

FORTEGNELSE OVER ORIENTERINGMATERIALE til medlemmerne af Sundheds- og Omsorgsudvalget

Materiale omdelt til udvalget på mødet den 19. maj 2011

- Embedsmandsdeltagelse den 19. maj 2011
- Notat vedr. bidrag fra dialogprocessen – Reformprogrammet *Aktiv og tryk hele livet* samt 1 høringsvar
- Status på lovforslag om ændring af kommunal medfinansiering
- Indbydelse til indvielsen af Sundhedshus Vanløse
- Kommende sager til Sundheds- og Omsorgsudvalget



Embedsmandsdeltagelse til det ordinære møde i Sundheds- og Omsorgsudvalget den 19. maj 2011

Direktionen:

Administrerende direktør Lene Sillasen
Direktør Hanne Baastrup
Direktør Anne Mette Fugleholm

Center for Politik og Ledelse

Sekretariatschef Jesper Olsen
Udvalgssekretær Yvette Kovács

Punkt 2: Reformprogram – *Aktiv og tryk hele livet*

Økonomichef Carsten Riis, pressechef Thomas Hundsbæk-Pedersen, specialkonsulent Stine Thalund Petersen og specialkonsulent Ian Røpke

Punkt 3: Forventet regnskab pr. 31. marts 2011 - aprilprognose

Økonomichef Carsten Riis

Punkt 4: Bevillingsmæssige ændringer herunder kommunal medfinansiering

Økonomichef Carsten Riis

Punkt 7: Afprøvning af nye modeller for visitation og styring hjemmeplejen

Ældrechef Margrethe Kusk Pedersen og programleder Birgitte Bo Christensen

Punkt 8: Høring om Hospitals – og Psykiatriplan 2010

Specialkonsulent Gitte Mogensen



Til Sundheds- og Omsorgsudvalget

Sagsnr.
2011-62460

Brug af input fra dialogmøderne

Dokumentnr.
2011-324012

For at skabe dialog, indhente gode forslag og øge kendskab til *Aktiv og tryk hele livet* er der gennemført en dialogproces i april og maj 2011. I nedenstående er en opsamling på overordnede temaer og bidrag, der har været ved dialogprocessen.

Sagsbehandler
Ian Røpke

Dialogprocessen indebar følgende:

- 1 møde i hvert lokalområde, 5 møder i alt. Deltagerne var medarbejdere og ledere i lokalområdet, hvor der er sikret repræsentation fra forskellige typer institutioner og enheder. Ved hvert møde var i gennemsnit 40 deltagere.
- 2 åbne dialogmøder. Første møde 9. maj havde temaet Vision 1-3, mens andet møde den 12. maj havde temaet vision 4.
- Mulighed for at medarbejdere kan bidrage ved at skrive "postkort" med gode idéer. Der er udarbejdet mere end 50 "postkort".
- 2 Kaffemik med omkring 10 deltagere ved hvert møde.
- Mulighed for at bidrage med forslag og idéer gennem hjemmesiden www.kk.dk/sufdialog. Der er tilsendt seks bidrag til hjemmesiden, og vedlagt notatet er de bidrag via hjemmesiden, der er høringssvar fra en organisation.

Generelt var der mest dialog om visioner 1 og 2. Derfor er der også flest bemærkninger fra disse visioner. Da ikke alle bidragene fra dialogprocessen kan indgå i *Aktiv og tryk hele livet*, er der oprettet en idébank, hvor idéerne fra møderne indgår.

Hovedbidrag inden for hver vision:

Vision 1: Stærkere fællesskab

Dialogen omkring vision 1 var positiv omkring mulighederne for at inddrage frivillige, som skitseret i oplægget til *Aktiv og tryk hele livet*. Der var herunder flere forslag til forskellige modeller og løsninger. Det omfattede f.eks. forslag om kvarterhuse med måltidsfællesskaber, "gadesjak", spisevenner, træning i fællesskab i parker og sociale viceværter som det allerede kendes fra boligforeninger.

Udover aktiviteter blev betydningen af, at det skal være let at være frivillig, nævnt. En metode, der blev nævnt, var "åbent hus" på f.eks. plejehjem, der kan skabe opmærksomhed om muligheder. For at styrke arbejdet var der også forslag til indsatser, der kan sikre, at frivillige og pårørende selv driver indsatser, f.eks. ved at skabe

Sekretariatet - Rådhus

Rådhuset, 102
1599 København V

Telefon
3366 2550

E-mail
XA92@suf.kk.dk

www.kk.dk

netværk gennem pårørendeaftener. Herunder var der dialog om de opgaver, som pårørende og frivillige kan hjælpe med f.eks. udflugter, kaffeklubber og arrangementer.

Rekruttering af frivillige blev ofte nævnt som en udfordring. Der var flere forslag til løsninger fremadrettet, f.eks. at oprette et frivillighedskorps i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen eller tilbyde "gulerødder" som f.eks. klippekort eller aftensmad til frivillige.

Ved alle dialogmøderne med medarbejdere blev pointeret vigtigheden af tydelige rammer og regler for, hvor frivillige og pårørende kan bidrage. I forhold til pårørende blev det foreslået, at en måde at løfte udfordringen er, at der fra starten af borgernes forløb er dialog med pårørende om inddragelse og forventninger.

Der blev også fremhævet vigtigheden af behovet for en organisation eller ressourcer til at sætte det frivillige arbejde i gang. Det blev f.eks. nævnt som en mulighed at udpege en kontaktperson til frivillige og organisationer, så de har nogen at gå til på stedet med spørgsmål og viden om muligheder for at bidrage.

Fra dialogmøderne og de skriftlige bidrag fremhæves, at en hovedudfordring ved ensomheden er, at ensomhed er forskelligt fra person til person. Derfor skal kommunen i det opsøgende arbejde være opmærksom på de forskellige tegn på ensomhed, borgerne udviser.

Vision 2: Mere frihed

For indsatsene under vision 2 var der opbakning til indsatsene i *Aktiv og tryk hele livet*. Dialogen og forslagene omhandlede således ikke, hvorvidt skiftet fra passiverende ydelser til aktiverende ydelser er hensigtsmæssig, men mere forudsætninger og grupper af borgere, der fortsat skal være opmærksomhed på.

Flere af bidragene ved møderne fremhævede vigtigheden af, at der med forandringen fra passiverende til aktiverende ydelser fortsat er fokus på borgere, der ikke er i målgruppen for aktiverende ydelser. Denne pointe fremgår også af et skriftligt bidrag til www.kk.dk/sufdialog fra Bruger- og Pårørenderådet på Rosenborgcentret, der understreger behovet for at tage hensyn til borgernes udgangspunkt, herunder at det ikke er alle borgere, der er klar til at bruge teknologiske hjælpemidler.

Gennemgående i dialogen var der en opmærksomhed på, at indsatsene i vision 2 kræver en informationsindsats, og ledelsesopbakning til medarbejderne. Tydelig kommunikation af paradigmeskiftet er en forudsætning, så borgernes forventninger er i tråd med de kommunale ydelser, f.eks. mht. aktiverende ydelser. På

noget områder kræver det en tydelig markering af de kommunale ydelser. Pårørende kunne f.eks. også modtage information fra starten om, hvilken betydning "passiv til aktiv" har.

Medarbejderne fremhævede ved møderne, at alle medarbejdere skal "være med" i forandringen og modtage kompetenceudvikling. Konkret blev f.eks. nævnt, at en forudsætning for, at medarbejdere kan se mulighederne ved at bruge hjælpemidler, er, at medarbejderne har kompetencerne hertil. I dialogen om emnet blev ofte nævnt betydningen af, at tværfaglighed i endnu højere grad tænkes helt ind i den daglige opgaveløsning i f.eks. hjemmeplejen, særligt med inddragelse af fysioterapeuter og ergoterapeuter.

Transport til aktiviteter blev endelig ofte fremhævet som en udfordring, når ældre skal til og fra aktiviteter. Derfor var flere ønsker om fokus på transport med bus, cykler eller ved at en person følger borgeren til aktiviteter.

Vision 3: Større tryghed

Indsætterne i vision 3 var generelt ikke genstand for så meget dialog, som de øvrige visioner.

Mest fremtrædende var dialog om, at aktiverende ydelser ikke er relevant for alle borgere, som det er nævnt under vision 2.

Der blev pointeret, at der er ældre, der ikke gør opmærksom på egne behov til medarbejdere eller borgere, der har sociale og psykiske problemer. Disse grupper af ældre kan blive overset, da de ikke selv opsøger hjælpen. Generelt var der derfor en opfordring til opmærksomhed på denne gruppe ældre, når der sættes fokus på de svageste borgere i vision 3. Der var herunder f.eks. forslag om andre måder at komme i kontakt med borgerne bl.a. gennem opsøgende "gadeplansmedarbejdere".

Endelig blev det fremhævet, at for kunne opspore problemer tidligt, så kræver det, at der er tid og kompetencer til, at medarbejderne kan drøfte problemstillingerne. Det kan f.eks. også støttes af konkrete arbejds gange for, hvornår medarbejderne skal reagere og handle.

Vision 4: Højere faglighed

Dialogen om visionen omhandlede generelt visionen som en forudsætning for *Aktiv og tryk hele livet*.

Gennemgående var et ønske om fokus på grunduddannelsen, således at kommende medarbejdere er klædt på til arbejdet, herunder til forberedelse til aktiverende ydelser, dokumentationsopgaver og brug af IT. Konkret blev også foreslået muligheden for systematisk mentorvejledning for nyuddannede og tydelige karriereveje for medarbejdere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Som forudsætning herfor blev derudover fremhævet behovet for kompetenceudvikling gennem praksisnær læring og at understøtte den faglige ledelse, så mellemledere kan skabe rum for daglige, faglige drøftelser og refleksioner.

Udover styrkelsen af fagkompetencer omhandlede dialogen også i høj grad behovet for tværfaglighed. Herunder konkrete forslag som f.eks. mulighed for at komme i praktik f.eks. en uge på specialenheder, når medarbejdere på ”normale” enheder har brug for specialviden

Fra: Ete Forchhammer [mailto:imf@eteforchhammer.dk]

Sendt: 05. maj 2011 18:27

Til: SUFKP Dialog

Cc: Dominique Nguyen

Emne: aktiv og tryg...

Som pårørende-til-plejehjemsbeboer på 14. år har det budt på adskilligt glædeligt at læse Reformprogrammet for ældrepleje i KK, Aktiv & Tryk hele Livet. Intentionerne er rigtigt lovende. Selvfølgelig er jeg ikke mindst glad for at vi pårørende optræder så ofte, og det på en positiv måde. Det er et godt udgangspunkt for det mindst ringe liv for vore svage ældre medborgere, når professionelle og amatører (pårørende og frivillige) om jeg så må sige "spiller sammen". En anden forudsætning for et succesfuldt udgangspunkt er at alle involverede omkring den svage borger har en **meningsfuld, betydningsfuld og indholdsrig** rolle at spille. Der er altså ikke brug for primadonnækker hos nogen i det fællesskab, ej heller for at "amatørene" sendes på strandhugst hos de professionelle, så det menneskelige indhold forsvinder fra deres job.

Overordnet: den største specialist på et liv er den person, der er i gang med netop dette liv. Uanset alder etc.

Det er glimrende med tilbud om træning til at "kunne selv"; men hvis borgeren har skullet "kunne selv" hele sit liv og nu trænger til lidt tid hvor de sparsomme kræfter kan bruges til noget af det der ikke var plads til tidligere i livet, så er det et overgreb at tvinge borgeren til at træne... jeg har fx hørt om gamle koner i "leve-bo-miløer" som syntes, de havde skrælet kartofler nok i deres liv... selvom de da stadig godt kunne gøre det.

DVS.: Visitation er godt, men lytten/lydhørhed er bedre.

Helt fundamentalt må det ikke glemmes at *et tilbud kan være godt for nogle og skidt for andre!*

"Længst muligt i eget liv" kan både betyde eget ydre, og eget indre liv.

Det vigtige her er at der ikke presses noget ned over hovedet på nogen, når behovet for hjælp opstår!

Nu til selve teksten. Citater/overskrifter er skrevet med orange.

Hvad driver frivillige? Jeg håber man lader virkeligt kyndige folk forsøge sig med at give svaret, så det vil kunne bruges til noget.

Flere af reformprogrammets intentioner vil nok kunne opfyldes ved at knytte an til allerede eksisterende tiltag. Fx Seniorlinien? Mht. madklubber ville det være interessant at få undersøgt om de eksisterende klubber betragter deres størrelse som et problem eller en del af succes? Svaret her bør få betydning for om der er nogen ide i at satse på større klubber? Som nævnt ovenfor: spørg klubberne selv om der er behov for udvidelser? Nu, jeg er ved maden: borgernes adgang til madklub el. a. – glem ikke i al slags vejr, samt at evt. udvidelser indebærer mere personale!

Et opgør med ensomheden: Begynd i vuggestuerne: Ensomhed i alderdommen har et langt liv på bagen. En familie som har levet splittet/u-deltagende i hinandens liv, bliver ikke pludselig samlet og medlevende, blot fordi "de gamle" bli'r gamle.

Bedre muligheder for at deltage i nogle af folkeoplysningens tiltag – fx – ville sikkert gøre underværker.

Ligeså flere personalehænder&fødder på plejehjemmene; uanset hvor meget frivillige og pårørende involverer sig, vil det vedblive at være personalet der er der det meste af tiden.

Det opsporende arbejde mht. div. sygdomme kunne vel også ha' ensomhed som formål?

Sidst, men ikke mindst: ensomhed og ensomhed er ikke det samme. Der er eksistentiel ensomhed, som ikke kan afhjælpes, men evt. overdøves og flygtes fra, og der er ensomhed med rod i forurettelse, bitterhed, skuffelse, forsømmethed, selvoptagethed, stædighed osv.

Analyse af ægtefæller og pårørendes ønsker og behov: Afsnittet handler udelukkende om ægtefæller. Al positiv opmærksomhed skal være dem velundt; MEN hvad med os andre, børn så vel som nære, trofaste venner?

Mere frihed: Oget fokus på forebyggelse frem for behandling. Ok; MEN hvad med borgerne på den forkerte side af forebyggelsestærsklen? Der er faktisk en hel del af dem. Og hvad med de borgere der er så uheldige at blive ramt som af et lyn og få revet tæppet væk under benene? Ikke enhver situation kan forebygges!

Min ringe erfaring er, at her er et område der trænger til opmærksomhed, ikke mindst siden "forebyggelse" blev sat i højsædet for ½ snes år siden.

Borgerne skal mødes af medarbejdere der ser muligheder... ok; men det vigtigste er nu, at borgeren selv kan se disse muligheder, om ikke med det samme, så inden for længe! Ellers er det, at overgrebene lurar om hjørnet.

Mht. **teknologi, it osv..** er det vigtigt at huske, at det er lige så futilt at forlange at alle ældre skulle kunne finde ud af det, som det ville være at forlange af vore unge at de skulle skrive og læse gotisk skrift... jeg kender i øvrigt raske ældre mennesker som stadig koger vand i fløjtekeddel eller kasserolle, mens elkogeren står ubrugt i hjørnet.

NB: ethvert system, enhver teknologi er afhængig af de personer, der betjener/formidler det/den. Summa summarum: det er fint hvis interesserede ældre borgere kan få støtte i at vove sig ud i det tekniske, men kun hvis andre kan blive fri.

Systematisk forebyggelse af fald. Er det undersøgt "hvorfor falder Jeppe?"

Brug byen: sjov ide med cyklerne, men jeg forstår altså godt de ældre som finder trafikken på cykelstierne for voldsom. Måske flere cykelveje kunne gøre det mere attraktivt at cykle i Kbh.?? ville selv elske det.

Mht. Movia, er det virkelig en prisværdig opgave at forbedre servicen der – det er mange års forringelser, der skal rådes bod på.

Storre tryghed. ..borgerne og pårørende skal inddrages i dialogen ... Der tænkes vel her på forløbet efter en hospitalsindlæggelse el. efter en anden overgang?

Kortlægning af barrierer for at flytte på plejehjem: Ikke alle borgere ønskede at leve "længst muligt i eget hjem", så hvis det atter blev muligt at søge om en plejehjemsplads, vil analysen af ovenstående måske være overflødig?

Højere faglighed... Der skal være tid til --- at reflektere. Læs her også: at være konstruktivt nysgerrig.

NB: 1) Kurser for personale har sin pris: uro på arbejdspladsen og utryghed hos de svage borgere der berøres af "gennemtrækken". 2) frivillige ta'r tid (hvis de overhovedet er der ☺!). Der skal

tilrettelægges og instrueres. Idag er det IKKE flere arbejdsopgaver, personalet på plejehjemmene har brug for!

Ny omsorgsfaglighed skal defineres. Da der ikke står noget om i hvilken retning den nye definition peger, er det umuligt at kommentere med andet end at **OMSORG** burde være en kerneydelse, og at den, sammen med tid og mindre ventetid, er det mest efterlyste af borgere, pårørende og frivillige!

Lur mig, om ikke også en del personaler synger med på denne stressende klagesang.

Hvis **aktiverende hjælp** ikke skal minde om overgreb, er det bydende nødvendigt at **OMSORG** for den enkelte, og på den enkeltes præmisser, er den store overskrift!

Venlig hilsen

Ete Forchhammer

(formand for Bruger- og Pårørenderådet på Rosenborgcentret, m.m.)



Til Sundheds- og Omsorgsudvalget

19-05-2011

Status på lovforslag om ændring af kommunal medfinansiering

Sagsnr.
2010-182891

Den 15. marts udsendte Indenrigs- og Sundhedsministeriet "Forslag til Lov om ændring af lov om regionernes finansiering", som skal træde i kraft med virkning fra 1. januar 2012. Både KL og Danske Regioner (DR) har afgivet høringssvar. KL har formuleret en række ønsker til og forudsætninger for at støtte lovforslaget. DR er meget forbeholdne overfor forslaget.

Dokumentnr.
2011-313568

Sagsbehandlere:
Lars Engberg/Jannie
Kilsmark

Efter KL afgav sit høringssvar har der den 6. april 2011 været et politisk møde mellem regeringen og KL. En udløber af mødet blev en aftale, som bl.a. indebærer, at regeringen har fremsat et ændringsforslag. Den samlede aftale indebærer, at kommunerne får større budgetsikkerhed end tilfældet var ifølge det oprindelige lovforslag.

Nedenfor gennemgås kort hovedpointerne fra lovforslaget, aftalen mellem regeringen og KL samt de økonomiske konsekvenser for Københavns Kommune.

1. Hovedindhold i lovforslaget

Regeringen har bl.a. i sin Sundhedspakke fra oktober 2009 annonceret, at der ville ske en ændring af modellen for den kommunale medfinansiering på sundhedsområdet, så den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering blev øget samtidig med at grundbidraget blev afskaffet.

I 2010 betalte Københavns Kommune 630 mio. kr. i grundbidrag og 1.126 mio. kr. i aktivitetsbestemt medfinansiering. Grundidéen i forslaget er, at de 630 mio. kr. skal gøres aktivitetsbestemte. Det sker ved at hæve nogle af de gældende procenter og lofter for somatik og privatpraktiserende speciallæger:

- På det somatiske område øges medfinansieringsandel fra 30 % til 34 %. Loftet for stationær behandling øges fra knap 5.000 kr. til 13.750 kr., og loftet for ambulante behandlinger øges fra 332 kr. til 1.357 kr. (2011 pl-niveau).
- For privatpraktiserende speciallæger øges medfinansieringsandel fra 30 % til 34 %, og loftet øges fra 332 kr. til 1.357 kr. (2011 pl-niveau).
- På det psykiatriske område og i resten af praksissektoren er den aktivitetsbestemte medfinansiering uændret.

Regeringens udspil lægger således op til en *generel* omlægning på hele det somatiske område med øgede procenter og lofter frem for en

**Center for Faglig
Udvikling -
Sundhedsstaben**

Sjællandsgade 40
2200 København N

Telefon
3530 3855

E-mail
EW97@suf.kk.dk

EAN nummer
5798009290809

www.kk.dk

model med *differentierede* satser opdelt på f.eks. alder eller behandlingstype.

Det fremgår endvidere af lovforslaget, at Indenrigs- og Sundhedsministeren kan fastsætte en øvre grænse for regionernes indtægter fra kommunal medfinansiering. Hvis kommunernes betaling til en region overstiger denne grænse, tilfalder det overskydende beløb staten. Lovforslaget skal træde i kraft 1. januar 2012.

2. Aftalen af 6. april 2011 mellem regeringen og KL

Ifølge lovforslaget skal der være loft over kommunernes betaling af medfinansiering til regionerne. Således skal evt. medfinansiering ud over loftet betales til staten. Af den skriftlige aftale af 6. april 2011 mellem regering og KL fremgår:

- At den kommunale merbetaling til staten skal betales tilbage til kommunerne.

Kommunale merudgifter til medfinansiering betales dog kun tilbage, hvis merudgiften skyldes en merproduktivitetsstigning i regionen, som ligger ud over den allerede forudsatte produktivitetsstigning. Tilbagebetalingen sker til alle landets kommuner.

Et eksempel: Der har til staten været merbetaling på 100 mio. kr. i region A og en merbetaling på 75 mio. kr. i region B. Det antages, at den samlede merbetaling på 175 mio. kr. skyldes merproduktiviteten. De 175 mio. kr. fordeles af staten til alle landets 98 kommuner via bloktilskuddet. Det sker året efter det regnskabsår, der identificerede de 175 mio. kr.

Denne fordelingsmekanisme efterlader den enkelte kommune en budgetusikkerhed for det enkelte budgetår. Derfor vil kommunerne under ugunstige omstændigheder også i fremtiden kunne komme i en situation, hvor kommunerne må søge om tillægsbevillinger (medens andre kommuner har en merindtægt). De årlige udsving i den kommunale medfinansiering kan dog blive udlignet over tid, *hvis* produktivitetsstigningerne i de enkelte regioner over en årrække kommer i samme niveau.

Regeringen har aftalt med KL, at regeringen fremsætter et ændringsforslag, som giver den ovenfor beskrevne tilbagebetalingsmekanisme. Ændringsforslaget er fremsat.

- At DRG-taksterne (Diagnose Relateret Gruppe) fastlægges i god tid og for ét år ad gangen.

Hver gruppe får én takst (pris). Hver enkelt indlæggelse eller ambulante besøg indplaceres i én DRG-gruppe. Medfinansieringen udgør en andel af taksten – og medfinansieringen er styret af ovennævnte procenter og lofter. Den ”stabile” fastholdelse af taksterne hen over året vil øge kommunernes budgetsikkerhed i et vist omfang.

- At den kommunale medfinansiering holdes udenfor servicerammen.

Dette indebærer, at et eventuelt kommunalt merforbrug af kommunal medfinansiering ikke kan udløse eller påvirke en regnskabssanktion. Formuleringen i aftalen lyder: *"Der er enighed om, at ændringer i den kommunale medfinansiering ikke bør indgå i opgørelsen af, om en økonomiaftale er overholdt."*

- At *"regeringen noterer sig KL's ønske om, at der snarest igangsættes analyser af, hvordan differentierede elementer kan understøtte en hurtigere udbygning af den forebyggende indsats" /../ hvilket " ...der fremadrettet skal arbejdes målrettet videre med ..."*.

Disse formuleringer kan læses som, at KL vil bringe spørgsmålet om en differentiering op i de kommende økonomiforhandlinger, men også at dette ikke bliver afklaret i den kommende økonomiaftale. Det bliver måske aftalt, at man skal arbejde videre med analyser af differentiering af den kommunale medfinansiering.

Endvidere har KL i forbindelse med mødet i KL's bestyrelse den 28. april 2011 oplyst,

- At regeringen og KL er enige om, at man i de kommende økonomiforhandlinger skal se på finansieringen af forebyggelsen.

Eksempelvis udløber puljemidlerne til kronisk syge med udgangen af 2012, og der er behov for at finde en (permanent) løsning.

- At regeringens hidtidige beregninger af byrdefordelingen opdateres med nyeste datagrundlag.

Lovforslaget skal træde i kraft 1. januar 2012. En byrdefordelingsreform træder i kraft 1. januar 2013. Derfor har KL's oplæg været, at der etableres en overgangsordning for 2012.

- At KL fortsat vil arbejde for, at der i forbindelse med kommunernes forebyggelse af somatisk indlæggelser etableres en afløbsmekanisme, som giver kommunerne nogle bedre betingelser at forebygge under.

Problemet er, at de besparelser som kommunerne måtte tilvejebringe ved at forebygge indlæggelser, bliver "sugt" op året efter i form af et reduceret bloktilskud til kommunerne. Kun de kommuner, som år for år er bedre en gennemsnittet af alle kommunerne på forebyggelsesområdet, vil have en gevinst ved deres forebyggelse. Derfor vil KL fortsat arbejde for, at der indføres en slags tilbageløbsmekanisme, som sikrer, at de ressourcer, som frigøres i det regionale sundhedsvæsen som følge af de kommunale forebyggende indsatser, føres tilbage til kommunerne til finansiering af de kommunale indsatser.

3. Konklusion

Lovforslaget med den ændring som KL har aftalt med regeringen fjerner ikke budgetusikkerheden i den fremtidige ordning med kommunal medfinansiering.

INDBYDELSE

Kom til indvielsen af Sundhedshus Vanløse

Jeg håber, du vil deltage i festlighederne, når vi **tirsdag 14. juni 2011 kl. 13-14.30** indvier Sundhedshus Vanløse, Indertoften 10, 2720 Vanløse.

Vi glæder os til at markere åbningen af byens tredje sundhedshus, Sundhedshus Vanløse, der gør det enklere for borgerne at få hjælp til genoptræning, forebygge kroniske sygdomme og livsstilssygdomme og modtage sygepleje.

Med andre ord bliver det nemmere for københavnere at få glæde af de kommunale og private sundhedstilbud i København. Det kan forhåbentlig være med til at skabe bedre sundhed for alle i hovedstaden.

Jeg ser frem til en spændende eftermiddag.

På vegne af Sundheds- og Omsorgsudvalget,

Venlig hilsen

Ninna Thomsen
Sundheds- og Omsorgsborgmester

TEST DIG SELV

Få tips og vejledning
i kost, motion og
sundhed



PROGRAM

Velkomst: Lokalområdechef Lone Jørgensen

Indvielsestale: Sundheds- og
Omsorgsborgmester Ninna Thomsen

Øvrige talere:

Direktør Janne Elsborg, Bispebjerg Hospital
Ulla Marslew og Morten Randløv, læger i
SundPraksis, Sundhedshus Vanløse

Mulighed for at prøve mange af
sundhedshusets tilbud





Til Sundheds - og Omsorgsudvalget

19-05-2011

Kommende sager omdelt på mødet den 19. maj 2011

Sagsnr.
2011-6449

Oversigten er omdelt på mødet den 19. maj 2011.
Der tages forbehold for ændringer.

Dokumentnr.
2011-343010

Sundheds – og Omsorgsudvalgets møde den 9. juni 2011

Sagsbehandler
Clara Dawe

1. Reformprogram – *Aktiv og tryk hele livet*
2. Ældreboliger – godkendelse af model for huslejenedsættelse
3. Evaluering af sundhedshuse
4. Fællesindstilling BUU, TMU, BIU, SUD, SOU, KFU og ØU – samling af ansvaret for telefoniplatformen
5. Beretning om magtanvendelse 2010
6. Fællesindstilling SUD, KFU og SOU – Udmøntning af puljen på 25 mio. kr. til reovering af boliger
7. Kvartalsrapport for 1. kvartal 2011

Sundheds – og Omsorgsudvalgets møde den 23. juni 2011

1. Genberegning af priskrav for personlig og praktisk hjælp samt madservice
2. Hjemmeplejen – centrale organisatoriske retningslinier og indsats for at reducere antallet af hjælpere i hjemmet
3. Budget 2012 – takster
4. Bevillingsmæssige ændringer
5. Samlokalisering af Vesterbro/Kgs. Enghave/Valby (fortrolig)
6. Lejekontrakt vedr. Sundhedshus Nørrebro
7. Overflytning af ældreboliger Bjergvænget (fællesindstilling med SOF)
8. Godkendelse af kontrakter vedr. leverandørkrav
9. Demensområdet
10. Tilsyn 2010

Sundheds – og Omsorgsudvalgets møde den 18. august 2011

1. Forventet regnskab pr. 30. juni 2011 – augustprognose
2. Bevillingsmæssige ændringer
3. Demografitilpasning
4. Kapacitetsplan på demensområdet (masterplan)
5. Fremtidig model for den palliative indsats i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
6. Høring om grundbudget 2012 – KEJD
7. BIF, SUF og SOF strategien (fællesindstilling BIF, SUF og SOF)
8. Studietur – efterår 2011

CPL Sekretariatet

Rådhuset, 102
1599 København V

E-mail
BH6M@suf.kk.dk

www.kk.dk