykisk sårbarhed, psykisk sygdom og lovgivningen på beskæftigelsesområdet.

Indsatsen er en pionerindsats. Der vil derfor være behov for at gøre status over indsatsen i 1. halvår 2016 med henblik på at foretage relevante justeringer.

Overordnede målsætninger og effekter

Målsætningerne med at tilbyde borgere med lettere psykiske lidelser forløb i forebyggelsescentrene og hos Psykiatrifonden fremgår af tabel 1. Dette understøtter målene om vækst, sundhed og livskvalitet i Københavnerfortællingen.

Tabel 1: Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

(Del)aktivitet	Afledt effekt
200 ledige med stress, angst eller depression deltager i 8 ugers fysisk og psykisk sundhedsforløb i forebyggelsescentrene.	<ul style="list-style-type: none"> - 80 % af deltagerne opnår bedre fysisk og psykisk sundhed efter deltagelse i forløbet. - Københavnerne med stress, angst og depression opnår øget sygdomsindsigt, styrket hverdagsmestring samt bedre livskvalitet. - Flere borgere med stress, angst og depression kommer tilbage på arbejde.
60 ledige med stress, angst eller depression deltager i 4 ugers erhvervsrettet forløb i Psykiatrifonden.	<ul style="list-style-type: none"> - 80 % af deltagerne oplever, at de er bedre rustet til at komme i arbejde eller i uddannelse efter deltagelse i forløbet - Flere borgere med stress, angst og depression bliver klar til aktivering, praktik eller uddannelse.
40 ledige med stress, angst eller depression deltager i 13 ugers erhvervsrettet forløb i Psykiatrifonden inkl. erhvervspraktik	<ul style="list-style-type: none"> - 80 % af deltagerne oplever, at de er bedre rustet til at komme i arbejde eller i uddannelse efter deltagelse i forløbet.
80 ledige med stress, angst og depression deltager i workshops omkring App'en 'MinVej'.	<ul style="list-style-type: none"> - 80 % af deltagerne oplever, at app'en understøtter dem i at fastholde deres nye vaner.
80 medarbejdere og ledere får 2 dages kompetenceudvikling årligt. Psykologerne og terapeuterne, der skal varetage gruppeforløbene og individuel rådgivning i forebyggelsescentrene, får løbende	<ul style="list-style-type: none"> - Medarbejdere og ledere føler sig rustet til at rådgive og støtte psykisk sårbare borgere og sikre høj kvalitet i opgaveløsningen.

supervision.

Økonomi

Tabel til udgifter til service

Tabel 2. Serviceudgifter

(1.000 kr. – 2015 p/l)	2015	2016	2017	2018	I alt
- Fysisk og psykisk sundhedsforløb i forebyggelsescentrene	3.300	3.300	3.300	3.300	13.200
- Erhvervsrettet sundhedsforløb i Psykiatrifonden	2.200	2.200	2.200	2.200	8.800
- Kompetenceudvikling i BIF og SUF og supervision	200	150	150	150	650
- App'en 'MinVej' og tilhørende workshops, netværksgrupper og brugerkonsulenter	900	800	800	800	3.300
Udgifter til service i alt	6.600	6.450	6.450	6.450	25.950

Midlerne ønskes varigt.

Tekniske oplysninger

Risikovurdering

Der vurderes ikke at være risici for projektets økonomi og tidsplan, men det er vigtigt at være opmærksom på henvisning af borgere fra målgruppen og koordinering på tværs af forvaltningerne.

Flere forvaltninger/udvalg

Tabel 3. Fordeling mellem udvalg på styringsområde

Forvaltning/ (1.000 kr. - 2015 p/l)	Styrings-område	2015	2016	2017	2018	I alt
SUF	Service	6.600	6.450	6.450	6.450	25.950
I alt	Service	6.600	6.450	6.450	6.450	25.950

Tidligere afsatte midler

Der er tidligere afsat midler til sundhedsforløb for borgere med svære psykiske problemer jf. budget 2013, men sundhedsforløbene i dette budgetønske er rettet mod styrket psykisk sundhed for borgere med lettere psykiske lidelser.

SUI 8. Hjælp til psykisk sårbare unge og unge med misbrug på erhvervsskoler og ungdomsuddannelser

Baggrund

I dag gennemfører kun ca. 80 procent af de 24-årige i København en ungdomsuddannelse, mens målsætningen for en ungdomsårgang er 95 procent. Udfordringen er særlig stor på de københavnske erhvervsskoler hvor lidt over halvdelen af eleverne falder fra, og tendensen er stigende.

Væsentlige faktorer i forhold til frafald på erhvervsuddannelserne er en kombination af et stort forbrug af rusmidler, psykiske problemer og mistrivsel. Det er nyt, at Københavns Kommune tænker hjælp til både misbrug samt psykiske og sociale udfordringer sammen i én og samme indsats. Disse elementer er tæt forbundet. Psykiske problemer er ofte årsag til misbrug, og derfor er det afgørende at have fokus på både misbruget og de sociale og psykiske udfordringer, der ligger bag.

Indhold

Med en ny samlet indsats, rettet mod de københavnske erhvervsskoler, produktionsskoler og ungdomsskolen, skal sårbare elever, der er udfordret af et for højt forbrug af alkohol eller hash, eller lider af psykiske problemer som lavt selvværd, ensomhed, angst og depression, have støtte til at gennemføre deres uddannelse og komme ud af et eventuelt misbrug.

En uddannelse giver de unge et solidt ståsted for at komme godt videre i deres liv og bidrager til, på sigt, at øge den sociale mobilitet og mindske den sociale ulighed i sundhed i København. Forebyggelse af misbrug og fastholdelse i uddannelse bidrager også til københavnermålene om øget beskæftigelse og vækst. Erfaringer viser, at der er et behov for indsatser i de unges nærmiljø, og der er opnået gode resultater med undervisning, rådgivningsforløb og støtte ude lokalt på ungdomsuddannelserne.

a) Indsats på ungdoms- og erhvervsuddannelser

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Socialforvaltningen foreslår, at der afsættes en varig bevilling til ansættelse af fire psykologer (i regi af forebyggelsescentrene i SUF) og fire rusmiddelrådgivere (i regi af U-Turn i SOF⁵). De skal understøtte uddannelsesinstitutionerne i at udvikle trivsels- og rusmiddelpolitikker og kompetenceudvikle nøglemedarbejdere til at få øje på elever med misbrugs- og trivselsproblemer, så de kan handle herpå. I samarbejde med eksempelvis Psykiatrifonden og Headspace undervises eleverne og lærerne om psykisk sundhed og rusmidler, og kommunens psykologer og rusmiddelrådgivere vil tilbyde eleverne gruppebaseret og individuel rådgivning i forhold til psykisk sundhed og rusmiddelproblematikker.

⁵ U-Turn under Center for unge og misbrug i Socialforvaltningen har en åben anonym rådgivning for alle københavnske unge under 25 år og tilbyder behandling af unge både under og over 18 år.

Derudover foreslås at ansætte en socialrådgiver (i regi af SOF), som kan rådgive de unge i sociale og økonomiske problemstillinger.

Der er allerede ansat fem psykologer⁶ i kommunens forebyggelsescentre, som har samtaleforløb på Københavns fire produktionsskoler med unge, der mistrives og er i risiko for at droppe ud af deres uddannelse, og U-turn er i gang med at etablere fremskudt misbrugsbehandling på erhvervsskoler til elever med misbrug. Disse indsatser vil blive integreret i de foreslåede initiativer, og med dette budgetønske vil man kunne dække en større del af behovet.

Indsatsen på skolerne foreslås som et partnerskab mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Socialforvaltningen, to erhvervsskoler, de fire produktionsskoler i København samt ungdomsskolens heltidsundervisning i København. De erhvervsskoler, der har højest frafald vil blive prioriteret først. Skolerne skal forpligte sig til at indgå i partnerskabet, og det skal afdækkes nærmere, hvilke af de fem erhvervsskoler, der har størst behov. Der kan også være behov for, at indsatsen tager hånd om eleverne, når de er i praktik.

Det forventes at med de nye budgetmidler, vil yderligere 1.500 elever årligt fordelt på produktionsskoler, erhvervsskoler og ungdomsskole kunne få hjælp i form af undervisning, gruppeforløb eller individuel rådgivning alt efter behov.

Der søges servicemidler på 5,35 mio. kr. årligt som varig bevilling, alternativt i 2015 til og med 2018. Finansieringsbehovet i 2015 og 2016 vil være lidt mindre pga. satspuljemidler, jf. økonomafrsnittet.

b) Indsats på Center for Kompetence og Brobygning (CKB)

Nogle unge har brug for en indsats allerede forud for påbegyndelse af en ungdomsuddannelse, og i forbindelse med Kontanthjælpsreformen forventer Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen at møde en større gruppe af disse sårbare unge.

Som led i kommunens BIF, SUF, SOF-strategi har U-Turn sammen med CKB (i BIF) tilbudt hashgrupper til unge på CKB indtil ultimo 2014. BIF ønsker at videreføre de gode erfaringer, da projektet har vist, at mange af de unge havde behov for indsatsen og forbedrede deres tilknytning og forankring i uddannelse og arbejde.

CKB har allerede fokus på psykisk sårbare unge og tilbyder de unge psykologhjælp. På CKB vil indsatsen bestå af hashgrupper samt individuel rådgivning til centrets unge mellem 18-30 år. Indsatsen købes af rusmiddelrådgivere fra U-Turn og tilrettelægges og gennemføres sammen med faste medarbejdere i CKB. Indsatsen skal støtte unge, der er på uddannelseshjælp⁷ til at komme ud af et misbrug og psykisk

⁶ Psykologerne er ansat på deltid.

⁷ Kontanthjælp er afskaffet og erstattet af uddannelseshjælp til alle unge under 30 år uden uddannelse. Uddannelseshjælpen er på niveau med SU. Der er

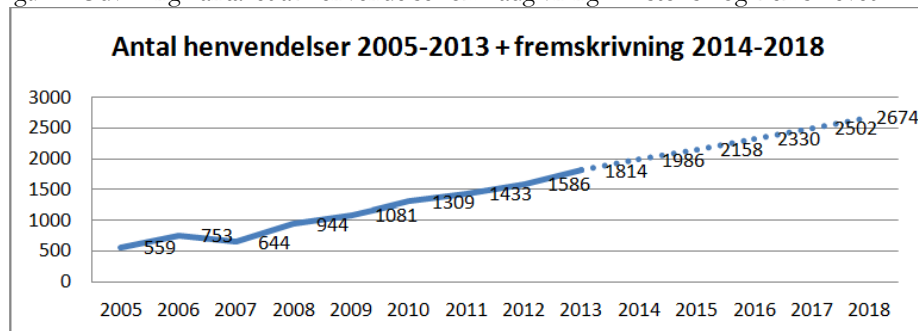
mistrivsel og dermed videre i uddannelse. Flere af de unge tilknyttet CKB vil sidenhen starte på enten en erhvervsskole, produktionsskole eller en ungdomsskole, og på den måde vil man med denne indsats forebygge et misbrug, inden de unge starter på skolerne. Der vil også være fokus på at kompetenceudvikle medarbejderne på CKB, så de bedre kan få øje på elever med misbrug.

Der søges indsatsmidler på 3,0 mio. kr. årligt som varig bevilling, alternativt i 2015 til og med 2018.

c) *Indsats i Center for Unge og Misbrug – U-Turn*

U-Turn er det misbrugfaglige omdrejningspunkt i ovenstående indsatser. Nogle af de unge på uddannelsesinstitutionerne vil have brug for yderligere rådgivning og behandling. Det er derfor forventeligt, at der kommer et øget pres på U-Turns behandling og rådgivning, som i forvejen er udfordret på grund af en stigende tilgang. Nedenstående fremskrivning har således alene taget højde for den eksisterende udvikling og ikke for en øget tilgang som følge af nærværende budgetforslag.

Figur 1: Udvikling i antallet af henvendelser om rådgivning – historisk og fremskrevet



Tal fra U-Turn

Stigningen i henvendelser kan bl.a. skyldes øget kendskab til U-Turn og en accept af tilbuddet blandt målgruppen. Det er en landsdækkende tendens, at flere unge og forældre søger misbrugsbehandling. Stigningen i antal henvendelser er derfor ikke nødvendigvis lig med en stigning i antallet af unge med et misbrug, men viser en stigning i antallet af unge med misbrug, der søger kommunens tilbud.

Derfor foreslås en varig kapacitetsudvidelse af U-Turn, svarende til otte fuldtidsstillinger, fire medarbejdere til ekstra behandling og fire medarbejdere til ekstra rådgivning.

Der søges driftsmidler på 4,8 mio. kr. i 2015 og frem.

Det er muligt at nedskalere udgifterne til kapacitetsudvidelsen af U-Turn, så der kun finansieres to fuldtidsstillinger (en behandlingsmedarbejder og en rådgivningsmedarbejder) – det vil kræve 1,2 mio. kr. og skønnes at

mulighed for at modtage aktivitetstillæg, hvis de unge ikke umiddelbart kan gå i gang med en uddannelse.

ville kunne dække den øgede efterspørgsel på rådgivning og behandling hos U-Turn som følge af den foreslåede indsats i dette budgetønske.

Overordnede målsætninger og effekter

Tabel 1:Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

Aktivitet	Afledt effekt
a)Generelt for alle aktiviteter under denne indsats	- 75 % af de unge, der deltager i individuel rådgivning og/ eller gruppeforløb, oplever en markant bedre trivsel og reducerer kraftigt eller stopper deres forbrug af rusmidler. - Bidrager til at de unge, der har gennemført forløbet, gennemfører deres ungdomsuddannelse. - Uddannelsesinstitutionen opnår økonomiske vinding ved at eleverne fastholdes i uddannelse.
a)Undervisning af og dialog med elever om psykisk sårbarhed samt brug af rusmidler	- Eleverne udvikler personlige og sociale kompetencer, øget trivsel, holdningsdannelse og får viden om, hvordan man passer på sig selv og hinanden.
a)Individuel rådgivning vedr. trivselsproblemer og/ eller rusmiddelproblemer	- Eleverne får støtte vedr. trivsels-/ psykiske problemer eller misbrug af rusmidler, og forbrug af rusmidler reduceres/ ophører.
a)Individuel rådgivning vedr. sociale og økonomiske problematikker	- Eleverne opnår større mestring af eget liv og bedre trivsel.
a)Grøppeforløb vedr. trivselsproblemer og rusmiddelproblemer	- Eleverne kan støtte hinanden, deres trivsel forbedres og forbrug af rusmidler reduceres/ ophører.
a)Undervisning af lærere og nøglemedarbejder om mental sundhed og rusmidler	- Lærere og nøglemedarbejdere forbedrer deres handlekompetencer over for unge med trivsels- og/ eller rusmiddelproblemer. - Lærere bliver bedre til at få øje på og handle på elevernes mistrivsel og rusmiddelproblemer.
a)Udvikle trivsels- og rusmiddelpolitikker	- Lærere og elever opnår fælles forståelse af rammer for elevernes trivsel og klar fordeling af roller og ansvar, når elever er i dårlig trivsel og har problemer med rusmidler.
a)Kompetenceudvikling af nøglemedarbejdere på uddannelsesinstitutionerne	- Nøglemedarbejdere kan sikre, at de tidlig kan få øje på af elever med dårlig trivsel, rådgivning og støtte samt viderehenvi sning.
b)Individuelle forløb og hashgrupper for unge på CKB	- 75 % af de unge, der deltager i hashgrupper reducerer eller stopper deres forbrug af rusmidler samt forankeres i en meningsfuld hverdag såsom uddannelse eller arbejde. - Bidrager til, at de unge, der har gennemført forløbet, gennemfører deres ungdomsuddannelse.
b)Kompetenceudvikling af nøglemedarbejdere på uddannelsesinstitutionerne og på CKB	- 80 ungeforløb årligt i enten hashgrupper eller individuel rådgivning. - Medarbejdere får indsigt i rusmiddelrelaterede problematikker og handlemuligheder for at kunne få øje på problemerne og handle tidligt.
c)Rådgivning og behandling i U-Turn	- Yderligere 48 unge vil årligt få et behandlingsforløb og ca. 200 flere unge og pårørende får rådgivning. -42 % af de unge i behandling bliver varig stoffri. - Bidrager til, at de unge gennemfører en uddannelse, får øget livskvalitet og bidrager til vækst.

Økonomi

For at sikre kontinuitet i indsatsen, foreslås det, at en varig bevilling bliver godkendt. Alternativt foreslås det, at der minimum tilføres bevilling for en fire-årig projektperiode. Partnerskabet med uddannelsesinstitutionerne forventes at forløbe i minimum fire år, efter fire år vil der stadig være behov for rådgivning og kompetenceudvikling på disse institutioner, men undervisning og andre delelementer af

indsatsen vil herefter kunne udbredes til andre relevante ungdoms- og erhvervsuddannelser.

Som det fremgår af nedenstående tabeller kræver det samlede budgetforslag en årlig finansiering på i alt 13,15 mio. kr., hvilket består af 10,15 mio. kr. i årlige serviceudgifter og 3,0 mio. kr. i årlige indsatsudgifter. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har fået satspuljemidler til kompetenceudvikling og undervisning af elever og lærere om psykisk sundhed på de fire produktionsskoler, hvilket betyder, at udgifterne til budgetønsket i 2015 og 2016 for indsats a vil være mindre end de andre år.

Tabel til udgifter til service

Tabel 2. Serviceudgifter

<i>(1.000 kr. – 2015 p/l)</i>	2015	2016	2017	2018	I alt
a)Undervisning og kompetenceudvikling på uddannelsesinstitutioner	1.500	1.750	2.000	2.000	7.250
a)Rådgivning til elever på uddannelsesinstitutioner	3.350	3.350	3.350	3.350	13.400
c)Udvidet kapacitet hos U-Turn - rådgivning og behandling	4.800	4.800	4.800	4.800	19.200
Udgifter til service i alt	9.650	9.900	10.150	10.150	39.850

Tabel 3. Indsatsudgifter

<i>(1.000 kr. - 2015 p/l)</i>	2015	2016	2017	2018	I alt
b) Hashgrupper og individuel rådgivning på CKB	2.360	2.360	2.360	2.360	9.440
b) Kompetenceudvikling af medarbejdere på CKB	640	640	640	640	2.560
Udgifter til indsats i alt	3.000	3.000	3.000	3.000	12.000

Tekniske oplysninger

Risikovurdering

Det er væsentligt, at indsatsen stemmer overens med erhvervsskolereformen og de dertil hørende nye krav til skolerne. Da indsatsen i særlig grad retter sig mod at fastholde unge i erhvervsuddannelserne, er det forventeligt, at man vil kunne søge medfinansiering fra erhvervsskolerne. Såfremt erhvervsskolerne har interesse i medfinansiering, vil det resultere i udvidelse af indsatsen eller tilbageførsel af midler til kommunekassen. Forvaltningerne er i dialog med erhvervsskolerne om ovenstående.

Flere forvaltninger/udvalg

Tabel 4. Fordeling mellem udvalg på styringsområde

Forvaltning (1.000 kr. - 2015 p/l)	Styrings- område	2015	2016	2017	2018	I alt
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen	Service	1.900	2.150	2.400	2.400	8.850
Socialforvaltningen	Service	7.750	7.750	7.750	7.750	31.000
Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen	Indsats	3.000	3.000	3.000	3.000	12.000
I alt		12.650	12.900	13.150	13.150	51.850

Tidligere afsatte midler

Tabel 5. Tidligere afsatte midler på området

(1.000 kr., løbende p/l)	2011	2012	2013	2014	2015
Budgetaftale 2013			500		
Budgetaftale 2014: -Hjælp til elever med misbrug på erhvervsskoler (varig)				1.100	1.100
Budgetaftale 2014: -Psykologisk rådgivning (varig)				2.000	2.000
Afsatte midler i alt			500	3.100	3.100

SUI9. Psykisk sundhed og robusthed på Københavns Kommunes arbejdspladser

Baggrund

Ifølge Sundhedsstyrelsen er mentale helbredsproblemer årsag til 50 procent af alle langtidssygemeldinger. Mentale problemer står også bag 48 procent af alle førtidspensioner. Specielt er andelen af førtidspensioner som følge af ”nervøse og stressrelaterede tilstande” vokset inden for de seneste ti år. Der foreslås derfor udvikling af en forebyggende indsats. Den skal gøre arbejdspladser mere robuste og styrke den enkelte medarbejders muligheder for at håndtere mentale udfordringer.

Indhold

Det foreslås at iværksætte et fireårigt projekt på udvalgte SUF-arbejdspladser. Formålet er at styrke den mentale robusthed på arbejdspladsen og hos den enkelte medarbejder.

Det ny projekt bygger ovenpå og videreudvikler gode erfaringer fra andre projekter med evidens indenfor området.

Projektet vil høste erfaringer, som skal gøre det muligt at udbrede metoder og dermed effekter til arbejdspladserne i Københavns Kommune.

Dette forslag hænger sammen med de tre budgetforslag i Psykisk sundhedspakke. Den særlige styrke ved dette forslag er, at det bruger arbejdspladsen som en arena for en sammenhængende indsats. Arbejdspladsindsatsen kobler den individuelle støtte til medarbejder/borger og forslag til arbejdsmodifikationer for den enkelte sammen med en organisatorisk indsats. Indsatsen styrker arbejdspladsens evne til at håndtere og forebygge mentale belastninger med et særligt blik på den enkelte arbejdsplads' vilkår og behov.

Projektets ramme giver mulighed for en tidlig og forebyggende indsats. Det betyder, at medarbejder/borger typisk kan hjælpes med en mindre ressourcekrævende indsats.

Indsatsen ift. at styrke robustheden for medarbejdere giver en dobbelt gevinst for kommunen, når medarbejdere samtidig er borgere i kommunen.

Arbejdspladsindsatsen vil samtidig med fordel kunne drage nytte af forebyggelsescentrenes tilbud om stressklinikker ved at enkelte medarbejdere med særlige behov tilbydes støtte uden for den daglige arbejdsituation.

Overordnede målsætninger og effekter

Målet er at forebygge mental nedslidning og overbelastning ved at styrke arbejdspladsers og den enkelte medarbejders robusthed over for stress og forandringsprocesser. Projektet forventes at øge trivsel, mindske sygefravær og fastholde medarbejdere. At få brudt den negative årsagskæde omkring mental sundhed er ikke kun en hjælp i forhold til den enkelte medarbejder. Det vil også have en afsmittende effekt, der

rækker ud over arbejdspladsen (fx ift. familien/børn). For borgerne/brugerne betyder det mere stabilt personale og flere ressourcer til kerneopgaven.

Forslaget knytter an til regeringens sundhedsmål og Københavnerfortællingens mål om, at københavnere skal leve længere, have flere gode leveår og have lige mulighed for et sundt og aktivt liv.

Table 1: Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

(Del)aktivitet	Afledt effekt
<p><i>Fase 1a, år 0-1½)</i> <i>Pilotprojekt på 8 udvalgte arbejdspladser i SUF, bestående af screening af velbefindende på arbejdspladsen (på WHO5-skala), individuelt og gruppebaseret tilbud om hjælp til stresshåndtering til medarbejdere, som scorer lavt på WHO5, samt støtte og uddannelse af TR, AMR og ledere på arbejdspladsen ift. at styrke arbejdspladsens evne til at håndtere og forebygge mentale udfordringer.</i></p>	<p><i>Forebyggelse af sygefravær og forhindring af udstødning (særligt af risikogrupper), højnelse af medarbejdernes mentale robusthed og sundhed, styrkelse af arbejdspladsens beredskab til at forebygge mental nedslidning og overbelastning.</i> <i>Der forventes afledte effekter, som rækker ud over arbejdspladsen (fx positiv effekt på udsatte medarbejders familier, børn)</i></p>
<p><i>Fase 1b, år 1½-2)</i> <i>Opsamling, evaluering og kondensering af ydelser fra pilotprojektet.</i> <i>På baggrund af pilotprojektets resultater lokaliseres de aktiviteter og metoder, som har givet størst effekt.</i></p>	<p><i>Vil kunne muliggøre udbredelse af tilbud til et stort antal arbejdspladser, både i SUF og KK generelt</i></p>
<p><i>Fase 2a, år 2-3½)</i> <i>Projektet udbredes til en ny og bredere kreds af arbejdspladser (kan både være SUF og andre KK-arbejdspladser).</i> <i>Arbejdspladser, som indgår i fase 2, vil blive introduceret og få hjælp til at arbejde med det udvalg af metoder og aktiviteter, som på baggrund af pilotfasen blev lokaliseret som dem med størst effekt ift. at øge den mentale robusthed.</i> <i>Det betyder, at projektet i 2. fase forventes at kunne udbydes til en lavere pris pr. medarbejder/ arbejdsplads, da der i denne fase sættes ind med færre, men ekstra effektive interventioner på arbejdspladserne.</i> <i>I alt ca 15-20 arbejdspladser/ ca. 800 medarbejdere</i></p>	<p><i>Styrke den mentale sundhed og robusthed på medarbejder- og arbejdspladsniveau på et større antal arbejdspladser i SUF/KK.</i></p>
<p><i>Fase 2b, år 4)</i> <i>Evaluering af projektet.</i> <i>Evalueringen skal samlet munde ud i forslag til, hvorledes projektaktiviteter/ resultater fremadrettet vil kunne bruges og rekvireres af arbejdspladserne i KK.</i></p>	<p><i>Generel styrkelse af KK-arbejdspladsers evne til at forebygge mental nedslidning og overbelastning og dermed undgå udstødning som følge heraf.</i></p>
<p><i>Hele projektperioden:</i> <i>I hele projektperioden vil der ske løbende opsamling og kommunikation om projektet og dets foreløbige resultater/ effekter</i></p>	<p><i>Sikere opmærksomhed og PR om projektet</i></p>

Økonomi

Tabel til udgifter til service

Tabel 2. Serviceudgifter

<i>(1.000 kr. – 2015 p/l)</i>	2015	2016	2017	2018	I alt
- projektaktiviteter for ledere og TRIO'er (leder, TR og arbejdsmiljørepræsentant) på de involverede arbejdspladser	500	500	750	750	2.500
- stresskurser for medarbejdere, inkl. vikardækning	400	400	600	600	2.000
Visitor- og motivatorfunktion (kontakte og lave opsøgende indsats, motiverende, undersøgende og visiterende samtaler ift. individuelt udsatte medarbejdere på arbejdspladserne)	200	200	300	300	1.000
Projektledelse, herunder screeningsundersøgelse, opfølgning, udvælgelse og kontakt til arbejdspladser, koordination, booking af møde- og kursusaktivitet, del-evaluering(fase 1 b), samt løbende PR og kommunikation om projektet	400	400	600	600	2.000
Afsluttende evalueringsrapport				200	200
Idékatalog - hvordan kommunens arbejdspladser kan styrke mental sundhed og robusthed				200	200
Serviceudgifter i alt	1.500	1.500	2.250	2.650	7.900

Mere lighed i sundhed

BUDGETNOTAT

SU20. Tværfagligt samarbejde med praktiserende læger i Tingbjerg

Baggrund

Borgere i udsatte byområder opsøger ofte deres praktiserende læge af andre årsager end rent lægefaglige problemstillinger, for eksempel i forhold til sociale eller økonomiske udfordringer. På møder mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) København og Sundheds- og Omsorgsborgmesteren, i foråret 2014, har de praktiserende læger udtrykt ønske om at afdække muligheden for et tværfagligt samarbejde med kommunen, med henblik på at tilbyde patienter med komplekse problemstillinger i udsatte byområder en mere helhedsorienteret indsats.

PLO København oplever i særlig grad udfordringer i Tingbjerg, hvor der både er store sociale udfordringer samt udfordringer med rekruttering af praktiserende læger. Sydhavnen fremhæves som et andet område, hvor der kan være behov for en særlig indsats. Ifølge PLO København, skyldes lægemanglen i Tingbjerg først og fremmest områdets sociale problemer, og at området er præget af lav uddannelse, høj arbejdsløshed, social marginalisering, bandekriminalitet og integrationsproblemer. Inden for få år er to yngre alment praktiserende læger stoppet i Tingbjerg, og ingen har ønsket at overtage deres plads.

I Sundhedsstyrelsens rapport ”Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser”⁸ fra 2011 udpeges den svigtende lægebemanding i lavindkomstområder som et af otte ”særlige ulighedsproblemer”.

Indhold

Nærværende forslag, om pilotprojekt vedr. tværfagligt samarbejde mellem kommunen og praktiserende læger, skal medvirke til at udligne den sociale ulighed i sundhed. Forslaget stilles på baggrund af kommunes hidtidige erfaringer med samarbejde mellem praktiserende læger og kommunale enheder, erfaringer med en udgående socialrådgiver (BIF) til praktiserende læger, samt erfaringer fra ansættelsen af en socialrådgiver på Forebyggelsescenter Nørrebro.

Udgående kommunale funktioner

Der oprettes en udgående socialrådgiverfunktion fra kommunen til de praktiserende læger i Vanløse/Brønshøj/Husum, der ønsker at deltage i et tværfagligt samarbejde. Det vil løbende blive overvejet om der kan komme andre faggrupper i spil samt frivillige aktører, for at sikre en helhedsorienteret tilgang til borgernes problemstillinger. Der vil være

8

http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2011/SURA/Ulighed_i_sundhed/UlighedSundhedAarsagerIndsatser.pdf

særligt fokus på samarbejdet med de praktiserende læger i Tingbjerg og øvrige delområder med særlige sociale udfordringer.

Den udgående socialrådgiver skal være til stede i almen praksis og yde en rådgivning, der kan supplere den lægelige konsultation, til de borgere, der henvender sig med problemstillinger, der hører under kommunal sagsbehandling. Socialrådgiveren skal henvise til relevante tilbud, herunder kommunens egne på forebyggelsescentre og til NGO'er, samt guide om systemet og lovgivningen. Socialrådgiveren skal have særlig viden omkring psykisk sundhed.

Rådgivningen skal ikke ses som et parallelsystem til Socialforvaltningens myndighedsområde, men som en hjælp til borgeren i forhold til selv at kunne opsøge yderligere hjælp. Socialrådgiveren skal altså ikke agere "myndighedsperson", men fungere som et objektivt bindeled mellem borgeren, lægen og "systemet". Herved får de praktiserende læger også bedre mulighed for at fokusere på deres lægelige opgaver, med henblik på at praktiserende læger i større grad kan fastholdes/rekrutteres til Tingbjerg.

Satellitklinik i Tingbjerg

Satellitpraksis er et redskab til at skabe nærhed til borgeren i områder, hvor der er langt til læge. Satellitpraksis indebærer, at samme praktiserende læge praktiserer på to eller flere praksisadresser. Etablering af denne form for praksis kan anvendes i særlige situationer, hvor det er vanskeligt at rekruttere læger til et lokalområde, eller hvor det vurderes nødvendigt for at sikre kvaliteten af behandlingen af socialt udsatte borgere.

I tillæg til etableringen af en udgående socialrådgiverfunktion undersøges mulighederne for oprettelse af en satellitklinik i Tingbjerg i 2015, indeholdende et antal praktiserende læger, sammenlagt svarende til en fuldtidslæge. En udgående socialrådgiver vil også kunne understøtte arbejdet i en satellitklinik, og eventuelle øvrige kommunale, udgående tilbud og samarbejde med frivillige aktører kan indgå. Det kan eksempelvis være psykolog fra Forebyggelsescenter Vanløse og andre tilbud ift. psykisk og fysisk sundhed, fx. tilbud fra Psykiatrifonden.

Det er efter sundhedsloven regionernes forpligtelse at tilvejebringe behandling hos praktiserende læger, og kommunen kan ikke alene oprette egne lægeklinikker/satellitklinikker. Kommunen indgår som part i udarbejdelsen af praksisplaner for almen praksis i Region Hovedstaden, og kan via praksisplanlægningen medvirke til at fremme den nødvendige lægekapacitet i socialt udsatte områder.

Overordnede målsætninger og effekter

Tabel 1: Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

(Del)aktivitet	Afledt effekt
<i>Oprettelse af udgående kommunale funktioner hos praktiserende læger i Vanløse/Brønshøj/Husum (med særligt fokus på Tingbjerg og øvrige områder med</i>	<i>- Flere sårbare borgere får hjælp til at overvinde sociale og mentale udfordringer, der overskygger en positiv udvikling i forhold til sundhed, sociale og beskæftigelsesmæssige</i>

<i>særlige sociale udfordringer).</i>	<i>udfordringer.</i> - De praktiserende læger har bedre mulighed for at fokusere på deres lægelige opgaver. - En større grad af fastholdelse/ rekruttering af læger til Tingbjerg.
<i>Undersøgelse af muligheder for oprettelse af satellitklinik i Tingbjerg</i>	- Skal medvirke til at rekruttere praktiserende læge(r) til Tingbjerg og dermed skabe nærhed til borgerne, der ellers har langt til læge.

Økonomi

Indsatsen er et pilotprojekt og løber over to år.

Tabel til udgifter til service

Tabel 2. Serviceudgifter

<i>(1.000 kr. – 2015 p/l)</i>	2015	2016	2017	2018	I alt
Udgående socialrådgiver	500	500			1.000
Udgifter til service i alt	500	500			1.000

Tabel 3. Fordeling mellem udvalg på styringsområde

<i>(1.000 kr. - 2015 p/l)</i>	Styrings- område	2015	2016	2017	2018	I alt
Forvaltning under afklaring	Service	500	500			1.000
I alt		500	500			1.000

Socialrådgiverens forvaltningsmæssige forankring afklares i løbet af juni 2014.

Tekniske oplysninger

Risikovurdering

Der vurderes ikke at være nogen risici for projektets økonomi og tidsplan.

Tidligere afsatte midler

Der er ikke tidligere afsat budgetaftalemidler til socialrådgiver i udgående funktion på forebyggelsesområdet.

SU21. Mere lighed i sundhed for udsatte borgere med kroniske sygdomme

Baggrund

Københavnerens sundhed er bestemt af længden på deres uddannelse og størrelsen af deres indkomst. Det betyder, at københavnere med lange uddannelser og høje indkomster lever længere og har færre år med sygdom end københavnere med kort uddannelse og lav indkomst.

Udfordringen for Københavns Kommune er, at ulighed i sundhed både handler om ulighed i risiko for at blive syg, men også om ulighed i konsekvenserne af at være syg.

Hovedparten af de borgere, der både har en kortere uddannelse og har en kronisk sygdom som kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), type 2 diabetes, hjerte-kar- eller kræftsygdom tilhører den gruppe af borgere, hvor uligheden i sundhed er størst.

Hvis uligheden i sundhed skal reduceres, er det nødvendigt med en flerstrengt indsats, hvor der både sættes tidligere ind over for borgere med livsstilssygdomme og gøres en ekstra indsats for at fastholde effekten af de livstilsændringer, som borgerne opnår i kommunale forebyggelsesforløb. Det er også nødvendigt at styrke rekrutteringen af socialt udsatte borgere, der allerede har fået en kronisk sygdom samt sikre, at de borgere, der ikke fysisk og kognitivt kan komme i et af kommunens center, også får et tilbud.

Herudover er det nødvendigt at samarbejde bredt i nye partnerskaber om løsninger, der støtter borgerne i selv at tage ansvar for deres sundhed og sygdom, hvis sundhedsudfordringen med en stigende ældrebeholdning, og et øget antal borgere med kroniske sygdomme skal foregribes.

Indhold

Forslaget fokuserer på, at der skal gøres en særlig indsats for at opspore borgere med KOL tidligt i deres sygdomsforløb, samt sikre at udsatte borgere med kræft bliver rekrutteret til et socialt rehabiliteringsforløb i Center for Kræft og Sundhed og at borgere med KOL og type 2 diabetes, der ikke kan komme i et forebyggelsescenter, får et tilbud i eget hjem. Herudover skal flere udsatte borgere, der får et forløb i kommunens forebyggelsescentre hjælpes over i varige tilbud i frivillige foreninger.

Da karakteren af de eksisterende sundhedsudfordringer ikke kan løses af sundhedsvæsenet alene søges der også om midler til et partnerskabsprojekt målrettet løsningen af Københavns diabetes udfordring.

Det konkrete indhold i indsatserne er uddybet nedenfor.

a) Tidligere KOL indsats

Borgere med KOL udgør den mest udsatte del af gruppen af borgere med kroniske sygdomme og København har siden 1980'erne oplevet en kraftig stigning i forekomsten af KOL. Det er nødvendigt at sætte tidligere ind med en forebyggende indsats, der sætter KOL borgerne i stand til selv at forebygge udviklingen af deres sygdom. Hermed får de en bedre prognose og bedre muligheder for at opretholde et aktivt liv med få indskrænkninger i dagligdagen.

Den sociale profil fra 2013 af borgere i forebyggelsescentrene viser fx, at flest borgere med KOL – 46 % bor alene, har det laveste uddannelsesniveau, og er ældst (65-79 år), når de får et rehabiliteringstilbud i forhold til borgere med andre kroniske sygdomme.

KOL anses ofte som en sygdom, man ikke kan gøre noget for. Det er forkert. Det er af afgørende betydning, at KOL diagnosticeres så tidligt i forløbet som muligt, så behandling og forebyggelse af sygdomsforværring kan iværksættes tidligt. Det er nødvendigt at komme en ny forståelse af KOL nærmere, tilsvarende andre kroniske sygdomme, hvor det er af afgørende betydning at sætte ind tidligt for at mindske funktionsnedsættelse og senkomplikationer.

Flere gode år uden begrænsninger

Fra 2011 har borgere med svær KOL kunne få et rehabiliteringsforløb i kommunens forebyggelsescentre i alle lokalområder. Indsatsen er implementeret som en del af det regionale forløbsprogram for KOL. I 2013 fik 475 borgere et forløb. På trods af at borgere med svær KOL er dårlige og har et begrænset funktionsniveau, opnår de efter endt forløb i kommunens forebyggelsescentre signifikante forbedringer i funktionsevne og livskvalitet.

Det foreslås, at gruppen af borgere med KOL, der kan få et rehabiliteringsforløb i kommunens forebyggelsescentre udvides fra borgere med svær KOL (MRC 3) til også at gælde borgere med moderat KOL (MRC 2). MRC angiver graden af åndenød. Dette understøttes af Sundhedsstyrelsens nye nationale kliniske retningslinje for KOL rehabilitering (2014).

Stratificeringsniveau	KOL (sværhedsgrad)	MRC
1	Mild og moderat KOL	1-2
2	Svær KOL	3
3	Meget svær KOL	4-5

Den forventede effekt af at tilbyde en indsats til borgere med moderat KOL, der ikke er helt så langt i deres sygdomsforløb er, at deres prognose forbedres i forhold til sygelighed og dødelighed, og at borgerne undgår begrænsninger i dagligdagen, der fører til reduktion af livskvalitet og funktionsniveau og deraf social isolation.

Da KOL udvikler sig over årtier og symptomerne er kroniske, er det nødvendigt at sætte tidligt ind, så borgerne får mulighed for at profitere af indsatsen i længere tid for at opnå ovenstående effekter. Effekten af indsatsen kan måles med den effektmodel, der udvikles til måling af effekten af forløbsprogrammerne.

Aktiviteter

Borgere med KOL (MRC 2) tilbydes i regi af forebyggelsescentrene:

Samtaleforløb som udgangspunkt for en individuel tilrettelæggelse af det samlede forløb, herunder afdækning af barrierer og kontinuerlig støtte ved kendt kontaktperson. Et samtaleforløb er af 2,5 times varighed fordelt på minimum 3 samtaler.

En ny forståelse af KOL. Undervisning i sygdommen, med fokus på forebyggelsesperspektivet og egne muligheder for at forebygge sygdomsudvikling i hverdagen. Hvis der er behov for at støtte den psykiske sundhed for at gennemføre livsstilsændringer tilbydes borgeren basisforløbet under mental sundhed. Et undervisningsforløb er af 10 timers varighed og tilbydes i hold af 12 personer.

Systematisk rygestoprådgivning til alle borgere med KOL der ryger, samt opfølgning, der sikrer et varigt rygestop i form af rygestop cafeer. I 2010 røg 25 % af borgerne med KOL. Denne andel forventes at være højere - ca. 45 %, når indsatsen gives tidligere, da borgerne endnu ikke har oplevet massive sygdomstegn som anledning til rygestop. Undersøgelser fra Lungeforeningen viser, at nuværende KOL borgere ikke ønsker særlige KOL hold, men hellere vil deltage på lige fod med andre borgere.

Motionstilbud mhp. at bevare normale organfunktioner og sundhed på sigt. KOL er en langsomt fremadskridende sygdom (40 år), der oftest er godt i gang i 50 års alderen. Da kommunen kun har haft tilbud til borgere med svær KOL, skal der på baggrund af øget brugerinddragelse af målgruppen udvikles et nyt motionstilbud til borgere med moderat KOL, der kan igangsætte og fastholde borgerne i et fysisk aktivt hverdagsliv. Fokus forventes at blive en superviseret kick-start i forebyggelsescenter fulgt op af aktiv udslusning til motionsunderstøttende tilbud i borgerens lokalområde.

Da ovenstående aktiviteter skal tilbydes en målgruppe, der er et helt andet sted i deres sygdomsforløb med dertilhørende andre fysiske ressourcer, skal det samlede tilbud udvikles og kvalificeres ved brugerinddragelse og i samarbejde med Danmarks Lungeforening, der med deres kampagne Liv i lungerne - hele livet også har fokus på målgruppen.

Der gennemføres en evaluering inden indsatsen udrulles til hele byen.

Volumen

I 2010 var der 16.600 borgere med KOL i Københavns Kommune.

Beregnet ud fra Region Hovedstadens faktaark for KOL har 13.800 af disse borgere moderat KOL, og 24 % svarende til 3300 borgere har et rehabiliteringsbehov og brug for en tidligere KOL indsats.

Gruppering	Fordeling	Antal (2010)	Rehabiliteringsbehov	Antal (2010)
Moderat KOL	83 %	13 788	24 %	3306
Svær KOL	16 %	2656	55 %	1460
Meget svær KOL	1 %	166	82 %	136
I alt	100 %	16 600	Ca. 30 %	4902

Beregnet ud fra antallet af borgere med moderat KOL, der allerede er diagnosticerede og tilvæksten af nydiagnosticerede borgere anslås det, at 800 borgere årligt vil have brug for det foreslåede tilbud.

b) Rekruttering af udsatte borgere med kræft

Nye forskningsresultater fra Center for Kræft og Sundhed København (CKSK) viser, at patienter med lang uddannelse har næsten 50 % større sandsynlighed for at få en henvisning til kræftrehabilitering end patienter med kortere uddannelser.

Erfaringerne fra CKSK understøttes af en stor videnskabelig undersøgelse (CANULI), der viser, at der er stor ulighed i risikoen for at få kræft og i overlevelseschancer efter sygdommen.

Undersøgelsen er gennemført af Kræftens Bekæmpelses Forskningscenter og viser en bedre overlevelse hos de bedre stillede kræftpatienter end hos de dårligere stillede. Ser man på alle kræftformer samlet, er chancen for at overleve i fem år 48 % blandt højtuddannede mænd og 37 % blandt mænd med kort uddannelse. De tilsvarende tal for kvinder med kræft er henholdsvis 62 % og 50 %.

Forskellen på omkring 10 % for begge køn i overlevelsen mellem højtuddannede og borgere med kort uddannelse afspejler, at den negative sociale effekt på overlevelsen forstærkes af, at andelen af kræftformer med dårlig prognose er størst hos de dårligst stillede grupper.

Når fysisk eller psykisk sygdom begrænser for deltagelse på arbejdsmarkedet og fører til overførselsindkomst i form af sygedagpenge og kontanthjælp i en længere årrække, er der risiko for, at den enkelte borger udelukkes fra sociale fællesskaber. En kræftdiagnose øger disse risici yderligere, midlertidigt eller varigt, og medfører risiko for permanent udelukkelse fra arbejdsmarkedet, fattigdom og social isolation.

Aktiviteter

Der foreslås to aktiviteter, der skal øge og sikre henvisningen af socialt udsatte borgere til et multifacetteret kræftrehabiliteringsforløb i kommunalt regi, herunder en socialfaglig indsats der styrker borgernes tilknytning eller tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Center for Kræft og Sundhed København har aktuelt tilbud til denne målgruppe, hvorfor det er rekrutteringen af borgere, der skal styrkes, og ikke udviklingen af rehabiliteringstilbud.

Henvi sning af kræftramte borgere fra jobcentrene i Københavns Kommune

Implementering af model for identifikation og henvi sning af udsatte borgere med kræft i jobcentre i København. Der tages udgangspunkt i det igangværende BIF-SUF-SOF samarbejde, hvor udsatte borgere med andre kroniske sygdomme henvises fra jobcentre til kommunens forebyggelsescentre. Der skal i et samarbejde mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen (SUF) og Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen (BIF) udarbejdes en guideline til beskæftigelseskonsulenter i BIF for henvi sning af kræftramte borgere til CKSK, samt retningslinjer for indhentning af relevante lægefaglige oplysninger fra det behandlende hospital, overvejende Rigshospitalet. Disse tiltag vil anslået medføre 100 ekstra henvi sninger per år.

Rekruttering af udsatte borgere fra hospital ved udgående funktion fra CKSK

Implementering af en ny tværsektoriel samarbejdsmodel, der sikrer, at udsatte grupper henvises på lige fod med veluddannede borgere. Modellen indeholder en nysamarbejdsstruktur mellem socialrådgiveren på hospitalet, sundhedsfaglige nøglepersoner og medarbejdere fra CKSK. På baggrund af hospitalets identifikation af udsatte borgere deltager en medarbejder fra CKSK i den samtale, hvor patienten motiveres til at deltage i et kommunalt rehabiliteringsforløb. Modellen er pilotafprøvet i forhold til prostatakræft med en succesrate på 100 %. 15 ud af 15 patienter tog imod et kommunalt rehabiliteringstilbud, når CKSK deltog i den henvi sende samtale på hospitalet. Samordningskoordinatoren, Rigshospitalet, har givet tilsagn til at medvirke ved udvikling af dette samarbejdsprojekt. Dette tiltag vil anslået medføre 100 ekstra henvi sninger pr år.

De ovennævnte to socialfaglige indsatser forventet samlet at medføre, at 200 udsatte borgere med en kræftdiagnose henvises til et kommunalt rehabiliteringsforløb. Ud af de 200 borgere forventes det, at 75 % tager i mod et tilbud om fysisk aktivitet, 25 % et sygdomsspecifik undervisningstilbud og 50 % kostvejledning. Der er søgt midler til disse afledte indsatser, som forøger centrets måltal med 200 borgere.

c) Tilbud til borgere i eget hjem

Der er sårbare borgere med kendt KOL og type 2 diabetes i Københavns Kommune, der ikke får mulighed for selv at gøre en aktiv indsats for at forebygge en forværring af deres sygdom, da de ikke funktionelt eller kognitivt kan komme i et forebyggelsescenter. Det er derfor nødvendigt at udvikle et patientrettet forebyggelsestilbud til borgere i eget hjem.

Projektet afgrænses i første omgang til de borgere, som hjemme- og sygeplejen allerede er i kontakt med. Hvis der som et supplement til de eksisterende ydelser borgeren allerede modtager, tilbydes en individuel

tilpasset forebyggelsesindsats i borgerens hjem, forventes det at påvirke borgeres funktionsniveau og livskvalitet positivt. I og med at borgerne allerede får besøg i hjemmet fra kommunen, er der mulighed for længerevarende støtte af borgerne i mestring af deres sygdom.

Forvaltningen vil i 2014 gennemføre en analyse af, hvilke særlige behov borgere med KOL og type 2 diabetes som hjemme- og sygeplejen i SUF allerede er i kontakt med, har for en patientrettet forebyggelsesindsats, der styrker deres mestring af egen sygdom og dermed forebygger forværring af funktionsniveau og livskvalitet.

Aktiviteter

Med udgangspunkt i ovenstående analyse udvikles og afprøves en intervention baseret på sundhedspædagogiske principper om patientrettet forebyggelse, hvor både sygdomsspecifik undervisning, fysisk aktivitet, kost og rygestopvejledning indgår. Da ovenstående aktiviteter skal tilbydes en målgruppe, der normalt ikke kommer i forebyggelsescentre, og forventes at have færre fysiske og psykiske ressourcer, skal det samlede tilbud udvikles og kvalificeres i samarbejde med brugerne ved brugerinddragelse i udviklingsprocessen.

Herudover planlægges og organiseres interventionen under hensyntagen til de eksisterende ydelser og organisering i hjemme- og sygeplejen, samt forebyggelsescentre.

Der foreslås en pilotafprøvning i et lokalområde, hvor 50 borgere med enten KOL eller type 2 diabetes, tilbydes patientrettet forebyggelse i eget hjem. Det foreslås, at indsatsen evalueres mhp. udrulning til hele byen.

d) Varig hjælp i foreningslivet

De borgere der får et forløb i kommunens forebyggelsescentre opnår målbare forbedringer umiddelbart efter forløbet, men har svært ved at fastholde ændringerne over tid. Derfor er det nødvendigt, at Københavns Kommune hjælper flere udsatte borgere fra forløb i kommunens forebyggelsescentre til varige tilbud i frivillige foreninger. I de frivillige foreninger kan borgerne få den nødvendige hjælp og støtte til at fastholde de påbegyndte livsstilsændringer.

Med tidligere bevilligede midler på området er der etableret en række nye foreningsaktiviteter målrettet forebyggelsescentrenes målgrupper såsom svømmehold, hockeyhold, gymnastikhold, madlavningshold og netværkscafeer, som borgerne kan fortsætte i, efter det kommunale forløb er afsluttet. Disse aktiviteter skal holdes i gang med en jævn strøm af borgere fra forebyggelsescentre til foreninger.

Samarbejdet med foreningerne er forbedret og vi ønsker at bygge videre på dette samarbejde. Metoderne til at lette borgernes overgange fra forebyggelsescentre til foreninger er kun blevet afprøvet på få hold og i enkelte lokalområder. Der er således behov for at afprøve de metoder/modeller, der virker, i endnu større skala. Det vil sige på flere hold og på tværs af lokalområder, for at kunne fastslå om modellerne

skal implementeres som en fast del af de kommunale trænings- og rehabiliteringsforløb i hele byen.

Derudover er der behov for at supplere de eksisterende modeller med nye modeller, der skal designes, så de er specifikt målrettet de mest sårbare borgere, som er forholdsvist sværere at hjælpe over i foreningslivet. Modellerne skal udvikles i et tværgående samarbejde mellem forebyggelsescentre, foreninger og frivillige og tager afsæt i de nuværende erfaringer med udslusning.

e) Connecting partners - i løsningen af diabetesudfordringer

På globalt plan præges diabetesudviklingen af øget urbaniseringstendens med højere risiko for at udvikle diabetes i byområder. I 2050 vil 70 % af verdens befolkning vil bo i byer.

Antallet af nye diabetestilfælde pr. 1.000 indbyggere i Københavns Kommune steget fra 2,9 til 3,7 årligt i perioden fra 2007-2011. diabetes er den eneste sygdom i Sundhedsprofilen fra 2010, hvor der ses en stigning i antallet af nye sygdomstilfælde. Andelen af københavnske borgere med diabetes er knap 4 % med en tendens til social ulighed i forekomsten samt forskelle på tværs af bydele.

Københavns kommune ønsker at indgå i et partnerskab om den urbane diabetesudfordring med Novo Nordisk og Diabetesforeningen.

Karakteren af de eksisterende sundhedsudfordringer kan ikke løses af sundhedsvæsenet alene og kræver, at der samarbejdes bredt mellem forskellige forvaltninger, virksomheder og interesseforeninger herunder, at borgerne inddrages i forhold til at udvikle løsninger.

Aktiviteter

Kortlægning

Kortlægning af diabetes udfordringen i København, herunder hvilke initiativer der skal iværksættes for at gøre en særlig indsats for at imødegå den sociale ulighed i forekomsten af type 2 diabetes og konsekvenserne ved type 2 diabetes. Københavns Kommune samarbejder med Steno Diabetes Center og Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, Novo Nordisk og Diabetesforeningen og University College London om kortlægningen.

Intervention og effektmåling

Projektet indeholder en konkret afprøvning af interventioner. Udvælgelsen af interventioner foretages af partnerne medio 2015 på baggrund af den gennemførte kortlægning. De valgte interventioner og den påtænkte effektmåling præsenteres i København i foråret 2015.

Overordnede målsætninger og effekter

Dette initiativ understøtter målet i Københavnerfortællingen om at mindske den sociale ulighed i sundhed samt skabe social mobilitet og aktivt medborgerskab.

Tabel 1. Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

(Del)aktivitet	Afledt effekt
Tidligere KOL-indsats:	
- Samtaleforløb	- 800 borgere med moderat KOL får årligt tilbudt et individuelt tilrettelagt forebyggelsesforløb, der mindsker sandsynligheden for, at deres funktionsniveau og livskvalitet reduceres markant med deres sygdom.
- Undervisningsforløb	- 600 borgere med moderat KOL får mulighed for selv at forbedre deres prognose, idet de sundhedspædagogiske lærer, hvordan de selv kan forebygge sygdomsudvikling i et sygdomsstadie med stort forebyggelsespotentiale.
- Systematisk rygestoprådgivning	- 360 borgere med moderat KOL får et rygestop tilbud (finansieres af røgfrit København), som begrænser den skadelige påvirkning af lungefunktionen og forværrer sygdomsudviklingen.
- Motionstilbud	- 600 borgere med moderat KOL får efter behov et individuelt tilpasset motionstilbud, der øger deres muligheder for at bevare normale organfunktioner og sundhed på sigt.
Rekruttering af udsatte borgere med kræft:	
- Henvissning af udsatte borgere med kræft fra jobcentre	- 100 udsatte borgere får et kræftrehabiliteringstilbud der øger deres arbejdsmarkedspartid
- Rekruttering af udsatte borgere fra hospital ved udgående funktion fra CKSK	- 100 udsatte borgere får et kræftrehabiliteringstilbud der øger deres arbejdsmarkedspartid
- Rehabiliteringsforløb	- 150 borgere får et tilbud om fysisk aktivitet - 50 borgere får et tilbud om sygdomspecifik undervisning - 100 borgere får et individuelt kostvejledningsforløb
Tilbud til borgere i eget hjem:	
- Pilotafprøvning af tilbud om patientrettet forebyggelse til borgere i eget hjem, der ikke formår at komme i kommunens forebyggelsescentre	- 50 borgere får et tilbud, der forventes at forebygge sygdomsudvikling, herunder forværring af funktionsniveau og livskvalitet, samt øget brug af kommunal hjemme- og sygepleje, og indlæggelse.
Varig hjælp i foreningslivet:	
- Udvikling af nye metoder til at hjælpe sårbare borgere fra forebyggelsescentre til foreninger	- Hvert år bliver 200 kortuddannede borgere/ borgere uden for arbejdsmarkedet aktive i en idræts- eller patientforening.
- Afprøve nuværende udslusningsmodeller i større skala.	- Hvert år bliver 350 borgere over 65 år aktive i en idræts- eller patientforening.
Connecting partners	
-udvikling af diabetesløsning, der kræver bred deltagelse af forskellige parter	-Udpegning af Københavns særlige diabetes udfordring -Udvikling af metoder til at imødegå ulighed i sundhed for borgere med type 2 diabetes

Økonomi

Midlerne til en tidligere KOL-indsats ønskes med halvårseffekt i 2015 for at sikre tid til udvikling og en gradvis udrulning af tilbuddet i 2015.

Midlerne til rekruttering af udsatte borgere med kræft ønskes med halvårseffekt i 2015 for så vidt angår de 200 afledte rehabiliteringsforløb og midler til sekretærbistand.

Der ønskes midler til at udrulle tilbud til borgere i eget hjem i et lokalområde i 2015 og til fuld udrulning fra 2016.

Det gælder for alle indsatser, at midlerne ønskes for en treårig periode, hvorefter effekten evalueres mhp. evt. fornyet budgetønske.

Tabel til udgifter til service

Tabel 2. Serviceudgifter

<i>(1.000 kr. – 2015 p/l)</i>	2015	2016	2017	2018	I alt
Tidligere KOL-indsats:					
Samtaleforløb à 1.187 kr.	475	950	950		2.375
Undervisningsforløb à 4.750 kr. pr hold	119	238	238		595
Motionstilbud à 3.500 kr.	1.050	2.100	2.100		5.250
Faglig udvikling og evaluering	550	400	400		1.350
Rekruttering af udsatte borgere med kræft:					
Socialrådgiver	500	500	500		1.500
Sundhedsprofessionel (udgående funktion)	500	500	500		1.500
Sekretærbistand ift. opfølgning/koordinering	110	220	220		550
200 ekstra rehabiliteringsforløb på CKSK	460	920	920		2.300
Tilbud til borgere i eget hjem:					
Forløb i eget hjem - 50 forløb i 2015 og 200 forløb årligt i 2016 og frem	500	2.000	2.000		4.500
Faglig udvikling og evaluering	400	250	250		900
Varig hjælp i foreningslivet:					
- Sårbare borgere hjælpes over i foreningslivet	1.000	1.000	1.000		3.000
<i>Connecting partners</i>					
-Projektimplementering	500	500	500		1.500
-Intervention	1.000	1.000	1.000		3.000
Udgifter til service i alt	7.164	10.578	10.578		28.320

Tekniske oplysninger

Risikovurdering

Der vurderes ikke at være risici for projektets økonomi og tidsplan.

Tidligere afsatte midler

Tabel 3. Tidligere afsatte midler på området

<i>(1.000 kr., løbende p/l)</i>	2011	2012	2013	2014	2015
Budgetaftale 2011:					
- Udgående sundhedsindsats - mindre ulighed	4.000	5.000	5.000	5.000	5.000
Budgetaftale 2013:					
- Styrket indsats for egenomsorg		2.200	1.100		
- Aktiv udslusning fra sundhedshusene i samarbejde med idrætsforeninger og frivillige organisationer		300	300	300	300
- Røgfrit København 2025		10.000	10.000	10.000	10.000
Budgetaftale 2014:					
- Fysisk aktivitet som behandling				1.500	1.500
- Lige og effektiv adgang til sundhed				1.550	1.550
- Pas godt på borgernes lunger				900	200

Afsatte midler i alt	4.000	17.500	16.400	19.250	18.550
----------------------	-------	--------	--------	--------	--------

Kompetenceudvikling

SU22. Kompetenceafklaringsværktøj

Baggrund

For at styrke medarbejdernes faglige udvikling er det centralt, at mellemliderne kan arbejde systematisk med medarbejdernes kompetenceudvikling. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er derfor i gang med at udvikle et it-baseret værktøj til kompetenceafklaring og -udvikling, der forventes færdigudviklet i 2014. For at udnytte potentialerne i værktøjet forudsætter det, at mellemliderne klædes på til at udnytte de nye muligheder.

Indhold

Der ønskes iværksat en betydelig kompetenceudviklende indsats for mellemlidere på alle plejecentre og hjemmeplejeenheder i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Indsatsen sker i sammenhæng med implementeringen af kompetenceafklaringsværktøjet, og har til formål at styrke værktøjets anvendelse og den faglige dialog mellem leder og medarbejder og herigennem styrke medarbejdernes faglige udvikling og udvikling af medarbejdernes faglige råderum.

Kompetenceudviklingsprogrammet består af:

- Undervisningspakke for ca. 300 ledere af 2-3 dages varighed, hvori der undervises i værktøjets funktionaliteter, anvendelsesprincipper, den gode dialog med medarbejderen samt værktøjets sundhedsfaglige indhold. Undervisningen forventes at skulle varetages af interne ressourcepersoner, der uddannes via et "train-the-trainer" forløb.
- Afholdelse af 5 minikonferencer á 1 dags varighed for de 5 lokalområders enheds- og mellemlidere. Det overordnede tema vil være sammenhængen mellem faglig ledelse og kompetenceafklaring og -udvikling.
- Fagligt vejledningsforløb over ca. 9 måneder for ca. 300 mellemlidere baseret på aktionslæringsprincipper. Deltagerne deler refleksioner, erfaringer og modtager faglig supervision, der styrker deres kompetencer i at levere faglig ledelse via kompetenceafklaring og -udvikling.
- Udvikling og implementering af e-læringsmodul som støtter lederne i at levere faglig ledelse via kompetenceafklaringsværktøj.

Overordnede målsætninger og effekter

Aktiviteterne klæder lederne på til at sikre, at de politiske visioner om udvikling af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelser kan føres ud i livet, herunder at understøtte tillidsdagsordenen.

Tabel 1: Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

(Del)aktivitet	Afledt effekt
Kompetenceudviklingsprogram for mellemledere ifm. implementering af kompetenceafklaringsværktøj	- Styrket kvalitet i den faglige ledelse. - Øget faglig kvalitet i de borgerrettede ydelser.

Økonomi

Tabel til udgifter til service

Tabel 2. Serviceudgifter

(1.000 kr. – 2015 p/l)	2015	2016	2017	2018	I alt
Kompetenceudviklingsprogram:					
Udvikling af undervisningskoncept samt gennemførelse af train-the-trainer forløb	500				500
5 minikonferencer om sammenhæng mellem faglig ledelse og kompetenceafklaring/udvikling	250				250
Udvikling af aktionslæringskoncept	250				250
Gennemførelse af fagligt vejledningsforløb for ca. 300 ledere	550	550			1.100
Udvikling og implementering af e-læringsmodul	400				400
Licens til afvikling af e-læring	100	100			200
Udgifter til service i alt	2.050	650			2.700

Tekniske oplysninger

Risikovurdering

Der vurderes ikke at være nogen risici for projektets økonomi og tidsplan.

Tidligere afsatte midler

Tabel 3. Tidligere afsatte midler på området

(1.000 kr., løbende p/l)	2011	2012	2013	2014	2015
Budgetaftale 2012:					
- Mere tid til faglig ledelse		8.700	8.700	7.700	6.600
Afsatte midler i alt		8.700	8.700	7.700	6.600

SU24. Kompetenceudvikling til sundheds- og omsorgsmedarbejdere

Baggrund

De faglige krav til sundheds- og omsorgsmedarbejderne i SUF er stigende, som følge af blandt andet:

- Tillidsdagsordenen med fokus på medarbejdernes faglige råderum, paradigmeskiftet fra passiv til aktiv omsorg og fokus på borgernes selvbestemmelse.
- Fokus på sammenhængende borgerforløb for borgere med komplekse helbredsproblemer.
- Nye og fagligt krævende opgaver.
- Stigende krav til kvalitetsudvikling, effekt og dokumentation.

Det giver behov for kompetenceudvikling af frontmedarbejderne, så de fortsat kan sikre en høj faglig kvalitet i ydelserne til borgerne.

Indhold

Der stilles forslag om 3 indsatser vedr. kompetenceudvikling for medarbejderne på sundheds- og omsorgsområdet.

a) Sammenhængende borgerforløb

Antallet af borgere med kroniske og komplekse sundhedsproblemer stiger. De har typisk kontakt med mange forskellige enheder. Når borgerne indlægges, behandles de på et eller flere hospitalsafsnit. De vender måske hjem til en akut plejeenhed eller til rehabilitering, inden de igen flytter til eget hjem med genoptræning eller til en plejebolig. Undervejs møder borgerne en række forskellige fagpersoner, fra forskellige enheder, med forskellige opgaver. Hvis den enkelte borger skal være centrum for et sammenhængende forløb, skal medarbejderne kunne koordinere og samarbejde på tværs. Det er nødvendigt for at undgå, at fagpersoner i en enhed slipper borgeren, uden at andre fagpersoner tager over med de tilbud, borgeren har brug for. Ligeledes er der behov for at ruste mellemlederne til at lede den tværfaglige praksis. Behovet for øgede kompetencer til at koordinere sammenhængende borgerforløb er dokumenteret ifm. arbejdet med ny ældrepolitik i SUF.

Et tværfagligt uddannelsesforløb på 4 dage på tværs af faggrupper, enheder og lokalområder kan klæde medarbejdere og ledere på til deres opgaver med at koordinere sammenhængende borgerforløb. Det målrettes medarbejdere og mellemledere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Forløbet giver deltagerne fælles modeller og metoder, som mindsker typiske faldgruber og kvalificerer samarbejdet på tværs af fag og sektorer. De får overblik over forskellige enheders og faggruppers opgaver, ansvar og roller. Desuden får deltagerne fælles viden om, hvordan de kan sætte borgernes ønsker og behov i centrum i de sammenhængende forløb. En del af forløbet sætter fokus på ledere og medarbejders forskellige kompetencebehov. Det følges op af fælles undervisning med fokus på samspillet mellem ledere og medarbejdere.

Deltagerne arbejder specifikt med at omsætte den nye viden i praksis i egne enheder. 500 medarbejdere og 100 mellemledere deltager.

Sygeplejerskerne har en nøglerolle. For at sikre et højt fagligt grundlag for koordineringen suppleres forløbet med et tilbud om efteruddannelse i sygeplejefaglig vurdering på diplomniveau. Der oprettes 2 hold, som omfatter ca. 56 medarbejdere.

E-læring kan forøge udbyttet af forløbet. Det kan understøtte, at den nye viden omsættes til en ny fælles faglig praksis i hverdagen. Derfor udvikles et E-læringsmodul om koordinering af sammenhængende forløb for borgere i forløbsprogrammer. Det udvikles i samarbejde med Region Hovedstaden. E-læring kan som fælles refleksionsredskab støtte de medarbejdere, der deltager i forløbet, i at viderebringe den nye viden til deres øvrige kolleger. Målgruppen er sygeplejersker og terapeuter - i første omgang ca. 1.200 medarbejdere i SUF.

Der søges om driftsmidler på 4,16 mio. kr. i 2015 og 0,1 mio. kr. i 2016 og frem.

b) Videreuddannelse af SOSU-medarbejdere

Hospitalernes tilbud og behandlingsformer ændres med kortere indlæggelser og mere ambulante behandling. Det betyder, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningens medarbejdere skal kunne løfte nye og fagligt krævende opgaver. I de senere år har forvaltningen desuden prioriteret en række fagligt komplekse opgaver, som forløbsprogrammer for borgere med komplekse sundhedstilstande, tidlig opsporing af sygdomstegn, forebyggelse af (gen-)indlæggelser og rehabilitering.

I 2012 blev SOSU-uddannelserne fornyet, så de bedre matcher de nye faglige krav til medarbejderne. De medarbejdere, som er uddannet før 2012, har behov for en tilsvarende faglig opkvalificering for at kunne sikre høj kvalitet i ældreplejen. Et forløb på 16 dage, finansieret gennem ældrepakken, er udviklet og afprøvet af 250 medarbejdere i 2014. Men der er brug for at fortsætte tilbuddet for ca. 225 medarbejdere (SOSU-hjælpere og SOSU-assistentter) fra 2015-18. Forløbet afholdes som erhvervsuddannelse. Udgifterne dækker vikardækning for social- og sundhedsassistenterne. SOSU-hjælpernes deltagelse finansieres ved jobrotation.

E-læring kan forøge udbyttet af forløbet ved at bidrage til, at den nye viden omsættes til en ny fælles faglig praksis i hverdagen. Derfor understøttes forløbet af et E-læringsmodul om demens, der er et centralt tema i opkvalificeringsforløbet. E-læring kan som fælles refleksionsredskab støtte de medarbejdere, der deltager i forløbet, til at viderebringe den nye viden til deres kolleger. Modulet bygger på den e-læringsplatform, der allerede anvendes i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Der søges om 2,5 mio. kr i 2015, 2,1 mio. kr. i hhv. 2016, 2017 og 2018, heraf 0,1 mio. kr. varigt.

c) Læse og skriveindsats – it-hjælpeværktøj til frontmedarbejdere uden grundlæggende færdigheder

En screening af 3.300 frontmedarbejdere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har vist, at 42 pct. har brug for at få styrket deres læse- og skrivefærdigheder. Forvaltningen har tilbudt medarbejderne læse- og skriveundervisning, og det har 670 personer indtil videre taget imod. Det er en stor udfordring, at mange medarbejdere ikke har helt grundlæggende læse- og skrivefærdigheder, og derved svært ved at leve op til de skriftlige krav i deres arbejde. Det har betydning for kvaliteten og omfanget af den dokumentation, der laves i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, og det har betydning for den faglige kommunikation i og mellem faggrupper.

Derfor forslås det, at medarbejderne udover læse- og skriveundervisning også tilbydes adgang til it-hjælpeværktøjer. It-hjælpeværktøjerne kan støtte medarbejderne, når de skal læse og skrive i arbejdsmæssige sammenhænge, og derved sikre mere og bedre dokumentation. Værktøjerne kan bruges af alle, uanset hvilken udfordring man har med at læse og skrive.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen gennemfører et pilotprojekt i 2014, hvor en gruppe medarbejdere afprøver værktøjerne i deres hverdag, mhp. fuld udrulning til alle frontmedarbejdere, som har vanskeligt ved at læse og skrive, fra og med 2015. Pilotprojektet udvikles i samarbejde med digitaliseringsmatrixen.

Der søges om driftsmidler på 2,54 mio. kr. i 2015, 0,32 mio. kr. i 2016 og 0,33 mio. kr. i 2017 - 2018 - heraf 0,16 mio. kr. varigt.

Overordnede målsætninger og effekter

Tabel 1: Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

(Del)aktivitet	Afledt effekt
<i>Sammenhængende borgerforløb: - Tværgående uddannelsesforløb (4 dage) for 500 medarbejdere og 100 mellemledere - Efteruddannelse i sygeplejefaglig vurdering på diplomniveau for 56 medarbejdere – 2 hold - Udvikling af E-læringsmodul om koordination af forløbsprogrammer</i>	<i>Støtter sammenhængende forløb med borgeren i centrum.</i>
<i>Videreuddannelse af SOSU-medarbejdere: - opkvalificering af 225 medarbejdere uddannet før 2012 (16 dage) - Udvikling af E-læringsmodul om demens</i>	<i>Understøtter at yderligere 225 medarbejderne er fagligt rustede til at leve op til de faglige krav i arbejdet.</i>
<i>Læse og skriveindsats – it-hjælpeværktøj til frontmedarbejdere uden grundlæggende færdigheder: - 1.800 medarbejdere undervises i it-hjælpeværktøjerne - Udpegning af nøglepersoner i hvert lokalområde - Erfaringsopsamling og evaluering</i>	<i>Skaber højere kvalitet i den faglige kommunikation og dokumentation i borgersager.</i>

Økonomi

Tabel til udgifter til service

Tabel 2. Serviceudgifter

<i>(1.000 kr. – 2015 p/l)</i>	2015	2016	2017	2018	I alt
Sammenhængende borgerforløb:					
Udvikling og afholdelse af tværgående uddannelsesforløb, inkl. lokaler og forplejning	2.260				2.260
Sygeplejefaglig vurdering Diplommodul – 2 hold	600				600
Udvikling af E-læringsmodul	400				400
Licenser	100	100	100	100	400
Videreuddannelse af SOSU- medarbejdere:					
Vikardækning for 112 sosu- assistenter	2.000	2.000	2.000	2.000	8.000
Udvikling af E-læringsmodul - demens	400				400
Licenser	100	100	100	100	400
Læse og skriveindsats:					
Licenser og download af app	214	154	158	161	687
Uddannelse og forplejning	2.000	170	170	170	2.510
Kommunikation, forankring og evaluering	325				325
Udgifter til service i alt	8.799	2.524	2.528	2.531	16.782

Midler til licenser/download af app under alle tre indsats søges varigt.

Udgifterne til vikardækning for 112 sosu-assistenter er skalerbare i forhold til at kompensationsgraden kan sænkes fra de nuværende 100% til fx 70%.

Tekniske oplysninger

Risikovurdering

Der vurderes ikke at være nogen risici for projektets økonomi og tidsplan.

Tidligere afsatte midler

Tabel 3. Tidligere afsatte midler på området

<i>(1.000 kr., løbende p/l)</i>	2011	2012	2013	2014	2015
Budgetaftale 2011:					
- Uddannelse af medarbejdere - ældreområdet	23.000	23.000	23.000	23.000	23.000
Afsatte midler i alt	23.000	23.000	23.000	23.000	23.000

De afsatte midler i budgetaftale 2011 bidrog til delvis dækning af budgetaftaleophør på kompetenceudviklingsområdet fra budgetaftale 2018 og 2010 på -33,3 mio. kr. i 2011 p/l.

Der er fra Ældrepuljen i 2014 afsat midler til videreuddannelse af SOSU-medarbejderne (3,0 mio. kr., heraf 2,5 mio. kr. til SUF).