



Bilag 5

# Budget 2011

## Driftsfokusområder



## Indledning

På Sundheds- og Omsorgsudvalgets budgetseminar, d. 3. og 4. marts 2010 fremlagde Sundheds- og Omsorgsforvaltningen 'Forslag til Budgetønsker'. Forvaltningen har efterfølgende opdelt dette dokument i to:

- 'Forslag til budgetønsker – Anlæg'
- 'Driftsfokusområder' (nærværende dokument)

Opdelingen er foretaget, da det udelukkende er budgetønsker vedr. anlæg, der må indgå i det budgetforslag, som Sundheds- og Omsorgsudvalget skal aflevere til Økonomiforvaltningen 5. maj 2010. Nærværende dokument omhandler således udelukkende driftsfokusområder i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Jf. Sundheds- og Omsorgsudvalgets forespørgsel på budgetseminaret er følgende driftsfokusområder uddybet:

- 'Fælles høj kvalitet for alle ydelser i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen'
- 'Kvalitetsløft i ydertimer på plejehjem'
- 'Udvidelse af demensområdet mhp. 4-ugers garanti'
- 'Kost til personer fra andre kulturer'

Driftsfokusområdet nr. 24 'Klippekort' er uddybet nærmere i det selvstændige dokument 'Oversigt over kompetenceudvikling og konsekvens af de midlertidige klippekortsmidlers ophør', der blev fremlagt som bilag 4 i forbindelse med Sundheds- og Omsorgsudvalgets 1. behandling af budgetforslag 2011 på udvalgsmøde d. 25. marts 2010.

To nye driftsfokusområder er føjet til siden Sundheds- og Omsorgsudvalgets budgetseminar:

- 'Plan for seksuel sundhed'
- 'Sосу-elever' (som tidligere er omtalt i bilag 1 til 'Notat vedr. regnskab 2009', der blev fremlagt i forbindelse med Sundheds- og Omsorgsudvalgets budgetseminar d. 3. og 4. marts 2010).

Endeligt er forslaget 'Styrke sygeplejen på plejehjem' udgået, i det Borgerrepræsentationen d. 25. marts 2010 har bevilget varige midler svarende til de ønskede 15 mio. kr. årligt, som del af vedtagelsen af Kickstart København. I forbindelse med Kickstart København er demensområdet også tilført varige midler for 5,5 mio. kr. årligt, hvorfor forslaget 'Udvidelse af demensområdet mhp. 4-ugers garanti' er reduceret til 13,8 mio. kr.

Forvaltningens 7 højst prioriterede driftsfokusområder – som også blev fremlagt i forbindelse med Sundheds- og Omsorgsudvalgets 1. behandling af budget 2011 - fremgår af selvstændig oversigt.



# Indholdsfortegnelse

<a href="#">Oversigt</a>	4
<a href="#">Sundheds- og Omsorgsforvaltningens prioritering af driftsfokusområder</a>	5
<a href="#">Udvidelse af kapacitet for midlertidige pladser</a>	6
<a href="#">Notat om sundhedshuse budget 2011</a>	9
<a href="#">Etablering og drift af det 4. sundhedshus</a>	10
<a href="#">Tid til ledelse på mellemliderniveau</a>	11
<a href="#">Sосу-assistenten i hjemmeplejen</a>	12
<a href="#">Fælles høj kvalitet for alle ydelser i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen</a>	13
<a href="#">Kvalitetsløft i ydertimer på plejehjem</a>	15
<a href="#">Udvidelse af demensområdet mhp. 4-ugers garanti</a>	17
<a href="#">Reduktion af forebyggelige indlæggelser – en tidlig indsats i hjemmet</a>	21
<a href="#">Inkontinens, herunder optimering af bleområdet</a>	22
<a href="#">Bedre ernæring på plejehjem og i hjemmeplejen</a>	23
<a href="#">Indsatser der kan bedre de ældres ernæringstilstand og måltider</a>	26
<a href="#">Kost til hjemmeboende borgere fra andre kulturer</a>	30
<a href="#">Budget 2011: Forebyggelse af social ulighed i sundhed</a>	32
<a href="#">Forebyggelse af social ulighed i sundhed i nærmiljøet</a>	33
<a href="#">Borgerrettede sundhedstilbud i Forebyggelsescentrene</a>	35
<a href="#">Målrettet rekruttering til de borgerrettede sundhedstilbud</a>	36
<a href="#">Sundhedsfremme på arbejdspladsen – sundhedsledelse</a>	37
<a href="#">Budget 2011: Sundhedspolitik 2011 – 2014</a>	39
<a href="#">Sundhedsbarometer</a>	40
<a href="#">Fremme af aktiv transport – samarbejde mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Teknik- og Miljøforvaltningen</a>	41
<a href="#">Afprøvning af sundhedskonsekvensvurderinger</a>	43
<a href="#">Forebyggelse af utilsigtede hændelser</a>	44
<a href="#">Udvikling af samarbejdet mellem almen praksis og hjemmesygeplejen</a>	46
<a href="#">Plan for seksuel sundhed</a>	47
<a href="#">Sосу-elever</a>	48

## Oversigt

Nr.	Forslag	Mio. kr.
<b>KAPACITET</b>		
1	Udvidelse af kapacitet for midlertidige pladser <i>Indledende notat til efterfølgende ønske: Notat om Sundhedshuse, budget 2011</i>	33,4
2	Etablering og drift af det 4. sundhedshus*	3,0
<b>I alt</b>		<b>36,4</b>
<b>KVALITETSLØFT</b>		
3	Tid til ledelse på mellemliderniveau	1,6 - 4,8
4	Sosu-assistenter i hjemmeplejen	0,9 - 1,7
5	Fælles høj kvalitet for alle ydelser i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen	3,1
6	Kvalitetsløft i ydertimer på plejehjem	10,0
7	Udvidelse af demensområdet mhp. 4-ugers garanti	13,8
8	Reduktion af forebyggelige indlæggelser - en tidlig indsats i hjemmet	8,0
9	Inkontinens, herunder optimering af bleområdet	3,5
10	Bedre ernæring på plejehjem og i hjemmeplejen	31,2
11	Indsatser der kan bedre de ældres ernæringstilstand og måltider	17,6
12	Kost til hjemmeboende borgere fra andre kulturer	0,9
<b>I alt</b>		<b>90,6 - 94,6</b>
<b>NYE SUNDHEDSYDELSER</b>		
	<i>Indledende notat til efterfølgende ønsker: Forebyggelse af social ulighed i sundhed</i>	
13	Forebyggelse af social ulighed i sundhed i nærmiljøet	4,0
14	Borgerrettede sundhedstilbud i Forebyggelsescentrene	8,3
15	Målrettet rekruttering til de borgerrettede sundhedstilbud	1,5
16	Sundhedsfremme på arbejdspladsen - sundhedsledelse	1,0
	<i>Indledende notat til efterfølgende ønsker: Sundhedspolitik 2011 - 2014</i>	
17	Sundhedsbarometer	0,8
18	Fremme af aktiv transport - samarbejde mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Teknik- og Miljøforvaltningen	9,0
19	Afprøvning af sundhedskonsekvensvurdering	0,5
20	Forebyggelse af utilsigtede hændelser	2,7
21	Udvikling af samarbejdet mellem almen praksis og hjemmesygeplejen	1,0
22	Plan for seksuel sundhed	1,5
<b>I alt</b>		<b>30,3</b>
<b>SOSU-ELEVER</b>		
23	Sosu-elever	19,0
<b>I alt</b>		<b>19,0</b>
<b>BUDGETAFTALEOPHØR</b>		
24	Klippekort	33,1
25	Palliative pladser	2,8
26	Bedre ældremad - kvalitetsløft og økologi	2,2
<b>I alt</b>		<b>38,1</b>
<b>I ALT</b>		<b>214,4 - 218,4</b>

\* Foruden de 3,0 mio. kr. i driftsudgifter indeholder forslaget også anlægsudgifter for 47,5 mio. kr.

## Sundheds- og Omsorgsforvaltningens prioritering af driftsfokusområder

Prioritering	Kategori	Nr	Forslag	Drift Mio. kr.
1	Budgetaftaleophør	24	Klippekort	33,1
2	Budgetaftaleophør	25	Palliative pladser	2,8
3	Kvalitetsløft	6	Kvalitetsløft i ydertimer på plejehjem	10,0
4	Nye sundhedsydelse	14	Borgerrettede sundhedstilbud i Forebyggelsescentrene	8,3
5	Nye sundhedsydelse	15	Målrettet rekruttering til de borgerrettede sundhedstilbud	1,5
6	Kapacitet	1	Udvidelse af kapacitet for midlertidige pladser	33,4
7		23	Sosu-elever	19,0
<b>I ALT</b>				<b>108,1</b>

<b>Forslagsstiller</b>	<b>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen</b>				
<b>Forslag 1</b>	<b>Udvidelse af kapacitet for midlertidige pladser</b>				
<b>Bevilling</b>	Pleje, service og boliger for ældre				
<b>Styringsområde</b>	Efterspørgselsstyret service				
<b>Økonomiske konsekvenser</b> 1.000 kr. – 2011 PL					
<b>Forslag</b>	<b>Funktion</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>Samlet nettoændring</b>	<b>5.32.32.1</b>	<b>33.400</b>	<b>33.400</b>	<b>33.400</b>	<b>33.400</b>
<b>Personalemæssige konsekvenser</b>		<b>+84</b>	<b>+84</b>	<b>+84</b>	<b>+84</b>

### Beskrivelse af forslaget

Dette forslag omhandler et stort udsnit af kommunens midlertidige døgnpladser, nemlig:

- rehabiliteringspladserne,
- den akutte plejeenhed (APE),
- akutpladserne på Gammel Kloster,
- de fleksible pladser (som kan bruges som henholdsvis rehabilitering eller APE afhængigt af det aktuelle behov),
- TOP-pladserne (selvvisitering).

I den plan for de midlertidige pladser, som blev vedtaget af SOU den 11. februar 2010, arbejdes der i fremtiden kun med tre pladstyper, jf. nedenstående tabel. Opgaven er at give et skøn over, hvor mange pladser der bør være i 2014. Udgangspunktet er det antal af pladser, som vil forefindes med udgangen af 2010. Fra det øjeblik kan en udbygning finde sted. Udbygningstakt, lokalisering, tilpasning til ændringer i kommunens plejehjemmasse mv. berøres ikke i dette notat. Derimod gives der et bud på, hvor mange pladser der bør være primo 2014.

### 1. Oversigt: Antal midlertidige pladser ultimo 2010 og primo 2014

**Tabel 1**

	Ultimo 2010	Primo 2014	Udbygning
Rehabilitering	202	260	58
APE	36	75	9
Akutpladser	12		
Fleksible: Rehab/APE	18		
TOP	15	15	0
<b>I alt</b>	<b>283</b>	<b>350</b>	<b>67</b>

### 2. Uddybning

#### 2.1. Rehabiliteringspladserne:

##### *Målsætning:*

- I 2014 skal 40% af borgerne på rehabiliteringspladser være henvist fra eget hjem
- I 2014 skal antallet af borgere på rehabiliteringspladser, der er henvist fra hospital, være det samme som i 2010.

Ovenstående kan sammenfattes i følgende tabel, som fastlægger hvorfra borgerne kommer til en rehabiliteringsplads i henholdsvis 2010 og 2014:

**Tabel 2**

	Aktuel fordeling (skøn). Primo 2010	Målsætning 2014
Fra eget hjem	10 %	40 %
Fra hospital	90 %	60 %
<b>I alt</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Målsætningen indebærer, at antallet af pladser udvides med 58 pladser indenfor perioden 2011-2014; jf. oversigten over midlertidige pladser, tabel 1. I udvidelsen er taget højde for, at der sker:

- en demografertilpasning,
- en forøgelse af belægningsprocenten ned 4 %
- en reduktion af den gennemsnitlige opholdstid på 9 %.

Denne tilpasning er uddybet i tabel 5 slutningen af papiret.

Hvis alene disse tre tilpasninger skulle være gældende, så skulle pladstallet i 2014 have været 156. Men det er 260. *Således udvides pladstallet med i realiteten 104 pladser.*

Udvidelsen med 104 pladser sker med det *formål* at give en væsentlig større mulighed for at især hjemmeboende, men også andre borgere med særlig behov kan få både et kort ophold og et vurderingsophold, samt – om nødvendigt – et genoptræningsforløb.

Således vil kapacitetsudvidelsen bidrage væsentligt til at rehabiliteringspladserne kan føre til en generel forebyggelse af tab af funktionsevne og dermed frembringe en mindre hospitalisering og at borgeren kan forblive længst muligt i eget hjem. En udvidelse kan bidrage til at bryde "den uheldige strøm", som i vidt omfang hersker på rehabiliteringspladserne i dag, nemlig at de hjemmeboende borgere skal på hospitalet før de kan komme på et rehabiliteringsophold. Det ekstra antal pladser gør, at kommunen kan gribe borgeren før et hospitalsophold bliver nødvendigt.

## 2.2 APE/akutpladser/fleksible pladser:

### *Målsætning:*

- I 2014 skal 50% af borgere på APE/akutpladser/fleksible pladser være henvist fra eget hjem,
- I 2014 skal antallet af borgere på APE/akutpladser/fleksible pladser, der er henvist fra hospital, være det samme som i 2010.

Ovenstående kan sammenfattes i følgende tabel, som fastlægger hvorfra borgerne kommer borgerne til en akutplads mv. i henholdsvis 2010 og 2014:

**Tabel 3**

	Aktuel fordeling (skøn). Primo 2010	Målsætning 2014
Fra eget hjem	0 %	50 %
Fra hospital	100 %	50 %
<b>I alt</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

I dag er der i alt 66 APE/akutpladser/fleksible pladser. Hvis der skulle ske en demografertilpasning af de 66 pladser, så skulle der i 2014 være omkring 60 pladser. På baggrund af den opstillede målsætning er vurderingen, at der i 2014 er behov for 75 pladser. *Således udvides pladstallet med i realiteten 15 pladser.*

Formålet er at tilvejebringe en kapacitet, der gør det muligt – som led i en tidlig indsats (opsparing) overfor hjemmeboende borgere, at kunne tilbyde en midlertidige akut døgnplads, som alternativ til hospitalsindlæggelse.

Målsætningen om, at opnå en 50/50 fordeling senest primo 2014 bør forsøges gradvist opnået i takt med at der sker en reel udbygning af pladserne. Det kan kræve, at der træffes en beslutning om, at en vis andel af pladserne bliver "forhåndsreserveret" til borgere fra eget hjem.

### 3. Økonomi i forbindelse med etableringen af midlertidige døgnpladser

Nettotilgangen af pladser frem til 2014 beskrives i følgende tabel:

**Tabel 4**

Plads-type	Antal pladser	Pris kr. (2011 p/l)	Ekstra medarbejdere
Rehabiliteringspladser	58	28.346.306	72
APE/akutpladser/fleksible pladser	9	5.036.750	12
<b>I alt:</b>	<b>67</b>	<b>33.383.056</b>	<b>84</b>

Nettotilgangen kan både ske i begyndelsen af perioden, eller finde sted længere fremme mod 2014.

Etableringen af de 67 ekstra pladser forventes at medføre en besparelse på ca. 2 mio. kr. på betalingen til regionen for færdigbehandlede patienter og ca. 3 mio. kr. på indlæggelser.

### 4. Teknisk reduktion af antallet af rehabiliteringspladser

Af nedenstående tabel fremgår, hvorledes antallet af rehabiliteringspladser alene skulle bestemmes af geografi, fuld kapacitetsudnyttelse og reduktion af den gennemsnitlige opholdstid.

**Tabel 5**

		2010	2011	2012	2013	2014
	Korrektion					
Antal pladser efter demografikorrektion		196	191	187	183	180
Reducere antal pladser ved fuld kapacitetsudnyttelse	4 %	7,8	7,6	7,5	7,3	7,2
Reducere antal pladser ved reduktion af gns. opholdstid	9 %	17,6	17,2	16,8	16,5	16,2
<b>Antal pladser efter ovenstående tilpasninger</b>		<b>171</b>	<b>166</b>	<b>162</b>	<b>159</b>	<b>156</b>

Udgangspunktet er, at der i 2009 var 202 pladser. Men i 2010 slår tilpasningerne igennem. Således skulle der kun være 171 i 2010. Og 156 pladser i 2014. Tabellen er opbygget så man kan se, hvor meget demografi, fuld kapacitetsudnyttelse og kortere opholdstider bidrager med. I regnestykket stiger kapacitetsudnyttelsen med 4 % - fra 94 % i 2009 til 98 %. Endvidere reduceres den gennemsnitlige opholdstid med 9 %, hvilket er et forsigtigt skøn baseret på evalueringsrapporten af rehabiliteringspladserne af 4. sept.

### Hvilke konsekvenser indebærer forslaget for medarbejdertilfredshed, brugertilfredshed og kvalitet

Det centrale i forslaget er, at samtidig med, at der kan komme et uændret antal borgere fra hospitalerne til de midlertidige pladser, så vil den forøgede kapacitet betyde, at flere hjemmeboende kan få tilbud om rehabilitering før borgeren kommer i en situation, hvor hospitalsindlæggelse bliver nødvendig. Dette vil spare både borgeren, kommunen og hospitalerne for en hospitalsindlæggelse (som ofte efterfølges af et ophold på en rehabiliteringsafdeling).

### Nøgletal, herunder sammenligning med 6-byerne



**Ligger aktiviteten evt. i forlængelse af eksisterende planer, politikker mv.**

Forslagets bygger oven på "Plan for de midlertidige døgnpladser i Københavns Kommune", som Sundheds- og Omsorgsudvalget vedtog d. 11. februar 2010.

**Samlet budget for området**

## Notat om sundhedshuse budget 2011

### Det borgernære sundhedsvæsen

I 2009 godkendte Sundheds- og Omsorgsudvalget strategi for det borgernære sundhedsvæsen.

Det centrale i strategien er udvikling af de kommunale sundhedstilbud med borgeren i centrum.

Ambitionen er

- Integration af sundhedsvæsenet – sammenhæng i primær sektor
- Systematisk flytning af opgaver til det kommunale niveau
- Fagligt og organisatorisk fokus i lokalområdet – herunder infrastruktur
- Kommunen som motor

Det kræver

- Infrastruktur
- Tilrettelæggelse af egen opgaveløsning
- Sundhedshuse
- Faglighed i de kommunale sundhedstilbud
- Sammenhæng i overgange mellem hospital og kommune
- Sammenhæng i primær sektor

### Sundhedshuse i Københavns Kommune

Sundheds- og Omsorgsudvalget har i juni 2009 godkendt en udbygningsplan for sundhedshuse i kommunen.

#### *Mål for sundhedshuse*

Sundhedshusene skal være med til at forbedre sundheden for københavnere i alle aldre, og være det naturlige sted at henvende sig, når det handler om de sundhedstilbud, der ligger uden for hospitalerne.

Et sundhedshus i hver bydel skal udgøre grundlaget for udviklingen af infrastrukturen i det primære sundhedsvæsen

Sundhedshuse er et centralt element i strategi for det borgernære sundhedsvæsen, hvor sundhedshuset er det organisatoriske omdrejningspunkt i kommunens drift, etablering og udvikling af de borgernære sundhedstilbud, der ligger uden hospitalerne.

Der er i dag sundhedshuse i Vesterbro-Kgs. Enghave og på Amager – og et sundhedshus i Vanløse er politisk godkendt, om end der for indeværende ikke er bevilget midler til etableringen.

#### *Etablering af det 4. sundhedshus i 2011*

I udbygningsplanen er det godkendt, at de næste sundhedshuse skal etableres i de bydele, hvor der i dag er forebyggelsescentre, der ikke ligger i et sundhedshus; dvs. Nørrebro og Østerbro.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen foreslår, at der oprettes et sundhedshus i 2011, og at det placeres på Nørrebro, idet den sociale ulighed på Nørrebro er større end på Østerbro. En mulig placering kunne være i De Gamles By. Dette vil dog fordre betydelig ombygning for at kunne rumme alle funktioner.

<b>Forslagsstiller</b>	<b>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen</b>				
<b>Forslag 2</b>	<b>Etablering og drift af det 4. sundhedshus</b>				
<b>Bevilling</b>	Sundhed & Pleje, service og boliger for ældre				
<b>Styringsområde</b>	Drift & Anlæg				
<b>Økonomiske konsekvenser</b> <i>1.000 kr. - 2011 PL?</i>					
<b>Forslag</b>	<b>Funktion</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Ombygning	4.62.88.3	47.500	-	-	-
Drift	4.62.88.1	3.000	3.000	3.000	3.000
<b>Samlet nettoændring</b>		<b>50.500</b>	<b>3.000</b>	<b>3.000</b>	<b>3.000</b>
<b>Personalemæssige konsekvenser</b>					
<b>Beskrivelse af forslaget</b>					
<p>Sundheds- og Omsorgsudvalget har vedtaget en udbygningsplan for sundhedshuse. Der skal etableres et sundhedshus i hver bydel.</p> <p>Der vil fra efteråret 2010 være sundhedshuse på Vesterbro-Kgs. Enghave-Valby og Vanløse. Det er tidligere besluttet, at der først skal etableres sundhedshuse i de bydele, hvor der i dag er forebyggelsescentre; dvs. på Nørrebro og Østerbro.</p> <p>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen foreslår, at det næste sundhedshus placeres på Nørrebro, fordi den sociale ulighed er størst her. En mulig placering kan være i lokaler i De Gamles By. Der er ca. 3200 kvm. til rådighed i 3 bygninger ud mod Nørre Alle. Med forbehold for en gennemgribende besigtigelse, udarbejdelse af detaljeret byggeprogram samt nøjagtig arealberegning skønnes det foreløbigt, at den samlede udgift til ombygning vil beløbe sig til ca. 47,5 mio. kr. (beregnet med udgangspunkt i erfaringspriser)</p> <p>Skal der arbejdes videre med en placering i De Gamles By, skal der tilknyttes en rådgiver, der kan foretage de nødvendige forundersøgelser og beregne en mere præcis pris.</p> <p>Bliver det besluttet at placere det næste sundhedshus på Nørrebro, kan andre placeringer i lokalområdet også overvejes. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vil arbejde videre med alternative placeringer.</p>					
<b>Hvilke konsekvenser indebærer forslaget for medarbejdertilfredshed, brugertilfredshed og kvalitet</b>					
<b>Nøgletal, herunder sammenligning med 6-byerne</b>					
<b>Ligger aktiviteten evt. i forlængelse af eksisterende planer, politikker mv.</b>					
Forslaget er en implementering af den vedtagne udbygningsplan for sundhedshuse.					
<b>Samlet budget for området</b>					
50 mio. kr.					

<b>Forslagsstiller</b>	<b>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen</b>				
<b>Forslag 3</b>	<b>Tid til ledelse på mellemederniveau</b>				
<b>Bevilling</b>	Pleje, service og boliger for ældre				
<b>Styringsområde</b>	Efterspørgselsstyret service				
<b>Økonomiske konsekvenser</b> 1.000 kr. – 2011 PL					
<b>Forslag</b>	<b>Funktion</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Årligt 20-60 timer mere til ledelse i praksis	5.32.32.1	1.600- 4.800	1.600- 4.800	1.600- 4.800	1.600- 4.800
<b>Samlet nettoændring</b>	<b>5.32.32.1</b>	<b>1.600- 4.800</b>	<b>1.600- 4.800</b>	<b>1.600- 4.800</b>	<b>1.600- 4.800</b>
<b>Personalemæssige konsekvenser</b>		-	-	-	-
<p><b>Beskrivelse af forslaget</b></p> <p>Formålet er at sikre øget trivsel, et godt arbejdsmiljø, reduktion af sygefravær samt implementering af faglige standarder og redskaber gennem tid til ledelse på mellemederniveau.</p> <p>Med Københavns lederudviklingsprogram (LUP 3), trepartsaftaler og regeringens kvalitetsreform er behovet for ledelse, og i særdeleshed kompetente mellemedere anerkendt.</p> <p>Mellemedere oplever i det daglige et stort behov for bedre tid til at kunne bedrive ledelse i praksis, som vil være til gavn for blandt andet trivsel, sygefravær og arbejdsmiljø. Disse opgaver nedprioriteres ofte i hverdagen til fordel for borgervendte opgaver, hvilket på sigt kan have negative personalemæssige konsekvenser.</p> <p>Der er derfor behov for at sætte tid af til at praktisere ledelse i det daglige og med særligt fokus på de mellemedere, der leder frontmedarbejderne, som har mødet med borgeren. Mellemedere i hjemmeplejen, på plejehjem og andre udførende enheder skal derfor have yderligere én time ugentligt, som er reserveret til ledelse.</p> <p>Det drejer sig om ca. 400 mellemedere, som typisk er teamledere eller afdelingsledere i enheder med borgerkontakt.</p>					
<p><b>Hvilke konsekvenser indebærer forslaget for medarbejdertilfredshed, brugertilfredshed og kvalitet</b></p> <p>Analysen af den seneste trivselsundersøgelse i forvaltningen viser, at især relationen til den nærmeste leder har stor effekt på arbejdsglæden hos medarbejderen og dermed trivsel, fravær og arbejdsmiljø. Mere tid til ledelse understøtter relationen til medarbejderen, herunder tid til opfølgning (både ris og ros).</p>					
<b>Nøgletal, herunder sammenligning med 6-byerne</b>					
<b>Ligger aktiviteten evt. i forlængelse af eksisterende planer, politikker mv.</b>					
<b>Samlet budget for området</b>					



<b>Forslagsstiller</b>	<b>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen</b>				
<b>Forslag 4</b>	<b>Sosu-assistenten i hjemmeplejen</b>				
<b>Bevilling</b>	Pleje, service og boliger for ældre				
<b>Styringsområde</b>	Efterspørgselsstyret service				
<b>Økonomiske konsekvenser</b> 1.000 kr. – 2011 PL					
<b>Forslag</b>	<b>Funktion</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Konvertering af gennemsnitligt 1-2 sosu-hjælperstilling pr. hjemmeplejegruppe	5.32.32.1	869 -1.737	869 -1.737	869 -1.737	869 -1.737
<b>Samlet nettoændring</b>	<b>5.32.32.1</b>	<b>869 -1.737</b>	<b>869 -1.737</b>	<b>869 -1.737</b>	<b>869 -1.737</b>
<b>Personalemæssige konsekvenser</b>		-	-	-	-
<b>Beskrivelse af forslaget</b>					
<p>Formålet er at sikre de rette kompetencer i forhold til stigende kompleksitet i plejeopgaverne og øgede kvalitetskrav i hjemmeplejen.</p> <p>Strategi for fremtidens sygepleje sætter fokus på at en række pleje- og behandlingsopgaver flytter fra sekundær til primær sektor. Det stiller større kompetencekrav til den kommunale hjemmepleje. Et fokus på øget faglighed hos medarbejderne i hjemmeplejen, som harmonerer med de større kompetencekrav, vil samtidig skabe øget trivsel blandt medarbejderne og understøtte en nærværende omsorg for de ældre københavnere. I forhold til fokus på forebyggelse og tidlig opsporing vil en bedre uddannet hjemmepleje fremme mulighederne for tidlig opsporing, herunder fx undervægt og demenssymptomer.</p> <p>Med henblik på at styrke kvaliteten og ressourcerne til at håndtere de stigende faglige udfordringer opkonverteres mellem 1-2 sosu-hjælperstillinger til sosu-assistentstillinger i hver af de ca. 65 hjemmeplejegrupper.</p>					
<b>Hvilke konsekvenser indebærer forslaget for medarbejdertilfredshed, brugertilfredshed og kvalitet</b>					
<p>Forslaget vil have en positiv effekt for medarbejdertilfredshed i kraft af at medarbejdernes kompetencer modsvarer kravene i de nye opgaver og de øgede faglige kompetencer i hjemmeplejen sikrer borgere en ydelse af høj faglig kvalitet.</p>					
<b>Nøgletal, herunder sammenligning med 6-byerne</b>					
<b>Ligger aktiviteten evt. i forlængelse af eksisterende planer, politikker mv.</b>					
Københavns Kommunes ældrepolitik og strategi for fremtidens sygepleje.					
<b>Samlet budget for området</b>					

<b>Forslagsstiller</b>	<b>Sundheds- og omsorgsforvaltningen</b>				
<b>Forslag 5</b>	<b>Fælles høj kvalitet for alle ydelser i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen</b>				
<b>Bevilling</b>	Pleje, service og boliger for ældre				
<b>Styringsområde</b>	Efterspørgselsstyret service				
<b>Økonomiske konsekvenser</b> 1.000 kr. - 2011 PL					
<b>Forslag</b>	<b>Funktion</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
	5.32.32.1	3.128	2.922	2.922	2.922
<b>Samlet nettoændring</b>	<b>5.32.32.1</b>	<b>3.128</b>	<b>2.922</b>	<b>2.922</b>	<b>2.922</b>
<b>Personalemæssige konsekvenser</b>					

### Beskrivelse af forslaget

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har konstant som mål at øge sikkerhed og forbedre den faglige kvalitet af ydelser. Den faglige kvalitet skal derfor følges og løftes over de kommende år. Løftet i kvalitet skal ved at definere hvad god kvalitet er i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, og hvordan forvaltningen vil følge op på, om vi leverer den kvalitet. Den fælles definition af kvalitet vil ske gennem udvikling og implementering af fælles kvalitetsdokumenter for forvaltningens ydelser. I dag er mange lokale dokumenter på plejehjem og i hjemmeplejen. Ofte i ringbind og mapper. Fremover skal være adgang til fælles up-to-date dokumenter i elektronisk form.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vil målrettet løfte kvaliteten inden 11 områder de kommende år, der alle er inden for sundhedsområdet. Arbejdet starter i 2010 inden for medicinering, men efterfølgende løftes kvaliteten indenfor bl.a. sårpleje, hygiejne og sammenhæng forløb. Det er alle områder, hvor forvaltningen har identificeret kvalitetsbrister, og/eller hvor der er nationale krav.

*Alle borgere*, der har brug for ydelser leveret efter Sundhedsloven, vil få gavn af indsatsen. Det indebærer også en systematisk og omfattende inddragelse af borgeren i udviklingen af forvaltningens ydelser. Det sker også i dag, men når der på en række områder ikke ét fælles kvalitetsniveau for hele forvaltningen, så kan det ikke spredes til gavn for hele byen.

*Alle medarbejdere*, der leverer ydelser efter Sundhedsloven, vil bruge kvalitetsdokumenterne til at løfte kvaliteten. Den fælles beskrivelse af kvalitet er en forudsætning for udvikling af kvaliteten. Når det er fælles dokumenter så kan ny faglig viden eller krav formidles effektiv til medarbejderne. Samtidigt er faglige ambitioner og systematik i forvaltningens arbejde med kvalitet afgørende for at kunne rekruttere særligt sygeplejersker fremover.

For at løfte opgaven skal følgende iværksættes:

- Udarbejdelse af mål for den faglige kvalitet for 11 områder inden for de kommende år. For hvert område beskrivelse den overordnede forventning og kvalitet, og hvordan den enkelte medarbejder handle for at opnå kvaliteten. Det indebærer inddragelse af faglige eksperter fra enhederne og eksterne eksperter.
- Systematisk løft af kvaliteten inden for de 11 områder. På hver enkelt enhed vil arbejdsgange blive justeret således, at de fremover er i overensstemmelse de fælles kvalitetsdokumenter.
- Årlig måling af den faglige kvalitet inden for alle de valgte områder. Det indebærer gennemførelse af selvevaluering på de enkelte enheder og løbende dokumentation af

kvalitetsniveauet.

- Etablering af tovholderfunktion i hvert lokalområde, der skal formidle brug af kvalitetsdokumenter og medvirke til evaluering kvaliteten på enhederne. For hvert område implementeres kræves kompetenceudvikling i brug og formidling af kvalitetsdokumenterne.
- Etablering af nøglepersonfunktion på hver enhed. Det forventes, at der vil være behov for ca. 100 nøglepersoner. For hvert område implementeres kræves kompetenceudvikling i brug og formidling af kvalitetsdokumenterne. For nøglepersonerne er afsat ressourcer til, at de kan videreformidle indholdet i kvalitetsdokumenterne til deres kollegaer.
- Etablering af funktion central i forvaltningen der skal varetage styringen af udarbejdelsen af kvalitetsdokumenter, sikring af IT-understøttelse af formidling af kvalitetsdokumenter og evaluering.
- Oprettelse af netværk i hvert lokalområde for nøglepersoner på enhederne og tovholdere med møder 3-4 gange årligt
- Dokumenter vil blive gjort tilgængelige i elektronisk form. Herunder vil forvaltningen udarbejde en systematik, så medarbejderne let kan identificere og bruge kvalitetsdokumenter. Udvidelse af/anskaffelse af eller udvikling af et dokumentstyringsredskab indgår i IT- stabens ønskeliste 2011 under emnet: Revitalisering. Indtil denne funktion er etableret vil kvalitetsdokumenter være tilgængelige på 1 side på kommunens intranet, og derfor er denne funktion omfattet af dette forslag.

#### **Hvilke konsekvenser indebærer forslaget for medarbejdertilfredshed, brugertilfredshed og kvalitet**

Borgerne vil opleve tilbud om ensartede kvalitetsmæssig pleje og omsorg i alle bydele.

Medarbejderne i udførerenhederne vil lettere kunne finde de relevante kvalitetsdokumenter, som de skal have adgang til og hvis indhold, de skal kende og anvende. Medarbejderne i lokalområderne og centralforvaltningen har mulighed for at bevare overblik over dokumentstyringsprocessen herunder høringer og tilbagemeldinger fra udførerenhederne.

#### **Nøgletal, herunder sammenligning med 6-byerne**

#### **Ligger aktiviteten evt. i forlængelse af eksisterende planer, politikker mv.**

Forslaget understøtter Sundheds- og Omsorgsforvaltningens indsats for udvikling af kvalitetsmodel inspireret af den fælles nationale kvalitetsmodel (Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet), embedslægetilsynene samt implementering af kvalitetsdokumenter

#### **Samlet budget for området**



<b>Forslagsstiller</b>	<b>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen</b>				
<b>Forslag 6</b>	<b>Kvalitetsløft i ydertimer på plejehjem</b>				
<b>Bevilling</b>	Pleje, service og boliger for ældre				
<b>Styringsområde</b>	Efterspørgselsstyret service				
<b>Økonomiske konsekvenser</b> 1.000 kr. – 2011 PL					
<b>Forslag</b>	<b>Funktion</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Øget personalenormering på plejehjem	5.32.32.1	10.000	30.000	50.000	50.000
<b>Samlet nettoændring</b>	<b>5.32.32.1</b>	<b>10.000</b>	<b>30.000</b>	<b>50.000</b>	<b>50.000</b>
<b>Personalemæssige konsekvenser</b>		<b>+25 årsværk</b>	<b>+75 årsværk</b>	<b>+125 årsværk</b>	<b>+125 årsværk</b>

### Beskrivelse af forslaget

Nærværende forslag omhandler øget personalenormering på plejehjem i ydertimer og weekender. Formålet med en bedre normering i ydertimer og i spidsbelastningstimer - i forbindelse med at borgerne står op, går i seng og spiser dagens måltider - er at sikre en tryk og effektiv pleje samtidig med tid til omsorg og imødekommelse af individuelle ønsker og behov hos borgeren. Særligt i forbindelse med måltider kan ældre have et behov for lang tid til at spise og drikke på grund af nedsat eller manglende appetit, tab af funktionsevner og fysiske handicap ligesom det er vigtigt for den gode måltidsoplevelse, at medarbejderen har tid til fokus på de sociale relationer ved måltiderne jf. København Kommunes Kostpolitik.

I dag er bemanningen i ydertimer nede på det absolut nødvendige ifht. opsynsopgaverne, herunder at observere, drikke eftermiddagskaffe med beboerne, hjælpe på toilet, se til beboerne på stuerne, som er sengeliggende og forberede aftensmad mv. Der er derfor ikke eller kun i begrænset omfang frie medarbejderressourcer til daglige aktiviteter i ydertimerne, som kan være med til at skabe liv - f.eks. at arrangere kortspil, bankospil, badning, se film sammen, borddækning og måltidet som aktivitet á la jule- og nytårsaften.

I forhold til de svageste beboere, som ofte blive urolige om aftenen, hvis de ikke mødes i deres behov, er der i dag også kun begrænset mulighed for at skabe et skærmet, hyggeligt samvær, som kan imødekomme de individuelle behov, som f.eks. at holde i hånden eller læse avis sammen. Ekstra ressourcer i ydertimerne vil også kunne bidrage til at styrke eksisterende fokus på socialpædagogiske tiltag ifht. de svage beboere, f.eks. ved at trække på en ergoterapeut i forhold til at finde løsninger.

Ydertimer kan typisk betragtes som perioden fra kl. 15.00 - 20.00 eller senere, afhængig af borgernes vaner i hverdagen, samt i weekenden og på helligdage. På en plejeafdeling med 19-24 beboere vil der i dag typisk være to medarbejdere på afdelingen, som møder ind mellem kl. 15.00 - 15.30. Herudover vil et plejehjem have en ansvarshavende for hele huset, og på større plejehjem kan der evt. være en ekstra 'springer', som dækker flere afdelinger efter behov. Det er typisk sosu-hjælpere og sosu-assistenten, der bemander ydertimerne.

Der bor ca. 4.000 borgere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningens plejeboliger – fordelt på 50 plejehjem. Med forbehold for en nærmere fordeling, der tager højde for at enkelte plejehjem er meget store eller meget små, vil indfasningen af 125 årsværk<sup>1</sup> i ydertimerne medføre ca. 50 timer ekstra pr. borger, årligt.

Hvis man tager udgangspunkt i en afdelingsstørrelse på 23 borgere, vil der i hver afdeling

<sup>1</sup> Et årsværk er i denne beregning estimeret som 1600 timer, når ferie, helligdage mv. er trukket fra.

dagligt være ca. 3,1 ekstra ressourcetimer til ydertimerne. I 2011, hvor de første 25 årsværk forslås indfaset, vil der i hver afdeling dagligt være knap 40 minutter i ekstra ressourcer til ydertimerne.

**Hvilke konsekvenser indebærer forslaget for medarbejdertilfredshed, brugertilfredshed og kvalitet**

Livsglæde og livslyst højnes, når den enkelte får mulighed for at interessere sig for noget uden for sig selv, og gode mellem menneskelige forhold, gennem kontakt til andre mennesker, medvirker til oplevelsen af en positiv hverdag. Livskvalitet for de svageste borgere kræver et nærværende personale, så borgeren føler sig set og hørt. Forslaget forventes derfor at have positiv effekt på brugertilfredsheden.

Forslaget imødekommer også et medarbejderhensyn i forhold til at sikre en tryk og effektiv pleje i spidsbelastningstimer, herunder når mange borgere skal op om morgenen, i seng om aftenen eller i forbindelse med måltider. Hermed mindskes stressende situationer for medarbejderne.

**Nøgletal, herunder sammenligning med 6-byerne**

**Ligger aktiviteten evt. i forlængelse af eksisterende planer, politikker mv.**

Aktiviteten ligger i forlængelse af Københavns Kommunes ældrepolitik og kostpolitik for ældre.

Der blev i forbindelse med budgetaftale 2009 tildelt 5 mio. kr. årligt til bedre normering i ydertimer på plejehjem.

Som eksempel på hvordan de ekstra ressourcer i ydertimerne i 2010 er blevet brugt, har et plejehjem valgt at åbne aktivitetscentret i dagcentret, for beboerne på plejehjemmet, 1 weekend om måneden. Et andet plejehjem har valgt at holde aktivitetsafdelingen åbent på helligdage samt arrangeret særlige aftenarrangementer, som f.eks. en bustur ud at se byens lys eller at sidde ude på terrassen, hvis vejret er godt.

**Samlet budget for området**

<b>Forslagsstiller</b>	<b>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen</b>				
<b>Forslag 7</b>	<b>Udvidelse af demensområdet mhp. 4-ugers garanti</b>				
<b>Bevilling</b>	Pleje, service og boliger for ældre				
<b>Styringsområde</b>	Efterspørgselsstyret service				
<b>Økonomiske konsekvenser</b> 1.000 kr. – 2011 PL					
<b>Forslag</b>	<b>Funktion</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
10 særlige botilbud	5.32.32.1	5.900	5.900	5.900	5.900
8 specialiserede botilbud	5.32.32.1	7.500	7.500	7.500	7.500
Overgang fra vurdering til alm.	5.32.32.1	200	200	200	200
Tilbud til hjemmeboende	5.32.32.1	200	200	200	200
<b>Samlet nettoændring</b>	<b>5.32.32.1</b>	<b>13.800</b>	<b>13.800</b>	<b>13.800</b>	<b>13.800</b>
<b>Personalemæssige konsekvenser</b>		<b>+40</b>	<b>+40</b>	<b>+40</b>	<b>+40</b>

### Beskrivelse af forslaget

Forslaget indebærer udvidelse af kapaciteten på demensområdet med henblik på at kunne opnå målet om en 4 eller 6-ugers pladsgaranti på særlige botilbud (demenspladser) samt styrke og udbygge indsatsen for borgere med demens i eget hjem.

### Udvidelse af kapaciteten på demensområdet - 4-ugers garanti

Med henblik på at opfylde målet om 4-ugers pladsgarantien på demensboliger i 2011, er der behov for at udvide kapaciteten på demensområdet med yderligere 18 pladser, som omfatter en udvidelse af særlige botilbud og specialiserede botilbud.

### Kapacitet på demensboligområdet

Kommunen har i dag 174 særlige botilbud til rådighed til borgere, der vil være omfattet af en eventuel 4- eller 6-ugers pladsgaranti. Med etablering af yderligere 10 særlige botilbud jf. Kickstart København, når det samlede antal op på 184 særlige botilbud. Tabel 1 viser den samlede kapacitet på demensboligområdet.

**Tabel 1 Samlet kapacitet på demensboligområdet med budgetønsker**

Kapacitet	Særligt botilbud	Specialiseret botilbud Alkohol, FT og HC	Midlertidig botilbud	I alt
Nuværende kapacitet	174*	62	28	264
Budgetønske:	194	70	28	292
Fremtidig kapacitet				

\*Stigende til 184 som følge af Kickstart København

### Ventelisteinformationer 2007, 2008 og 2009

Nedenstående tabel viser det gennemsnitlige antal borgere på venteliste til et særligt botilbud samt det gennemsnitlige antal måneder på venteliste i 2007, 2008 og 2009.

**Tabel 2. Antal borgere og ventetid i gennemsnit**

Årstal	Antal borgere på venteliste i gennemsnit pr. måned	Gennemsnitlig ventetid i måneder
2007	8	3,6
2008	5	2,2
2009	6	1,7

Kilde: SUF Datawarehouse, Informatikstaben og Den Centrale Visitation

Tabellen viser, at en borger godkendt til et særligt botilbud i 2009 i gennemsnit ventede i 1, 7 måned, ca. 7 uger. Siden 2007 og frem til i dag er ventetiden til et særligt botilbud faldet med ca. 2 måneder. Ventetiden til de specialiserede botilbud er længere end til de særlige botilbud, men er ligeledes faldet siden 2007. Det formodes primært at hænge sammen en løbende kapacitetsudvidelse på både de særlige og specialiserede botilbud samt etablering af netværket for den centrale demenspladsanvisning i slutningen af 2007, der har skabt bedre overblik over borgerne på ventelisten, hvilket styrker muligheden for effektiv sagsgang samt optimal udnyttelse af pladserne til såvel midlertidigt som permanent ophold.

### Kapacitetsbehov ved 4- og 6-ugers pladsgaranti

Tabel 3 viser kapacitetsbehovet ved 4- og 6-ugers pladsgaranti.

**Tabel 3 - Behov for kapacitet ved 4-ugers pladsgaranti**

Med den nuværende kapacitet	Antal boliger	Gennemsnitlig antal borgere på venteliste
4 uger	174(184)*	4
6 uger	174/(184)	7
Fremtidig kapacitet	Antal boliger	Gennemsnitlig antal borgere på venteliste
4 uger	194	5
6 uger	194	7

Udgangspunktet for beregningerne er den gennemsnitlige naturlige afgang/udskiftning på demenscentre. Oplysningerne er fra Informatikstaben marts 2010.

\*Selvom antallet af særlige botilbud stiger til 184 pladser, er det gennemsnitlige antal borgere på venteliste fortsat hhv. 4 og 7

Med udgangspunkt i ventelisteinformationerne i tabel 2, der viste at der i 2009 i gennemsnit var 6 personer på venteliste til et særligt botilbud, viser ovenstående tabel, at der med den nuværende demenskapacitet er tæt på at være 4-ugers pladsgaranti på et særligt botilbud, og at garantien sandsynligvis kan opnås ved en kapacitetsudvidelse på 10 særlig botilbud – foruden de 10 nye særlige botilbud som følge af Kickstart København - hvis der udarbejdes kriterier for pladsgarantien (se nedenstående afsnit).

### Borgere omfattet af en ventelistegaranti

Tabel 2 viser ikke om borgere, godkendt til et særligt botilbud, har et særligt boligønske eller er udenbysborgere. Såfremt pladsgarantien skal være gældende, skal kriterierne for at være omfattet af garantien, afklares. Det vil være naturligt at tage udgangspunkt i de regler for 4-ugers pladsgaranti, som i dag er gældende for borgere godkendt til en almindelig plejebolig. Det indebærer, at borgere, der ikke er omfattet af pladsgaranti, er borgere med et specifikt boligønske, udenbysborgere, borgere til midlertidigt ophold samt borgere til specialpladser.

En stikprøve fra 2008 og 2009 viser, at der i gennemsnit kun er ganske få borgere, der ikke har et specifikt ønske til botilbud. Det kan forklare den forholdsvise lange ventetid, idet flere borgere er blevet stående længere tid på ventelisten for at få opfyldt deres boligønske. Årsagen til dette forklares bl.a. ved, at borgere der har været på vurderingshold eller gået på demens-daghjem på et bestemt demenscenter efterfølgende kun ønsker at flytte ind på et særligt botilbud på samme demenscenter.

### Særlige udfordringer

Der er en række kapacitetsmæssige udfordringer på de øvrige botilbud på demensområdet, der samlet set lægger pres på ventetiden – og dermed målet om at opnå 4-ugers pladsgaranti samt fremadrettet opretholde en eventuel garanti. Målet om en 4-ugers pladsgaranti opnås ved at have den rigtige kapacitet på de særlige, men også ved at sikre at borgere med demens vurderes og visiteres til det rette botilbud gennem et vurderingsophold. I perioden 2007-2009 har ca. 180 borgere været på et vurderingsophold, hvoraf ca. 100 borgere efterfølgende er visiteret til et særligt botilbud. Forvaltningen vurderer, at der i dag er den rette kapacitet på vurderingspladsområdet, men at ventelisten til de særlige botilbud medvirker til at skabe mindre flow på – og dermed venteliste til - vurderingspladserne.

### *Øget behov for specialiserede botilbud for borgere med Frontotemporal demens og Huntington Chorea*

Den rigtige kapacitet på de specialiserede botilbud har også indvirkning på flowet på hele ventelistesituationen på demensboligområdet. Lang ventetid samt stigende behov for specialiserede botilbud for borgere med frontotemporal demens og Huntington Chorea skaber mindre flow på de særlige botilbud, i det borgere med disse demenssygdomme bl.a. venter fra demenscentrene. Borgere, der står på venteliste til disse pladser er alvorligt syge med stort og ofte akut behov for specialiseret pleje og omsorg. Det skal derfor også vurderes, hvorvidt disse borgere med svær demens skal være omfattet af en pladsgaranti. Borgerne venter desuden fra eget hjem, hospital og almindelig plejehjem.

Med udgangspunkt i ovenstående foreslås det derfor, at udvide kapaciteten på de specialiserede botilbud for borgere med frontotemporal demens og Huntington Chorea med 8 pladser i alt.

### *Øget efterspørgsel*

Den Centrale Demenspladsanvisning vurderer, at en målsætning om 4- eller 6-ugersgaranti på særlige botilbud sandsynligvis vil medføre, at flere borgere ikke vil ønske specifikke boligønsker, hvilket vil skabe større pres på garantien.

### *Borgere med demens i eget hjem og på almindelige plejehjem*

I dag er der et antal borgere med demens eller demenslignende symptomer, der bor på almindelige plejehjem, men som vil kunne profitere af et særligt botilbud. Det drejer sig bl.a. om borgere, der i dag modtager midler fra den centrale plejehjemspulje. Derudover vurderer udførerenhederne (demenskoordinatorerne), at der er et antal borgere i eget hjem, som også ville kunne profitere af at modtage et særligt botilbud.

Forslaget omfatter etablering af helt nye pladser, og at der dermed ikke er tale om omkonvertering af eksisterende plejeboliger. De årlige driftsudgifter til en kapacitetsudvidelse på 10 særlige botilbud er 5,9 mio. kr.. De årlige driftsudgifter til en kapacitetsudvidelse på 8 specialiserede botilbud er 7,5 mio. kr.. Årlige driftsudgifter til at understøtte en bedre overgang fra vurdering til alm. plejehjem er 0,2 kr. mio.

### **Pårørende**

Tilbud til borgere med demens og deres pårørende: Fortrinsvis vejledning til nydiagnosticerede borgere og pårørende for bl.a. at forebygge konflikter mellem borgeren med demens og den primære omsorgsgiver og for at skabe netværk for borgere med demens/pårørende (0,2 mio. kr. i årlig drift).

### **Hvilke konsekvenser indebærer forslaget for medarbejdertilfredshed, brugertilfredshed og kvalitet**

Forslaget indebærer, at borgere med svær demens vil opnå samme 4-ugersgaranti, som borgere, der venter til et almindeligt botilbud. Borgere med demens i eget hjem og deres pårørende vil modtage den rette demensfaglige pleje, omsorg og støtte af personale med særlig viden om demens. Det forventes, at effekten overfor personale og mellemledere i specialiserede hjemmeplejeteams vil være positiv og medføre øget trivsel gennem større overensstemmelse mellem opgaver og kompetencer, bedre overblik over handlemuligheder i opgaveløsningen og mulighed for specialisering.

### **Nøgletal, herunder sammenligning med 6-byerne**

Demenscenter	Særligt botilbud	Specialiseret botilbud Alkohol, FT og HC	Midlertidig botilbud/ Vurderingspladser	I alt
Pilehuset	31	32	16	
Bonderupgaard	20			
Aalholmehjemmet	23*			

Klarahus	70			
Højdevang Sogn	30		12	
Bryggergården		30**		
I alt	174***	62	28	264

\*6 er endnu ikke konverteret, men indregnet i budget 2010.

\*\*5 pladser er endnu ikke konverteret, men indregnet i budget 2010

\*\*\*Som følge af Kickstart København udvides kapaciteten med yderligere 10 særlige botilbud

**Ligger aktiviteten evt. i forlængelse af eksisterende planer, politikker mv.**

Sundheds- og Omsorgsudvalget godkendte Københavns Kommune demenspolitik 2010-2014, som er retningsgivende for udviklingen på demensområdet.

**Samlet budget for området**

167 mio. kr. (samlet budget 2010 til demens- og særlige demenspladser)

<b>Forslagsstiller</b>	<b>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen</b>				
<b>Forslag 8</b>	<b>Reduktion af forebyggelige indlæggelser – en tidlig indsats i hjemmet</b>				
<b>Bevilling</b>	Pleje, service og boliger for ældre				
<b>Styringsområde</b>	Efterspørgselsstyret service				
<b>Økonomiske konsekvenser</b> <i>1.000 kr. - 2011 PL</i>					
<b>Forslag</b>	<b>Funktion</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Kompetenceudvikling social- og sundhedshjælpere	5.32.32.1	8.000	8.000	8.000	8.000
<b>Samlet nettoændring</b>	<b>5.32.32.1</b>	<b>8.000</b>	<b>8.000</b>	<b>8.000</b>	<b>8.000</b>
<b>Personalemæssige konsekvenser</b>					
<b>Beskrivelse af forslaget</b>					
<p>Mange korte indlæggelser er en belastning, især for de svageste ældre. De bliver forvirrede, og det kan i sig selv medføre en yderligere svækkelse med risiko for flere indlæggelser. For at kunne styrke livskvaliteten gennem færre indlæggelser, er det vigtigt at forebygge en negativ udvikling af sundhedstilstanden i de uger, der går forud for indlæggelsen.</p> <p>Forvaltningen arbejder i 2010 på udviklingen af en model for en tidlig indsats i hjemmet med henblik på at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser. Projektet er i 2010 målrettet hjemmeboende 65+årige borgere i en eller to udvalgte bydele, og der udvikles og tilrettelægges kompetenceudvikling for de involverede faggrupper. I 2011 foreslås modellen videreudviklet og udrullet til hele byen. Projektet har modtaget midler til uddannelse af social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker i 2011 og 2012 fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse via ansøgning til pulje vedr. forløbsprogrammer. Herudover ønskes der midler til kompetenceudvikling af frontpersonale, som er en yderst væsentlig aktør i indsatsen.</p>					
<b>Hvilke konsekvenser indebærer forslaget for medarbejdertilfredshed, brugertilfredshed og kvalitet</b>					
<b>Nøgletal, herunder sammenligning med 6-byerne</b>					
<b>Ligger aktiviteten evt. i forlængelse af eksisterende planer, politikker mv.</b> Forløbsprogrammer					
<b>Samlet budget for området</b>					

<b>Forslag 9</b>	<b>Inkontinens, herunder optimering af bleområdet</b>				
<b>Bevilling</b>	Pleje, service og boliger for ældre				
<b>Styringsområde</b>	Efterspørgselsstyret service & Anlæg				
<b>Økonomiske konsekvenser</b> 1.000 kr. – 2011 PL					
<b>Forslag</b>	<b>Funktion</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Engangsinvestering	5.32.32.3	1.000			
Løbende drift	5.32.32.1	2.500	2.500	2.500	2.500
<b>Samlet nettoændring</b>		<b>3.500</b>	<b>2.500</b>	<b>2.500</b>	<b>2.500</b>
<b>Personalemæssige konsekvenser</b>		<b>+5</b>	<b>+5</b>	<b>+5</b>	<b>+5</b>
<b>Forslag</b>					
<p>Inkontinensområdet har undergået udvikling indenfor diagnostik, udredning og behandling. Der er to former for inkontinens, som er de hyppigste og kan optræde hver for sig, eller i kombination. Den ene inkontinensform er præget af en pludselig vandladningstrang, der er vanskelig at kontrollere.</p> <p>Den anden inkontinensform skyldes svage bækkenbundsmuskler.</p> <p>I Københavns Kommune vil det dreje sig om ca. 1.200 nyhenviste borgere.</p> <p>En udredning for inkontinens, vil kunne højne livskvaliteten for borgeren, således at borgeren får den rigtige behandling eller tildeles det rigtige hjælpemiddel.</p> <p>Til at yde udredningen ansættes en specialuddannet sygeplejerske pr. lokalområde, som står for dele af den primære udredning samt for visitation til eventuel hjælpemiddel, information og rådgivning.</p> <p>Dele af udredningen skal foretages i samarbejde med en læge, hvorfor der foreslås et samarbejde mellem hospital og den specialuddannede sygeplejerske.</p>					
<b>Økonomi</b>					
<p>Ansættelse af en sygeplejerske pr. lokalområde 0,5 mio. kr. x 5 = 2,5 mio. kr..</p> <p>Anskaffelse af apparatur 1 mio. kr.</p>					
<b>Hvilke konsekvenser indebærer forslaget for medarbejdertilfredshed, brugertilfredshed og kvalitet</b>					
<p>Inkontinens har store konsekvenser for den enkelte og en kvalificeret udredning og pleje vil bidrage til øget livskvalitet hos den enkelte borger. En tidlig udredning vil også på sigt hindre, at borgeren bliver ble bruger og give en besparelse både på indkøb af bleer, samt anvendt tid på bleskift og personlig hygiejne i forbindelse med dette.</p>					
<b>Nøgletal, herunder sammenligning med 6-byerne</b>					
<b>Samlet budget for området</b>					



<b>Forslagsstiller</b>	<b>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen</b>				
<b>Forslag 10</b>	<b>Bedre ernæring på plejehjem og i hjemmeplejen</b>				
<b>Bevilling</b>	Pleje, service og boliger for ældre				
<b>Styringsområde</b>	Efterspørgselsstyret service				
<b>Økonomiske konsekvenser</b> 1.000 kr. – 2011 PL					
<b>Forslag</b>	<b>Funktion</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Måltidsstøtte (inklusive Pædagogisk måltid)	5.32.32.1	27.900	27.900	27.900	27.900
Tidlig indsats mod underernæring	5.32.32.1	3.300	3.300	3.300	3.300
<b>Samlet nettoændring</b>	<b>5.32.32.1</b>	<b>31.200</b>	<b>31.200</b>	<b>31.200</b>	<b>31.200</b>
<b>Personalemæssige konsekvenser</b>		-	-	-	-

### Beskrivelse af forslaget

#### Ældres ernæringsstatus og konsekvenser for funktionsniveau og plejebenhov (landsdækkende undersøgelser af ældres ernæringsstatus):

Forekomsten af dårlig ernæringstilstand (lav vægt, væggtab og lille appetit) er hyppigt udbredt blandt ældre i hjemmepleje og på plejehjem. Forskning har vist, at 58 % af de ældre i hjemmeplejen og 60 % af de ældre på plejehjem har et BMI, der ligger lavere end det ideelle BMI for ældre (<24). 54 % af de ældre i hjemmeplejen og 34 % af de ældre på plejehjem har haft et utilsigtet væggtab. Risiko for lav vægt, utilsigtet væggtab og lille appetit ses ofte i forbindelse med hospitalsindlæggelse, akut og kronisk sygdom, problemer relateret til spiseevnen (eks. tygge-synke-besvær, smerter i munden, dårlig tandstatus), ensomhed og ringe social kontakt (eks. tab af ægtefælle) fald og højt forbrug af lægemidler.

Dårlig ernæringstilstand blandt svage ældre medfører øget sygelighed, flere sygehusophold samt nedsat funktionsevne og dermed nedsat evne til at klare sig selv. Blandt denne målgruppe er 10 % væggtab forbundet med 25 % tab af funktionsevne. Det er ligeledes påvist, at et væggtab på blot 1 kg kan have alvorlige konsekvenser i form af øget risiko for sygdom og død, ligesom det resulterer i øget risiko for tab af fysisk, mental og social funktionsevne. Ældre i den høje ende af BMI skalaen (BMI > 24) har langt bedre trivsel og livskvalitet samt bedre overlevelse end ældre med et lavere BMI. I gruppen af ældre med et højt BMI ses bedre evne til at klare sig selv.

Der er derfor grund til at sætte øget fokus på ernæringsforbedrende tiltag på plejehjem.

### Måltidsstøtte

Baggrund: Spisemiljøer, der nærmer sig hjemlige omgivelser, og hvor personalet indtager en aktiv rolle som måltidsværter, har vist sig at have positiv indflydelse på ældres ernæringstilstand. Plejepersonalets rolle ved måltidet har således stor betydning for den ældres ernæringsstatus.

Indsatsen skal bidrage til: Bedret funktionsniveau (fysisk, socialt, mentalt), mindre plejebenhov samt nedsat syge- og dødelighed samt færre indlæggelser.

#### Indsatsen består i:

At plejepersonalet afsætter tid til

- ❖ Anretning og servering
- ❖ At påtage sig rollen som måltidsvært, der sørger for ro og samtale.
- ❖ At sørge for appetitstimulerende tiltag, så som slutttilberedning af måltidskomponenter, der skal sikre at der f. eks dufter af mad.
- ❖ At gøre mad tilgængelig for beboerne – også på andre tidspunkter end de gængse spisetider
- ❖ At yde støtte til svage beboere under måltidet (skære mad ud, hjælpe beboerne med at spise og drikke)

Indsatsen skal implementeres gennem:

Mere plejepersonale ved aftensmåltiderne.

Udgiftsposter er: Pædagogiske måltider (den mad personalet spiser som understøttelse af måltidet) samt den tid personalet anvender til måltidsstøtte før, under og efter aftensmåltidet. Der beregnes støtte til ét hovedmåltid af 45 minutters varighed. Der beregnes, at én medarbejder kan støtte 8 beboere pr måltid. Kompetenceniveauet er social-og sundhedshjælper niveau (ca. 200 kr. i timen).

Der beregnes ca. ½ portion mad pr deltagende medarbejder pr måltid. beregningerne er er opgjort i forhold til servering af varmt måltid med bired

Økonomi:

Måltidsstøtte:  $3500 \text{ beboere} * 0,75 \text{ timer/8} * 200 \text{ kr.} * 365 \text{ dage} = 23,9 \text{ mill.}$

Pædagogiske måltider:  $3500/8 * (38,5 + 10,00 \text{ kroner}/2) * 365 = 3.9 \text{ mill.}$

### **Tidlig indsats mod underernæring hos borgere i hjemmeplejen**

Baggrund:

Risiko for lav vægt, utilsigtet vægttab og lille appetit ses ofte i forbindelse med hospitalsindlæggelse. Tidligere erfaringer fra arbejdet i SUF med ernæringsterapi i hjemmeplejen viser at succesraten stiger ved en tidlig opsporing og indsats.

Indsatsen skal bidrage til: Tidlig indsats for at opnå bedret funktionsniveau (fysisk, socialt, mentalt), mindre plejebenhov samt nedsat sygdom og dødelighed.

Indsatsen består i:

At der ved udskrivning af borgere fra hospital iværksættes en systematisk screening af ernæringsstatus i SUF regi, evt. opsamling af nylig screening fra hospitalet. Sørge for at borgeren visiteres til ernæringsterapi i hjemmeplejen.

Indsatsen skal implementeres gennem:

At der afsættes tid hos udskrivningskoordinatorerne til at screene de svageste borgere eller afdække screening fra hospitalet.

Udgiftsposter er

- ❖ Øget tidsforbrug hos udskrivningskoordinatorer (beregnet som 1 ekstra koordinator på 5 hospitaler)
- ❖ Uddannelse af udskrivningskoordinatorer i ernæringscreening. 1 dag+ 2\*½ dag pr år \* 16 medarbejder.
- ❖ Flere ernæringsterapiforløb pga. øget fokus

Økonomi:

For 2011 og årene frem

- ❖ Løn: 5 stillinger a 450.000 kroner = 2.250.000
- ❖ Uddannelse: 4000 kroner \* 16 medarbejdere= 64.000 kroner
- ❖ Skønnet ekstra ernæringsterapi 500 \* ( pr forløb 1989 kroner): 1 mill. kroner

**Hvilke konsekvenser indebærer forslaget for medarbejdertilfredshed, brugertilfredshed og kvalitet**

**Nøgletal, herunder sammenligning med 6-byerne**

**Ligger aktiviteten evt. i forlængelse af eksisterende planer, politikker mv.**

**Aktivitet vedr. måltidsstøtte på plejehjem**

Der er krav om måltidsstøtte i forbindelse med måltider på plejehjem, beskrevet i kvalitetsstandarderne om kostforplejning på plejehjem.

Måltidsstøtte vil bidrage til implementering af følgende målsætninger i kostpolitikken:

1. *Mad og måltider prioriteres som ét af dagens højdepunkter*
3. *Ældre tilbydes den nødvendige hjælp ved måltiderne samt tilstrækkelig tid og ro til at spise og drikke*

**Aktivitet vedr. tidlig opsporing i hjemmeplejen**

Et centralt fokus i Sundheds- og Omsorgsforvaltningens kostpolitik for ældre omhandler forebyggelse af dårlig ernæringstilstand. Det vil bidrage til implementering af målsætning 5 i kostpolitikken: *"Ernæringsterapi tilbydes ernæringstruede ældre"*

**Samlet budget for området**

<b>Forslagsstiller</b>	<b>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen</b>				
<b>Forslag 11</b>	<b>Indsatser der kan bedre de ældres ernæringstilstand og måltider</b>				
<b>Bevilling</b>	Pleje, service og boliger for ældre				
<b>Styringsområde</b>	Efterspørgselsstyret service				
<b>Økonomiske konsekvenser</b> 1.000 kr. – 2011 PL					
<b>Forslag</b>	<b>Funktion</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Ernæringsterapi på plejehjem	5.32.32.1	2.218	1.855	1.855	1.855
Ernæring ved modtagekøkkener	5.32.32.1	600	600	600	600
Måltidspolitik	5.32.32.1	200	-	-	-
Smagspanel	5.32.32.1	50	50	50	50
Støtte til økologi omlægning	5.32.32.1	14.500	-	-	-
<b>Samlet nettoændring</b>	<b>5.32.32.1</b>	<b>17.568</b>	<b>2.505</b>	<b>2.505</b>	<b>2.505</b>
<b>Personalemæssige konsekvenser</b>		-	-	-	-

### Beskrivelse af forslaget

I budget 2008, blev der afsat 2 mio. kr. fra ældrepuljen til bedre ældre mad målrettet kvalitetsløft og økologi. Midlerne blev afsat årligt over perioden 2008-2010. Udmøntningen af ældrepuljen til kvalitetsløft og økologi i budget 2008, blev forelagt Sundheds- og Omsorgsudvalget 21. februar 2008 (SOU 18/2008 j. nr. 3/2008). Indstillingen blev tiltrådt. Puljen til bedre ældre mad udløber ultimo 2010.

Det faste budget på kostområdet dækker driftsudgifter til eksempelvis ernæringsterapi i hjemmeplejen og lokale kostkonsulenter. Der er ingen finansiering af udviklingstiltag fra 2011 i forvaltningen.

Kostsekretariatet søger midler til følgende fra 2011 og frem.

### Ernæringsterapi på plejehjem

Baggrund: Ernæringsterapi i hjemmeplejen har været et tilbud til ældre borgere i eget hjem siden 2006. I 2008-2009 er der tillige udviklet og testet et koncept for ernæringsterapi på plejehjem. Konceptet skal afprøves i ét lokalområde i 2010 og skal udrulles over hele byen i 2011. Herefter skal ydelsen i drift.

Indsatsen skal bidrage til: Udmøntning af ét af målepunkterne i Sundheds- og Omsorgsforvaltningens kostpolitik, vedtaget i 2003: *"Tilbyd ældre på plejehjem og i hjemmeplejen ernæringsterapi hvis de er undervægtige eller småtspisende"*. Endvidere vil indsatsen bidrage til udmøntningen af ét af målepunkterne i ældrepolitikken, 2007: *"At effekten af kommunens indsats kan måles via en nedgang i antallet af småtspisende og undervægtige ældre"*. Endvidere skal indsatsen bidrage til at gøre tilbuddet om ernæringsterapi ensartet over byen i forhold til at sikre, at det eksisterende tilbud om ydelsen ernæringsterapi i hjemmeplejen også bliver et tilbud på plejehjem.

Indsatsen består i:

- ❖ At etablere ydelsen ernæringsterapi på plejehjem i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

- ❖ At uddanne ressourcepersoner i ernæring
- ❖ At finansiere funktionstillæg til ressourcepersoner i ernæring på afdelinger på plejehjem

Indsatsen skal implementeres gennem: Et samarbejde mellem Kostsekretariatet, Ældrestaben og kostkonsulenterne, Lokalområdekontorerne, Sundhedsakademiet.

Udgiftsposter er:

- ❖ Igangsætte ernæringsterapi på plejehjem over hele byen: Temadage, udvikling og tryk af materialer.
- ❖ Uddannelse af plejepersonale,
- ❖ Dække funktionstillæg for ressourcepersoner i ernæring samt vikardækning for deltagelse i erfa-netværk om ernæringsterapi til beboere på plejehjem

Økonomi:

**2011**

- ❖ 300.000 kr. til udvikling og igangsættelse af ydelsen i 2011
- ❖ Uddannelse opstart 2011: 3 personer\*47 plejehjem\* AMU(250 kroner)+forplejning (340kroner)= 590 kroner= 85.000 kroner

**2011 og frem**

- ❖ I 2011 og årene frem dækning af udgifter til funktionstillæg og vikardækning
    - Funktionstillæg: 12.000 pr ressourceperson pr år i gennemsnit 3 personer pr plejehjem, i alt 47 plejehjem. I alt 1.692.000 mill. Kroner
    - Vikardækning 4 timer \* 3 personer \* 250 kroner \* 47 plejehjem = 141.000 kroner pr år
- I alt 1.833.000 kroner til funktionstillæg og vikardækning pr år

**2012 og frem**

- Fastholdelse af kompetenceniveau hos medarbejderne (personaleomsætning hos ressourcepersoner) 35 personer pr år af 590 kroner = 21.000 kroner

### **Sikring af ernæringsrigtig mad på plejehjem med modtagerkøkkener**

Baggrund: Erfaringer fra de lokale kostkonsulenter viser, at der kan være udfordringer i modtager- og afdelingskøkkener, hvor plejepersonale varetager indkøb og sammensætning af måltider til de ældre beboere. Plejepersonalet vil ofte ikke besidde de nødvendige kompetencer til at varetage opgaver med sammensætning af en ernæringsrigtig dagskost. For at sikre, at bl.a. de rette madvarer bliver indkøbt og at tilbuddet svarer til den kostform, beboeren skal have, er det væsentligt, at der gives mulighed for at opnå kompetencer til at viderebringe køkkenets gode intentioner ud på spisebordet. Der er 20 plejehjem med modtagerkøkkener i SUF.

Indsatsen skal bidrage til: At den enkelte ældre får den næring, vedkommende har behov for

Indsatsen består i: Afdækning af næringsindhold i den samlede dagskost, valg af fødevarer m.m. Endvidere at opøve kompetencer blandt plejepersonalet i sammensætning af måltidskomponenter og købmandsvarer til en dækkende dagskost. Praksis-nær-undervisning af plejepersonale kan indgå. Det forventes at der er behov for en kontinuerlig kompetenceudvikling af plejepersonale.

Indsatsen skal implementeres gennem: Et samarbejde mellem Kostsekretariatet og de lokale kostkonsulenter samt ved en afdækning og opstart af praksis-nær-læring ved ekstern konsulentbistand.

Udgiftsposter er: Konsulentydelse, temadag, praksis-nær-undervisning og udvikling af materialer

Økonomi:

- 2011 afdækning ved konsulent : 300.000 kroner samt opstart på kompetenceudvikling af medarbejdere på 10 plejehjem 300.000.
- 2012 og fremover 600.000 kr. til kompetenceudvikling af personalet samt opfølgning (30.000 pr modtagerkøkken)

### **Udvikling af måltidspolitik**

Baggrund: Måltidet har stor kulturel og social betydning – også for ældre. Et godt måltid for ældre handler bl.a. om, at der tages hensyn til vaner og traditioner i forhold til mad og måltider, at spisemiljøet nærmer sig hjemlige omgivelser, at der er mulighed for et spisefællesskab og at der er fokus på plejepersonalets rolle som værter ved måltidet. Faktorer som fysiske omgivelser og beboersammensætning kan variere fra lokalområde til lokalområde, fra plejehjem til plejehjem og til tider fra afdeling til afdeling. Der er behov for, at der udvikles en ramme for lokale måltidspolitikker og at denne implementeres lokalt. Projekt "Mellem køkken og bord" i Vanløse-Brønshøj-Husum i 2010 er medvirkende til at afdække en del af de indledende skridt mod måltidspolitikken.

Indsatsen skal bidrage til: At skabe en bedre måltidsoplevelse, en bedring af appetitten og ernæringsstatus og dermed bedret funktionsniveau blandt de ældre.

Indsatsen består i: At udvikle en politisk ramme for en måltidspolitik

Indsatsen skal implementeres gennem: Et samarbejde mellem Kostsekretariatet og de lokale kostkonsulenter

Udgiftsposter er: Udvikling af materiale, temadage, undervisning, konsulentbistand

Økonomi: 200.000 kr.

### **Videreførelse af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens Smagspanel**

Baggrund: I forbindelse med udmøntningen af 2 mio. kr. fra ældrepuljen i budget 2008 til bedre ældrepleje, blev det i Sundheds- og Omsorgsudvalget besluttet, at der skulle etableres et smagspanel bestående af ældre, der smager for ældre. Smagspanelet blev etableret juni 08, og har repræsentanter fra Ældresagen, Ældremobiliseringen, Ældrerådet, lokalråd, bruger-pårørende råd samt en beboer. Panelet har pt. gennemført 17 besøg.

Indsatsen skal bidrage til: At køkkener og plejehjem har en ekstern dialogpartner med interesse i mad samt at Smagspanelet har fokus på brugerperspektivet i vurderingerne, supplerer de løbende brugerundersøgelser samt inspirerer til udvikling af kvaliteten.

Indsatsen består i: At videreføre Smagspanelets løbende vurdering af maden til hjemmeboende og maden til beboere i plejeboliger samt inspiration til udvikling af kvaliteten.

Indsatsen skal implementeres gennem: Et samarbejde mellem Kostsekretariatet og Smagspanelet

Udgiftsposter er: Dækning af køkkener og plejehjems udgifter til bispisning af Smagspanelet og transport af Smagspanel.

Økonomi: 50.000 kr. til drift af Smagspanelet

### **Støtte til økologiomlægning i central og produktionskøkkener**

Baggrund: Der er fastlagt politiske mål om at institutioner i Københavns Kommune skal opnå en samlet økologiprocent på 75% i 2011 og 90% i 2015. I forbindelse med omlægning til økologi, er det nødvendigt at ændre produktionsformen. Køkkenerne skal producere flere ting

fra bunden, hvis kostbudgettet skal holde. Det fordrer, at det korrekte køkkenudstyr er til rådighed, og at arbejdsstillinger under måltidsproduktionen er i orden.

Indsatsen skal bidrage til: At understøtte køkkener og plejehjem i at nå opstillede mål om økologi og sikre arbejdsmiljøet for de ansatte i køkkenerne.

Indsatsen består i: At omstille produktionsapparatet til de nye krav ved økologiomlægning.

Indsatsen skal implementeres gennem: Gennem indkøb af produktionsudstyr tilpasset den enkelte produktion.

Udgiftsposter er: Køkkenudstyr

Økonomi: I gennemsnit 0,5 mio. kr. pr. køkken med produktion (undtaget modtagerkøkkener) 29 køkkener i alt 14,5 mio. kroner

#### **Hvilke konsekvenser indebærer forslaget for medarbejdertilfredshed, brugertilfredshed og kvalitet**

- ❖ At øge og forstærke implementeringen af den vedtagne **kostpolitik** for ældre
- ❖ At øge og forstærke implementeringen af den vedtagne **ældrepolitik** i forhold til at nedsætte antallet af undervægtige ældre
- ❖ At understøtte målsætningen om højnelse af **kvalitet** i måltidet
- ❖ At bedre borgernes **ernæringsstatus** og dermed **funktionsevne**.
- ❖

#### **Nøgletal, herunder sammenligning med 6-byerne**

#### **Ligger aktiviteten evt. i forlængelse af eksisterende planer, politikker mv.**

Videreførelse af 2 mio. kr.'s puljen til bedre ældre mad giver forvaltningen mulighed for at øge og forstærke implementeringen af den vedtagne **kostpolitik** for ældre. Endvidere vil den understøtte den vedtagne **ældrepolitik**.

#### **Samlet budget for området**

<b>Forslagsstiller</b>	<b>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen</b>				
<b>Forslag 12</b>	<b>Kost til hjemmeboende borgere fra andre kulturer</b>				
<b>Bevilling</b>	Pleje, service og boliger for ældre				
<b>Styringsområde</b>	Efterspørgselsstyret service				
<b>Økonomiske konsekvenser</b> 1.000 kr. – 2011 PL					
<b>Forslag</b>	<b>Funktion</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Drift	5.32.32.1	600	600	600	600
Udviklingsomkostninger	5.32.32.1	300			
<b>Samlet nettoændring</b>	<b>5.32.32.1</b>	<b>900</b>	<b>600</b>	<b>600</b>	<b>600</b>
<b>Personalemæssige konsekvenser</b>		<b>0,9</b>	<b>0,9</b>	<b>0,9</b>	<b>0,9</b>

### Beskrivelse af forslaget

København udvikler sig i disse år til en multietnisk storby, hvor et stigende antal ældre har anden etnisk baggrund - i dag er ca. 5 pct. af ældrebefolkningen over 65 år indvandrere eller efterkommere af indvandrere fra ikke vestlige lande. Ældre borgere kan være svækkede eller mangle appetit. Kosttilbud der er tilberedt under hensyntagen til borgerens kulturelle baggrund kan fremme de ældres fødevarerindtag, forbedre deres ernæringstilstand og funktionsevne.

Forslaget vedrører, at hjemmeboende borgere der tilhører en gruppe med anden kulturel baggrund skal tilgodeses med særlige madservicetilbud tilpasset borgernes madkultur. For nuværende forventes ca. 17 borgere at ville efterspørge Koshermad, svarende til i gennemsnit 14 leveringer pr. dag, eftersom ikke alle modtager mad hver dag. Desuden forventes det, at minimum 10 borgere vil efterspørge et mellemstligt kosttilbud med halalkød. Det er meget vanskeligt at vurdere det fremtidige omfang af efterspørgslen.

Nogle kulturelle kostformer, eksempelvis kosher, er forbundet med større produktionsomkostninger end det nuværende kommunale standardtilbud for normal kost.

Kommunal egenproduktion af særlig kost til borgere med andre kulturer vil betyde, at der skal udvikles særskilte ydelseskategorier i kommunens kvalitetsstandarder, således at kommunale leverandører heraf kan få et højere budget hertil og eventuelle privatleverandører kan afregnes med en højere takst i overensstemmelse med de kommunale omkostninger. Med den nuværende efterspørgsel er udviklingsomkostninger hertil anslået til ca. 300.000 kr. i 2011 priser og driftsomkostninger på anslået 600.000 kr. om året i 2011 og frem. I overslagsårene vil der være en betydelig budgetusikkerhed pga. uvished om den fremtidige efterspørgsel. Derudover kan andre kulturelle eller etniske grupper komme til og fremsætte ønske om andre kulturelle madtilbud.

Der kan forventes øgede administrative omkostninger og en række praktiske udfordringer. Administrationen skal udvikle særskilte budgetter og frit valg takster i overensstemmelse med de forskellige produktionsomkostninger ved tilbudene, og de kommunale leverandører vil få en mere opsplittet produktion samt eventuelt behov for anlægsinvesteringer, hvis de skal levere forskellige kulturelt betingende tilbud.

Private leverandører kan allerede i dag søge om at levere kost tilpasset borgere fra andre kulturer inden for servicelovens rammer og de fastsatte takster for levering af mad til hjemmeboende. Tilsvarende kan private leverandører der leverer et standardtilbud vælge at supplere tilbudet med dyrere kulturelt betingede madtilbud. Ved de supplerede tilbud vil det kommunale tilskud være uændret men borgerens egenbetaling kan øges. Ingen private



leverandører har hidtil ansøgt om at udnytte disse muligheder.

Det bør tilføjes, at borgere som ønsker eksempelvis kosher- eller halal-kost har mulighed for at bestille denne mad hos private leverandører uden om kommunens madtilbud, i så fald uden kommunalt tilskud.

På baggrund af ovenstående anbefaler forvaltningen at afvente forvaltningens oplæg i løbet af 2010 til politisk drøftelse af madtilbud, herunder muligheder for tilpasning af kosten til borgere med andre kulturer.

**Hvilke konsekvenser indebærer forslaget for medarbejdertilfredshed, brugertilfredshed og kvalitet**

For borgerne kan tilbudet betyde, at de kan få genkendelige retter i overensstemmelse med deres kulturelle baggrund, opnå bedre ernæringstilstand og dermed funktionsevne.

Leverandører og kommune kan forvente en større tilfredshed med madtilbudet blandt borgere med oprindelse i andre kulturer.

**Nøgletal, herunder sammenligning med 6-byerne**

Der er 3.500 hjemmeboende borgere, der får bragt mad ud, som del af Københavns madservice tilbud til hjemmeboende borgere.

Der er 5 pct. af de ældre, der er indvandrere eller efterkommere af indvandrere fra ikke vestlige lande. Gruppen forventes at vokse med ca. 60 pct. i perioden 2010-2019.

Initiativet med et tilbud om særlige kosttilbud til borgere med andre kulturer er nyt i 6-by sammenhæng.

**Ligger aktiviteten evt. i forlængelse af eksisterende planer, politikker mv.**

Forvaltningen er ved at forberede oplæg til politisk drøftelse i 2010 af madområdet, herunder mulighed for tilpasning af kosten til borgere fra andre kulturer.

**Samlet budget for området**

## **Budget 2011: Forebyggelse af social ulighed i sundhed**

Dette notat beskriver en række forslag til budget 2011, der indgår i det samlede forslag om forebyggelse af social ulighed i sundhed til de kommende budgetforhandlinger.

Der er betydelig social ulighed i sundhed blandt københavnere fx kan en 30-årig mand med høj uddannelse forvente at leve 7,4 år længere end en 30-årig mand med kort uddannelse. For kvinder er forskellen 4,8 år for 30-årige med henholdsvis lang og kort uddannelse.

Et af sundhedspolitikens overordnede mål er at reducere den sociale ulighed i sundhed betydeligt.

Indsatsen målrettet social ulighed i sundhed kan med fordel tage afsæt i to tilgange. Der kan etableres rammer, som fremmer en sund levevis ved at løse de kommunale opgaver på en sundhedsfremmende måde. De fysiske omgivelser og aktiviteterne i de kommunale tilbud og ydelser tilrettelægges, så de gør en sund levevis let og fremmer borgernes almene trivsel og mulighed for at realisere eget liv. En sådan strukturel tilgang vil ikke bare gøre en sund levevis lettere for alle borgere, den vil i særlig grad være en hjælp for de borgere, der har færrest ressourcer til at tage vare på egen sundhed. Herudover er der behov for at sikre målrettede indsatser til den halvdel af borgerne, der har det sundhedsmæssigt dårligst, eller som er i risiko for at blive syge dels i form af målrettede sundhedstilbud og dels i form af indsatser i arenaer med mange kortuddannede borgere og borgere uden uddannelse fx arbejdspladser.

Forslagene sigter både på indsatser, der har til formål at etablere rammer for en sund levevis i udvalgte nærmiljøer samt på indsatser, der er særligt målrettet den halvdel af borgerne, der sundhedsmæssigt og socialt har det dårligst.

### *Sundhed i nærmiljøet:*

Indsatsen skal bidrage til at reducere den sociale ulighed i sundhed i København. Midlerne skal anvendes til at etablere sundhedsfremmende rammer og initiativer i eksisterende strukturer i to boligområder med høj forekomst af borgere med kort eller ingen uddannelse. Indsatsen udvikles som et modelprojekt med henblik på senere at kunne overføres til andre boligområder. Der ønskes i alt 4 mio. kr. i 2011.

### *Borgerrettede sundhedstilbud i Forebyggelsescentrene:*

Forslaget ligger i forlængelse af de allerede etablerede borgerrettede sundhedstilbud i Forebyggelsescentrene. Midlerne skal sikre fortsat udrulning og drift af de borgerrettede tilbud i Forebyggelsescentrene. Desuden skal midlerne anvendes til at udvikle tilbudene, så de særligt målrettes den dårligst stillede halvdel af københavnere. Der ønskes i alt 8,315 mio. kr. i 2011. Udgiftsberegninger skal justeres i forhold til allerede foreliggende bevillinger jævnfør skemaet.

### *Målrettet rekruttering til de borgerrettede og patientrettede sundhedstilbud i Forebyggelsescentrene:*

Indsatsen skal bidrage til at rekruttere flere borgere med få ressourcer, usund levevis og kronisk sygdom til sundhedstilbuddene i forebyggelsescentrene gennem målrettet markedsføring af tilbudene til målgrupperne. Der ønskes i alt 1,5 mio. kr. i 2011.

### *Sundhedsfremme på arbejdspladsen:*

Indsatsen skal sikre gode rammer og betingelser for udvikling af sunde arbejdspladser og sunde medarbejdere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Gennem kompetenceudvikling af ledere skal sundhedsfremme gøres til en naturlig del af ledelsesopgaven på de deltagende arbejdspladser. Der ønskes i alt 1 mio. kr. i 2011.

<b>Forslagsstiller</b>	<b>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen</b>				
<b>Forslag 13</b>	<b>Forebyggelse af social ulighed i sundhed i nærmiljøet</b>				
<b>Bevilling</b>	Sundhed				
<b>Styringsområde</b>	Rammebelagt drift				
<b>Økonomiske konsekvenser</b> 1.000 kr. – 2011 PL					
<b>Forslag</b>	<b>Funktion</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Driftsudgifter	4.62.88.1	4.000	4.000	4.000	4.000
<b>Samlet nettoændring</b>	<b>4.62.88.1</b>	<b>4.000</b>	<b>4.000</b>	<b>4.000</b>	<b>4.000</b>
<b>Personalemæssige konsekvenser</b>		-	-	-	-
<b>Beskrivelse af forslaget</b>					
<p>Indsatsen skal bidrage til at reducere den sociale ulighed i sundhed blandt Københavnerne ved at implementere sundhed på tværs af arenaer i to boligområder i Sydhavnen og Valby, hvor en stor andel af borgerne er uden uddannelse, kort uddannede eller uden for arbejdsmarkedet. Indsatsen skal understøtte etableringen af sundhedsfremmende rammer og styrke den sociale kapital i området med henblik på at øge borgernes ressourcer til at tage vare på egen sundhed. Indsatsen forankres i eksisterende lokale strukturer som fx boligforeninger, kultur- og idrætsforeninger, dagtilbud og skoler.</p> <p>Etableringen af forebyggelse og sundhedsfremme i nærmiljøet giver mulighed for at inddrage borgerne i udviklingen af tilbud og indsatser. En borgernær indsats vil øge tilgængeligheden for de ressourcetsvage borgere, øge muligheden for tidlig opsporing og rekruttering til sundhedstilbudene i forebyggelsescentrene. Desuden kan udviklingen af tilbud tage afsæt i de lokale behov og strukturer, og der kan udvikles tilbud som implementeres i eksisterende arenaer og netværk målrettet flere aldersgrupper eller hele familien.</p> <p>Sundhedshuset på Vesterbro indgår som en væsentlig aktør, dels som udbyder af målrettede borgerrettede og patientrettede sundhedstilbud til områdets borgere og dels ved at levere udgående funktioner i form af fx etniske sundhedsformidlere.</p> <p>Indsatsen udvikles som en modelindsats, der på sigt skal kunne udbredes til andre boligområder i byen med stor koncentration af socialt dårligst stillede borgere.</p> <p>Midlerne skal anvendes til sundhedsfremmende initiativer fx etablering af sundhedsfremme i etablerede strukturer, udvikling af det fysiske miljø, inddragelse og kompetenceudvikling af aktører i nærmiljøet og etablering af sammenhæng mellem sundhedshusets tilbud og ydelser og lokalområdets øvrige aktører.</p> <p>Indsatsen skal implementeres gennem et samarbejde med Børne- og Ungeforvaltningen, Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen, Kultur- og Fritidsforvaltningen og Teknik- og Miljøforvaltningen.</p> <p>Udgiftsposterne er: Løn til sundhedskonsulenter og projektleder, etablering af bedre fysiske rammer, udvikling af sundhedspakke tilpasset nærmiljøet og med inklusion af lokale aktører samt udvikling af generel model for sundhedsfremme i boligområder med en stor andel af socialt og sundhedsmæssigt dårligt stillede borgere samt evaluering.</p>					

<b>Hvilke konsekvenser indebærer forslaget for medarbejdertilfredshed, brugertilfredshed og kvalitet</b> Øget sundhed og bedre trivsel hos dem der følger indsatsens budskab.
<b>Nøgletal, herunder sammenligning med 6-byerne</b>
<b>Ligger aktiviteten evt. i forlængelse af eksisterende planer, politikker mv.</b> Sundhedspolitikken
<b>Samlet budget for området</b>

<b>Forslagsstiller</b>	<b>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen</b>				
<b>Forslag 14</b>	<b>Borgerrettede sundhedstilbud i Forebyggelsescentrene</b>				
<b>Bevilling</b>	Sundhed				
<b>Styringsområde</b>	Rammebelagt drift				
<b>Økonomiske konsekvenser</b> 1.000 kr. – 2011 PL					
<b>Forslag</b>	<b>Funktion</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Driftsudgifter	4.62.88.1	8.315	8.315	8.315	8.315
<b>Samlet nettoændring</b>	<b>4.62.88.1</b>	<b>8.315</b>	<b>8.315</b>	<b>8.315</b>	<b>8.315</b>
<b>Personalemæssige konsekvenser</b>		-	-	-	-
<p><b>Beskrivelse af forslaget</b>  Ifølge sundhedslovens §119 er kommunerne forpligtet til at fremme sundheden gennem etablering af forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne og ved at sikre rammer for en sund levevis.</p> <p>I 2010 etableres følgende borgerrettede sundhedstilbud i forebyggelsescentrene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Motion og Kost i Dit Forebyggelsescenter (MKDF)</li> <li>- Rygestopkurser</li> <li>- Etniske sundhedsformidlere</li> <li>- Sundhedsrådgivning</li> <li>- Alkoholrådgivning</li> <li>- Motion XL</li> </ul> <p>Ved budgetforliget i 2009 blev der tilvejebragt budgetmæssig dækning til en gradvis implementering af de borgerrettede sundhedstilbud i 2010. Der er behov for yderligere driftsmidler i 2011 og de efterfølgende år til videreførelse af tilbudene i de allerede eksisterende forebyggelsescentre og til at udvikle tilbudene, så de i højere grad er målrettet den socialt dårligst stillede halvdel af borgerne. Desuden er der behov for finansiering til den videre udrulning af tilbudene, såfremt det besluttes at etablere yderligere sundhedshuse.</p>					
<b>Hvilke konsekvenser indebærer forslaget for medarbejdertilfredshed, brugertilfredshed og kvalitet</b>					
<b>Nøgletal, herunder sammenligning med 6-byerne</b>					
<b>Ligger aktiviteten evt. i forlængelse af eksisterende planer, politikker mv.</b> Sundhedspolitikken, Strategien for det borgernære sundhedsvæsen					
<b>Samlet budget for området</b> De 8.315.000 kr. dækker over merudgifter i forhold til budget 2010 ved udrulning af alle eksisterende borgerrettede tilbud til fem forebyggelsescentre. Budgettet i 2010 udgør skønsmæssigt i alt 10.034.000 kr.					

<b>Forslagsstiller</b>	<b>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen</b>				
<b>Forslag 15</b>	<b>Måltrettet rekruttering til de borgerrettede sundhedstilbud</b>				
<b>Bevilling</b>	Sundhed				
<b>Styringsområde</b>	Rammebelagt drift				
<b>Økonomiske konsekvenser</b> 1.000 kr. – 2011 PL					
<b>Forslag</b>	<b>Funktion</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Driftsudgifter	4.62.88.1	1.500	1.500		
<b>Samlet nettoændring</b>	<b>4.62.88.1</b>	<b>1.500</b>	<b>1.500</b>		
<b>Personalemæssige konsekvenser</b>		-	-	-	-
<b>Beskrivelse af forslaget</b>					
<p>Indsatsen skal bidrage til at rekruttere flere borgere med få ressourcer, usund levevis eller kronisk sygdom til de borgerrettede og patientrettede sundhedstilbud i forebyggelsescentrene gennem måltrettet markedsføring af tilbudene til målgrupperne.</p> <p>Der er behov for at udvikle metoder og materiale til måltrettet rekruttering til sundhedstilbudene i forebyggelsescentrene, således at tilbudene benyttes af flere borgere med kort eller ingen uddannelse, usund levevis eller kronisk sygdom. Markedsføringen tager afsæt i eksisterende strukturer i form af arbejdspladser og boligforeninger med en stor andel af kortuddannede medarbejdere/borgere og medarbejdere/borgere uden uddannelse. Der skal udvikles metoder og materiale til indsatsen, og indsatsen skal sikres sammenhæng med den allerede etablerede indsats omkring sundhedsfremme på arbejdspladsen.</p>					
<b>Hvilke konsekvenser indebærer forslaget for medarbejdertilfredshed, brugertilfredshed og kvalitet</b>					
<b>Nøgletal, herunder sammenligning med 6-byerne</b>					
<b>Ligger aktiviteten evt. i forlængelse af eksisterende planer, politikker mv.</b> Sundhedspolitikken					
<b>Samlet budget for området</b>					

<b>Forslagsstiller</b>	<b>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen</b>				
<b>Forslag 16</b>	<b>Sundhedsfremme på arbejdspladsen – sundhedsledelse</b>				
<b>Bevilling</b>	Sundhed				
<b>Styringsområde</b>	Rammebelagt drift				
<b>Økonomiske konsekvenser</b> 1.000 kr. – 2011 PL					
<b>Forslag</b>	<b>Funktion</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
	4.62.88.1	1.000	1.300		
<b>Samlet nettoændring</b>	<b>4.62.88.1</b>	<b>1.000</b>	<b>1.300</b>		
<b>Personalemæssige konsekvenser</b>		-	-	-	-
<b>Beskrivelse af forslaget</b>					
<p>Indsatsen skal sikre gode rammer og betingelser for udvikling af sunde arbejdspladser og sunde medarbejdere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Gennem kompetenceudvikling af ledere skal sundhedsfremme gøres til en naturlig del af ledelsesopgaven på de deltagende arbejdspladser. Indsatsen implementeres i første omgang på 4-5 arbejdspladser med mange kortuddannede medarbejdere, fordi en sådan strukturel indsats på arbejdspladsen har stor effekt på sundhed. Desuden kan indsatsen være med til at reducere den sociale ulighed i sundhed, fordi de sunde regler og rammer gør valg af sund livsstil uafhængig af den enkeltes viden, overskud og ressourcer.</p> <p>Målet med indsatsen er, at sundhed indgår i alle væsentlige, større ledelsesmæssige beslutninger på arbejdspladserne, og at sundhed og sunde medarbejdere er solidt forankret i arbejdspladsens organisation og praksis. Det gælder fx for det fysiske arbejdsmiljø, hvor sundhed tænkes ind i indretning af arbejdspladsen, det gælder trivsel, hvor sundhed tænkes ind i stressforebyggelse og det gælder medarbejdernes livsstil, hvor sundhed udmøntes i politikker, som både indeholder retningslinjer/rammer på arbejdspladsen og muligheder for medarbejdertilbud fx alkoholpolitikken (regler, uddannelse af nøglepersoner og mulighed for hjælp)</p> <p>Der er stor erfaring i kommunen med de individrettede indsatser på arbejdspladserne, men der er behov for flere erfaringer med at tænke i sundhedsledelse og dermed få løftet sundhedsfremme op på et strategisk niveau på arbejdspladserne. At arbejde strategisk med sundhedsfremme indebærer, at virksomheden tænker sundhed som en del af sit værdisæt samt tænker sundhed ind i ledelsesmæssige beslutninger og i den daglige drift.</p> <p>Ledelsens engagement i sundhedsindsatsen er nødvendig, da strategisk arbejde med sundhed er en gennemgribende holdnings- og værdiskabende proces for arbejdspladsen på samme måde som andre udviklings- og forandringstiltag i en virksomhed.</p> <p>Udgiftsposterne er: Kompetenceudvikling af ledere, drift af ledernetværk i to år, løn til projektleder, udvikling og afprøvning af sundhedsledelse på de deltagende arbejdspladser, evaluering og formidling til Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.</p>					

**Hvilke konsekvenser indebærer forslaget for medarbejdertilfredshed, brugertilfredshed og kvalitet**

Indsatsen forventes at have positiv effekt på medarbejdertilfredshed, og større effekt end indsatser, der alene fokuserer på medarbejderens sundhedsadfærd, som der er flest erfaringer med i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Desuden forventes indsatsen at medføre bedre ressourceudnyttelse som følge af større synergi mellem sundhedsfremme og arbejdsmiljø og større brugertilfredshed, fordi den øgede bevidsthed om sundhed ikke begrænser sig til medarbejderne, men også vil komme borgerne/brugerne til gode.

**Nøgletal, herunder sammenligning med 6-byerne****Ligger aktiviteten evt. i forlængelse af eksisterende planer, politikker mv.**

Sundhedspolitikken, overenskomstaftalen 2008 om sundhed og trivsel på arbejdspladsen

**Samlet budget for området**



## **Budget 2011: Sundhedspolitik 2011 – 2014**

Dette notat beskriver tre forslag til budget 2011, der indgår i det samlede forslag om indsatser knyttet til den kommende sundhedspolitik.

Den gældende sundhedspolitik udløber med udgangen af 2010, og forarbejdet til udviklingen af en ny sundhedspolitik for perioden 2011 – 2014 er igangsat. Den nye sundhedspolitik vil tage afsæt i en helhedsorienteret indsats, der dels ændrer på de overordnede strukturer og rammer i kommunen, så de fremmer en sund levevis, og dels sikrer målrettede indsatser til den del af borgerne, der sundhedsmæssigt har det dårligst, enten fordi de lever usundt, eller fordi de er syge. Det er derfor afgørende, at sundhedsopgaven løses bredt i hele kommunen, og at alle forvaltninger tager ansvar for løsningen af opgaven.

Som følge af den nye tilgang til løsningen af sundhedsopgaven er der behov for dels at sikre erfaring med samarbejde om opgaver med fælles mål mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og en anden forvaltning samt erfaring med redskaber, der kan understøtte en sundhedsfremmende opgaveløsning på andre forvaltningsområder som fx sundhedskonsekvensvurderinger. Når alle forvaltninger bidrager til at løse sundhedsopgaven, er der behov for at udvikle et redskab, der gør det muligt at følge udviklingen i både københavnernes sundhed og kommunens indsats med henblik på løbende justering og opfølgning på opfyldelsen af sundhedspolitikens mål.

### *Sundhedsbarometer*

Udvikling og implementering af et redskab, der interaktivt og let tilgængeligt dokumenterer sundhedsindsatsen i Københavns Kommune og udviklingen i københavnernes sundhed – et sundhedsbarometer. Der ønskes i alt 0,8 mio. kr. i 2011.

### *Fremme af aktiv transport – samarbejde mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Teknik- og Miljøforvaltningen*

Indsatsen skal få flere københavnere til at bruge cyklen som transportmiddel i hverdagen til eksempelvis arbejde, uddannelse og i fritiden. Såfremt der er politisk interesse bliver indsatsen et fælles projekt. Der ønskes i alt 9 mio. kr. i 2011.

### *Afprøvning af sundhedskonsekvensvurderinger*

Indsatsen skal afprøve en sundhedskonsekvensvurdering, som redskab til at implementere sundhedsfremme i opgaveløsningen på andre forvaltningsområder. Der ønskes i alt 0,5 mio. kr. i 2011.

<b>Forslagsstiller</b>	<b>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen</b>				
<b>Forslag 17</b>	<b>Sundhedsbarometer</b>				
<b>Bevilling</b>	Sundhed				
<b>Styringsområde</b>	Rammebelagt drift				
<b>Økonomiske konsekvenser</b> 1.000 kr. – 2011 PL					
<b>Forslag</b>	<b>Funktion</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Driftsudgifter	4.62.88.1	800	500	500	500
<b>Samlet nettoændring</b>	<b>4.62.88.1</b>	<b>800</b>	<b>500</b>	<b>500</b>	<b>500</b>
<b>Personalemæssige konsekvenser</b>		-	-	-	-
<b>Beskrivelse af forslaget</b>					
<p>Udvikling og implementering af et redskab, der interaktivt og let tilgængeligt dokumenterer sundhedsindsatsen i Københavns Kommune og udviklingen i københavnernes sundhed – et sundhedsbarometer.</p> <p>Københavnernes sundhed følges regelmæssigt gennem sundhedsprofilerne, men udviklingen i sundhed sammenholdes ikke for indeværende med kommunens sundhedsindsats, og de rammer der er omkring københavnernes hverdagsliv. Sundhedsbarometeret skal samle relevante data fra fx sundhedsprofilerne, det socioøkonomiske københavnernkort og status på implementeringen af sundhedspolitikens indsatsmål med henblik på at give et samlet billede af københavnernes sundhed og Københavns Kommunens indsatser. Afrapporteringen kan være interaktiv og opdelt på bydele eller eventuelt i mindre områder. Sundhedsbarometeret vil være en let tilgængelig adgang til en status på københavnernes sundhed og kommunens indsats, som kan anvendes af alle forvaltninger og af interesserede borgere. Sundhedsbarometeret kan tillige bruges til at følge, om målene i en ny sundhedspolitik indfris og til at prioritere og planlægge sundhedsindsatsen fremadrettet.</p> <p>Budgetbevillingen dækker etablering af internetløsning og løbende drift, bearbejdning af data, udarbejdelse og distribution af årsrapport.</p>					
<b>Hvilke konsekvenser indebærer forslaget for medarbejdertilfredshed, brugertilfredshed og kvalitet</b>					
Indsatsen forventes at øge kvaliteten i løsningen af sundhedsopgaven i kommunen som følge af en tættere opfølgning på målsætningerne.					
<b>Nøgletal, herunder sammenligning med 6-byerne</b>					
<b>Ligger aktiviteten evt. i forlængelse af eksisterende planer, politikker mv.</b>					
Forventes i forlængelse af en revideret sundhedspolitik					
<b>Samlet budget for området</b>					

<b>Forslagsstiller</b>	<b>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen</b>				
<b>Forslag 18</b>	<b>Fremme af aktiv transport – samarbejde mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Teknik- og Miljøforvaltningen</b>				
<b>Bevilling</b>	Sundhed				
<b>Styringsområde</b>	Rammebelagt drift				
<b>Økonomiske konsekvenser</b> 1.000 kr. – 2011 PL					
<b>Forslag</b>	<b>Funktion</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Indsats mod korte ture i bil	4.62.88.1	5.000			
Elever på erhvervs- og produktionsskoler	4.62.88.1	2.000	2.000		
Ældre	4.62.88.1	1.000	1.000		
Ny tilflyttere til København	4.62.88.1	500	500		
Etniske kvinder	4.62.88.1	500	500		
<b>Samlet nettoændring</b>	<b>4.62.88.1</b>	<b>9.000</b>	<b>4.000</b>		
<b>Personalemæssige konsekvenser</b>		-	-	-	-

#### **Beskrivelse af forslaget**

Indsatsen skal skabe rammer for øget sundhed for københavnernes. Målet er at flere københavnere bevæger sig og er fysisk aktive, når de transporterer sig rundt i byen. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Cykelsekretariatet, Teknik- og Miljøforvaltningen ønsker at samarbejde om, at få endnu flere københavnere til at bruge cyklen som transportmiddel i hverdagen til eks. arbejde, uddannelse og i fritiden. Såfremt der er politisk interesse bliver indsatsen et fælles projekt.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen bidrager med kompetencer inden for social marketing, der er en metode til at afdække, hvad der motiverer specifikke målgrupper til at cykle. Cykelsekretariatet har ekspertise i trafikplanlægning og trafikikkerhed. Et samarbejde mellem de to parter skaber således synergi og sammenhæng i arbejdet for at sikre mere cyklisme i København.

Der arbejdes med to indsats, hvoraf den ene er målrettet bilister, der bruger bilen til korte ture og den anden indsats er målrettet specifikke målgrupper, der i mindre grad cykler:

#### *Indsats I: Indsats mod korte ture i bil*

Kampagne i samarbejde med Teknik- og Miljøforvaltningen med henblik på at reducere antallet af korte ture i bil i København. Målgruppen er 25 – 40-årige. Kampagnen opfordrer til at bruge fysisk aktive transportformer som cykel eller gang i stedet for bil til ture indenfor København. Kampagnen anvender en række virkemidler i forhold til målgruppen. En tilsvarende kampagne havde stor succes i Malmø. Budgettet er for en massiv kampagne i et år.

#### *Indsats II:*

Der sættes fokus på 4 udvalgte målgrupper, hvor der er særligt potentiale for at øge brugen af cyklen:

#### *Elever på erhvervs- og produktionsskoler*

Hovedparten af eleverne på erhvervs- og produktionsskoler transporterer sig med offentlig transport eller bil til og fra uddannelsesstedet. Der er derfor et stort sundhedspotentiale i at få flere af eleverne til at gå eller cykle. Herudover har 18-25-årige mænd været involveret i ¼ af

dødsulykkerne i København i de seneste 3 år, og en afledt gevinst ved kampagnen vil derfor være færre alvorlige ulykker.

#### *Ældre*

Nogle ældre undlader at cykle i byen, fordi de oplever trafikken som utryk og uoverskuelig. Der er derfor behov for at afdække, hvad der afholder ældre fra at cykle i byen samt finde løsninger, der gør det mere trygt at færdes på cykel som ældre.

#### *Nytilflyttere til København\_*

Gruppen af nytilflyttere er særligt påvirkelige i forhold til at etablere nye vaner omkring transport i hverdagen. En målrettet indsats mod denne gruppe kan fokuserer på at synliggøre mulighederne for og gevinsterne ved at cykle i byen.

#### *Etniske kvinder*

Der er ikke tradition for at anvende cyklen som transportmiddel blandt grupper af etniske kvinder. Der er derfor behov for en indsats, der dels lærer kvinderne at cykle og dels lærer dem at begå sig i trafikken. Desuden er der behov for en indsats, der ændrer de nuværende transportvaner.

#### **Hvilke konsekvenser indebærer forslaget for medarbejdertilfredshed, brugertilfredshed og kvalitet**

Positiv betydning alle københavnere som følge af reduktion af bilisme og deraf positive følger samt øget fysisk aktivitet hos dem, der følger indsatsens budskab. Indsatsen vil have positiv betydning for den sociale ulighed i sundhed. Flere fysisk aktive unge, voksne og ældre vil ikke alene øge sundheden, men også have betydning for miljøet.

#### **Nøgletal, herunder sammenligning med 6-byerne**

#### **Ligger aktiviteten evt. i forlængelse af eksisterende planer, politikker mv.**

Forventes i forlængelse af ny sundhedspolitik, Klimaplanen – Københavns klimamål for 2015.

#### **Samlet budget for området**

<b>Forslagsstiller</b>	<b>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen</b>				
<b>Forslag 19</b>	<b>Afprøvning af sundhedskonsekvensvurderinger</b>				
<b>Bevilling</b>	Sundhed				
<b>Styringsområde</b>	Rammebelagt drift				
<b>Økonomiske konsekvenser</b> 1.000 kr. – 2011 PL					
<b>Forslag</b>	<b>Funktion</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Gennemførelse af Sundhedskonsekvensvurdering	4.62.88.1	500			
<b>Samlet nettoændring</b>	<b>4.62.88.1</b>	<b>500</b>			
<b>Personalemæssige konsekvenser</b>		-	-	-	-
<b>Beskrivelse af forslaget</b>					
<p>Indsatsen skal afprøve en sundhedskonsekvensvurdering, som redskab til at implementere sundhedsfremme i opgaveløsningen på andre forvaltningsområder. Forslaget består i at gennemføre en sundhedskonsekvensvurdering med henblik på at vurdere de sundhedsmæssige konsekvenser ved implementering af en eller flere politikker, planer eller projekter uden for Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ansvarsområde, samt vurdere potentialer for systematisk at implementere sundhedskonsekvensvurderinger i kommunens eksisterende planlægningsværktøjer (fx integrere indikatorer for sundhed i planlægningsværktøjer til Miljøkonsekvensvurderinger og Ligebehandlingsvurderinger).</p> <p>Fordelene ved at gennemføre sundhedskonsekvensvurderinger af større administrative og politiske beslutninger i kommunen er, at vidensgrundlaget for beslutningerne styrkes, og hensynet til sundheden indtænkes i beslutninger inden for andre fagområder end sundhedsområdet. En systematisk anvendelse af sundhedskonsekvensvurderinger kan således medvirke til at sikre, at alle forvaltninger tager et større ansvar for at forbedre sundheden i Københavns Kommune. Samtidig bidrager den viden, som genereres fra en sundhedskonsekvensvurdering, til at styrke fagforvaltningernes argumentation forud for iværksættelsen af større tiltag, og viden om sundhedsgevinster medvirker på lige fod med andre hensyn til, at det netop er de projekter, planer og politikker, der er til størst gavn for borgerne, som realiseres.</p>					
<b>Hvilke konsekvenser indebærer forslaget for medarbejdertilfredshed, brugertilfredshed og kvalitet</b>					
Sundhedskonsekvensvurderinger bidrager til at sikre kvalitet i beslutningsprocesserne ved at levere analyser og vurderinger af forskellige alternativer.					
<b>Nøgletal, herunder sammenligning med 6-byerne</b>					
<b>Ligger aktiviteten evt. i forlængelse af eksisterende planer, politikker mv.</b>					
Forventes at være i forlængelse af ny sundhedspolitik. Københavns Kommune har som medlem af WHO's internationale Sund By Netværk forpligtet sig til at arbejde med sundhedskonsekvensvurderinger.					
<b>Samlet budget for området</b>					

<b>Forslagsstiller</b>	<b>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen</b>				
<b>Forslag 20</b>	<b>Forebyggelse af utilsigtede hændelser</b>				
<b>Bevilling</b>	Pleje, service og boliger for ældre				
<b>Styringsområde</b>	Efterspørgselsstyret service				
<b>Økonomiske konsekvenser</b> 1.000 kr. - 2011 PL					
<b>Forslag</b>	<b>Funktion</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Varig drift	5.32.32.1	2.746	1.196	1.196	1.196
<b>Samlet nettoændring</b>	<b>5.32.32.1</b>	<b>2.746</b>	<b>1.196</b>	<b>1.196</b>	<b>1.196</b>
<b>Personalemæssige konsekvenser</b>					

### Beskrivelse af forslaget

Den udvidede lov om patientsikkerhed pålægger ultimo 2010 kommunerne i at registrere og indsende oplysninger om utilsigtede hændelser til Sundhedsstyrelsen. Utilsigtede hændelser er i daglig tale fejl, der kan undgås ved systematisk forebyggelse. I første fase skal medarbejdere i forvaltningen registrere utilsigtede hændelser. Senest ultimo 2011 vil borgere og pårørende også få mulighed for at registrere fejl.

Utilsigtede hændelser er f.eks. medicineringsfejl, fald eller misforståelser i overgangen fra sygehus til kommune. For borgerne kan forebyggelse af fejl f.eks. medføre reduktion i unødige hospitalsindlæggelser, bedre sammenhæng i forløbet og højere sikkerhed. Ved at arbejde med at forebygge utilsigtede hændelser kan forvaltningen fremover dokumentere, at forvaltningen forbedrer kvaliteten systematisk– også selvom borgeren ikke selv klager over en kvalitetsbrist. Forvaltningen kan derfor fremover dokumentere, hvilke initiativer der er iværksat for forebygge hvilke fejl. Det skal give en udadvendt og fremadrettet dialog med borgerne om mulighederne for at forbedre kvaliteten.

Forudsætningen er, at forvaltningen ved, hvilke fejl der sker, og at sygeplejersker, Sosu-assistenter, øvrigt personale samt ledelser på alle niveauer tager handling for at forebygge fejl. For at forebyggelsen af fejl skal være effektiv, skal det være naturligt, at borgerne inddrages i en dialog om fejlene, og om hvordan forvaltningen kan forbedre kvalitet. Det kan f.eks. ved at borgere og pårørende inviteres til at give deres oplevelse af et forløb, hvor der var fejl.

For at løfte opgaven vil følgende blive iværksat:

- Oprettelse af en Risiko Managerfunktion, der skal sikre udarbejdelse af statistik, analyser og forbedringstiltag for hele forvaltningen. En vigtig funktion vil også være, at risiko manageren sikrer, at risikostyring indarbejdes på alle relevante områder i forvaltningen og på tværs af forvaltningsområder. Det kan f.eks. være at sikre, at forebyggelse af utilsigtede hændelser indarbejdes ved etablering af nye plejehjem, således indretning minimerer risikoen for fejl. Risiko Manageren skal gennemføre kurset "Patientsikkerhed for risikomanagere" udbudt af COK.
- Formidling af resultaterne af forebyggelsen af utilsigtede hændelser på hjemmeside til borgere og samarbejdspartnere.
- Oprettelse af nøgleperson på 100 udføreenheder (f.eks. plejehjem og hjemmepleje), der i det daglige skal formidle viden om utilsigtede hændelser og støtte implementeringen af løsninger. Det forventes, at over 1000 medarbejdere vil modtage undervisning i utilsigtede hændelser fra nøglepersonerne. Nøglepersonerne skal gennemføre kursus i Patientsikkerhed og utilsigtede hændelser i regi af AMU. For at støtte implementering vil 80

ledere af enheder (f.eks. plejehjem og hjemmepleje) blive tilbudt et specifikt kursus for kommunale ledere.

- Oprettelse af tovholderfunktion i de 5 lokalområder til at løfte tværgående utilsigtede hændelser og sikre implementering på tværs af de enkelte enheder. De 5 tovholdere vil gennemføre samme kompetenceudvikling so nøglepersonerne.
- Etablering af netværk for medarbejdere på plejehjem og i hjemmeplejen, der skal identificere utilsigtede hændelser og implementere løsninger.
- Gennemførelse af dybdegående analyser af årsager til utilsigtede hændelser og herefter implementering af tiltag til at forebygge gentagelser. Det kræver, at medarbejdere på enhederne frikøbes til deltagelse i analyserne.
- Der vil oprettet mulighed for, at nøglepersonerne skal registrere utilsigtede hændelser i Sundhedsstyrelsens database. Det kræver integration med kommunens system (CITRIX).

**Hvilke konsekvenser indebærer forslaget for medarbejdertilfredshed, brugertilfredshed og kvalitet**

Det giver værdi for borgerne og højnelse af kvaliteten, at personalet kan drage læring af de utilsigtede hændelser og at u hensigtsmæssige arbejdsgange kan reduceres.

**Nøgletal, herunder sammenligning med 6-byerne**

**Ligger aktiviteten evt. i forlængelse af eksisterende planer, politikker mv.**

Ligger i forlængelse af arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel, embedslægetilsynene samt kvalitetsarbejdet i SUF.

**Samlet budget for området**

<b>Forslagsstiller</b>	<b>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen</b>				
<b>Forslag 21</b>	<b>Udvikling af samarbejdet mellem almen praksis og hjemmesygeplejen</b>				
<b>Bevilling</b>	Pleje, service og boliger for ældre				
<b>Styringsområde</b>	Efterspørgselsstyret service				
<b>Økonomiske konsekvenser</b> <i>1.000 kr. – 2011 PL</i>					
<b>Forslag</b>	<b>Funktion</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Drift	5.32.32.1	1.000	1.000	1.000	-
<b>Samlet nettoændring</b>	<b>5.32.32.1</b>	<b>1.000</b>	<b>1.000</b>	<b>1.000</b>	
<b>Personalemæssige konsekvenser</b>					
<b>Beskrivelse af forslaget</b>					
<p>I nogle sårbare områder/bydele i Københavns Kommune er der begyndende problemer med lægebetjening af borgerne på grund af lægedækningen. Læger kan ikke få solgt deres praksis, og ydemumre flyttes til andre bydele i kommunen. Kommune og lægerne har en fælles interesse i, at der en ligelig fordeling af borgere i byen, så også borgere i bydele med social ulighed får adgang til lægehjælp.</p> <p>Kommunerne har fået en række nye opgaver på sundhedsområdet, og er blevet en del af sundhedsvæsenet. Borgere bliver udskrevet stadig hurtigere fra hospitalerne, hvilket stiller kommunerne over for en række nye opgaver og udfordringer. Kommunerne har med det øgede og mere komplekse opgavesæt brug for et godt og tæt samarbejde med almen praksis. Det gælder særligt i forhold til ældre, borgere med kronisk sygdom og socialt udsatte borgere. De nye forløbsprogrammer for borgere med kronisk sygdom giver kommunerne og almen praksis en række nye opgaver, hvor der er brug for, at parterne samarbejder omkring de nye opgaver. Kommunen oplever også i det daglige, at der er udfordringer i forhold til borgernes medicin og samarbejdet med almen praksis.</p> <p>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen foreslår, at der laves i projekt i Kgs. Enghave, hvor udvikling af samarbejdet mellem almen praksis og kommunens hjemmesygepleje omkring socialt udsatte, borgere med kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter i forhold til polyfarmaci bliver hovedfokus.</p> <p>1 mio. kr. forventes afsat til projektledelse, projektkoordination og honorering af de praktiserende læger for mødedeltagelse, samt diverse udstyr.</p>					
<b>Hvilke konsekvenser indebærer forslaget for medarbejdertilfredshed, brugertilfredshed og kvalitet</b>					
<b>Nøgletal, herunder sammenligning med 6-byerne</b>					
<b>Ligger aktiviteten evt. i forlængelse af eksisterende planer, politikker mv.</b> Forslaget er en implementering af den vedtagne udbygningsplan for sundhedshuse.					
<b>Samlet budget for området</b> 1.000.000 kr.					





<b>Forslagsstiller</b>	<b>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen</b>				
<b>Forslag 22</b>	<b>Plan for seksuel sundhed</b>				
<b>Bevilling</b>	Sundhed				
<b>Styringsområde</b>	Rammebelagt drift				
<b>Økonomiske konsekvenser</b> 1.000 kr. – 2011 PL					
<b>Forslag</b>	<b>Funktion</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Unge herunder etniske		750	1.250	1.250	1.250
Test for hiv - etniske		300	800	800	800
Rådgivning til hiv-smittede og pårørende		400	400	400	400
<b>Samlet nettoændring</b>		<b>1.450</b>	<b>2.450</b>	<b>2.450</b>	<b>2.450</b>
<b>Personalemæssige konsekvenser</b>		-	-	-	-
<b>Beskrivelse af forslaget</b>					
<p>Indsatsen skal bidrage til at fremme den seksuelle sundhed blandt københavnske borgere. København har væsentlige udfordringer omkring seksuel sundhed, f.eks. et stigende antal unge, der smittes med klamydia, et let stigende antal hiv-smittede blandt mænd, der har sex med mænd og et stigende antal, der dyrker usikker sex (især unge). Samtidig er det i København, at de fleste bøsse miljøer er, ligesom populationen af unge er høj. Dette betyder, at der i København er en relativ stor forekomst af seksuelt overførte sygdomme og et relativt stort antal borgere i risikogrupperne.</p> <p>Indsætterne vil supplere og udbygge den nuværende indsats og omfatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Undervisning om seksuel sundhed på ungdomsuddannelserne herunder tilbud om klamydia test samt undervisning/vejledning til særlig udsatte grupper, herunder etniske minoriteter</li> <li>• Rådgivning om og tilbud om test for hiv, herunder rådgivning og tilbud om test for hiv til etniske minoriteter</li> <li>• Rådgivning og støtte til hiv-smittede og deres pårørende med særlig fokus på kontaktopsporing.</li> </ul> <p>Udmøntningen af indsatserne vil ske i et samarbejde med de interesseorganisationer, som har et særlig kendskab og erfaring inden for området. I hiv/aidsplanen handlede det om Foreningen Sex &amp; Samfund, STOP-AIDS, Patientforeningen Hiv-Danmark og AIDS-Fondet herunder CROSS-Over. Både i Sundhedsstyrelsen og i evalueringen af hiv/aidsplanen anbefales det, at kommunerne indgår partnerskabsaftaler med interesseorganisationer om udmøntning af indsatser.</p>					
<b>Hvilke konsekvenser indebærer forslaget for medarbejdertilfredshed, brugertilfredshed og kvalitet</b>					
Med dette forslag vurderer Forvaltningen, at indsatsen for seksuel sundhed i Københavns Kommune vil dække relevante risikogrupper.					
<b>Nøgletal, herunder sammenligning med 6-byerne</b>					
<b>Ligger aktiviteten evt. i forlængelse af eksisterende planer, politikker mv.</b>					
Indsatsen ligger i forlængelse af hiv/aidsplanen og følger Forvaltningens ny strategi på området.					
<b>Samlet budget for området</b>					



<b>Forslagsstiller</b>	<b>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen</b>				
<b>Forslag 23</b>	<b>Sosu-elever</b>				
<b>Bevilling</b>	Pleje, service og boliger for ældre				
<b>Styringsområde</b>	Rammebelagt drift & Efterspørgselsstyret service				
<b>Økonomiske konsekvenser</b> 1.000 kr. – 2011 PL					
<b>Forslag</b>	<b>Funktion</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
SOSU-elevløøn	5.32.32.1	12.000	27.300	27.300	27.300
Praktikvejledning på institutioner	5.32.32.1	7.000	7.000	7.000	7.000
<b>Samlet nettoændring</b>		<b>19.000</b>	<b>34.300</b>	<b>34.300</b>	<b>34.300</b>
<b>Personalemæssige konsekvenser</b>		-	-	-	-
<b>Beskrivelse af forslaget</b>					
<p>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen varetager opgaven med lovpligtig uddannelse af SOSU-hjælperelever og SOSU-assistentelever. Fra 2007 til 2009 er antallet af elever øget fra 730 til 1225. I 2010 forventes antallet af elever at nå op på 1365, svarende til en stigning på 87 pct. siden 2007.</p> <p>Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har beregnet merudgifterne for perioden 2010-2014 af det stigende elevantal. I beregningerne indgår:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indtægter fra Folketingets ungepakke (ungepakke I) samt fra den aftale som Regeringen har indgået med Regioner og Kommuner om etablering af et øget antal praktikpladser (ungepakke II).</li> <li>• Den budgetkorrektio n som Sundheds- og Omsorgsudvalget er pålagt i forbindelse med fordelingen af praktikpladser mellem kommunens forvaltninger som led i ungepakke II.</li> <li>• Mindreudgifter, som følge af, at BR har vedtaget at bringe KK-puljen til ophør medio 2010.</li> <li>• Øgede omkostninger til praktikvejledning på institutioner.</li> </ul> <p>Regeringens ungepakke II bliver udfaset i løbet af 2011 – som følge heraf stiger merforbruget med 15,3 mio. kr. fra 2011 til 2012.</p>					
<b>Hvilke konsekvenser indebærer forslaget for medarbejdertilfredshed, brugertilfredshed og kvalitet</b>					
<b>Nøgletal, herunder sammenligning med 6-byerne</b>					
<b>Ligger aktiviteten evt. i forlængelse af eksisterende planer, politikker mv.</b>					
Aktiviteten er en lovbunden opgave, som SUF ikke har midler til at løfte, i det aktiviteten under den økonomiske krise er steget væsentligt.					
<b>Samlet budget for området</b>					

