

Sundheds- og Omsorgsudvalget

Budgetønsker 2018

Indhold

SPECIALISERET REHABILITERING – KØB AF FORLØB	3
UDVIDELSE AF MODERNISERINGSPLAN 2 (2018–2025).....	10
PLAN FOR UDVIDELSE AF PLEJEBOLIGKAPACITETEN (2026-2030).....	17
NY PRAKSIS PÅ SOCIAL RENGØRING I BORGERS HJEM.....	20
ETablering af nyt ældrepsykiatrisk tilbud	22
PULJE TIL FÆLLESAKTIVITETER PÅ PLEJECENTRE	26
UDVIDELSE AF STRESSKLINIKKER – STØTTE TIL BORGERE MED ANGST OG DEPRESSION	28
UDVIDELSE AF TESTTILBUD FOR SEXSYGDOMME I CHECKPOINT	31
KOMPETENCEUDVIKLING - STYRKET TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE OG KOMMUNIKATION MED BORGERE OG PÅRØRENDE	36
SOXX - VIDEREFØRELSE AF BEVILLINGSUDLØB VEDR. INDVANDRER KVINDECENTRET, FAKTI OG KRINGLEBAKKEN ...	39
UDBREDELSE AF TINGBJERG-MODEL FOR ETABLERING AF LÆGEHUSE I UDSATTE BOLIGOMRÅDER	43
STYRKELSE AF INTERNT VIKARKORPS	50
UDVIDELSE AF KLIPPEKORTSORDNINGEN I HJEMMEPLEJEN – WEEKEND OG HELLIGDAGE FREM TIL KL. 22.00	52
FLERE PÆDAGOGER PÅ PLEJECENTRE	55
FOREBYGGELSE AF KOMPLICERET SORG BLANDT ÆLDRE KØBENHAVNERE	58
PILOTPROJEKT: 'MIN HJÆLPER' – STYRKET KONTAKTPERSONORDNING	62
BEFORDRING TIL BORGERE MED DEMENS ELLER ERHVERVET HJERNESKADE.....	65
SOCIALRÅDGIVERE I SUNDHEDS- OG OMSORGSFORVALTNINGEN – SAMMENHÆNGENDE OG TVÆRFAGLIG INDSATS FOR BORGER I PLEJEBOLIG.....	68
ØGET KVALITET FOR KØBENHAVNERE PÅ PLEJECENTRE VIA FLEKSIBLE, RULLENDE VAGTPLANER	70

Specialiseret rehabilitering – køb af forløb

NEED TO

I budgetaftale 2017 blev der afsat midler til dækning af merudgifter til specialiseret rehabilitering, herunder køb af forløb på specialhospitaler samt en analyse med henblik på at tage stilling til den fremtidige varetagelse af specialiseret rehabilitering. Analysen er forelagt Sundheds- og Omsorgsudvalgets på mødet d. 20. juni 2017. Efterfølgende har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen kvalificeret de forventede udgifter til specialiseret rehabilitering i 2018 på baggrund af beslutningen om fortsat at købe forløb vedr. specialiseret rehabilitering på specialhospitaler.

Baggrund

Hvert år udskrives cirka 50 københavnske borgere med komplicerede funktionsevnedssættelser på grund af en erhvervet hjerneskade fra hospitalet med en genoptræningsplan til *rehabilitering på specialiseret niveau*. Kommunen har myndigheds- og finansieringsansvar for at tilbyde disse borgere et forløb til rehabilitering på specialiseret niveau. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen lever ikke op til Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav på dette niveau, der blandt andet stiller specifikke krav om deltagelse i forskning, robusthed og kapacitet, kompetencer på højt specialiseringsniveau og særligt udstyr. Forvaltningen kan derfor ikke tilbyde borgerne et kommunalt forløb. For at sikre, at borgerne får et forløb til rette kvalitet, må forvaltningen derfor købe forløb til disse borgere på specialhospitaler, der lever op til kvalitetskravene¹.

Indhold

Borgere har kunnet få en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau siden 1. januar 2015. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har siden indførelsen af rehabilitering på specialiseret niveau fulgt udviklingen og fået de første erfaringer med målgruppen, omfanget og driftsudgifterne².

Kommuner og Region Hovedstaden har siden indførelsen af rehabilitering på specialiseret niveau drøftet ansvarsfordeling i en arbejdsgruppe, nedsat af den administrative styregruppe (DAS) i juni 2015. Forskellige opfattelser omkring ansvarsfordeling og opgavevaretagelse mellem regionen og kommuner har været en hindring for, at arbejdsgruppen er lykket med at nå til enighed om alle problemstillinger, og Sundheds- og Ældreministeriet har derfor også været inddraget i december 2015. Ministeriets svarede på henvendelsen i juli 2016, hvorefter arbejdsgruppen drøftede ministeriets svar i forhold til, hvor der var afklaring på uenighederne. Problemstillinger, som ministeriets svar ikke afklarede, blev drøftet videre på ministeriets opfordring. Arbejdsgruppen har for indeværende udarbejdet en model for dialog mellem hospital og kommune om og med borgere, der har behov for specialiseret rehabilitering i tilknytning til forløb i tilbageløbsambulatorierne. Arbejdsgruppen er også nået til enighed om, at hospitalet ikke kan henvise til neuropsykologisk intervention via en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau, men er *ikke* enige om en anbefaling på, hvordan henvisningen skal finde sted.

¹ Kvalitetskravene beskrives i *Bekendtgørelse og vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner* og *Genoptræning og rehabilitering til voksne med erhvervet hjerneskade – en faglig visitationsretningslinje*.

² Kommunernes Landsforening har givet udtryk for, at de ville følge op på antallet af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau i 2017.

Endelig er arbejdsgruppen enige om, at der er sammenfald mellem målgruppen til specialiseret rehabilitering og til forløb på Center for Hjerneskade (CfH) under fritvalgsrammen og vurderer, at der derfor ikke kan laves kriterier for to målgrupper til henholdsvis rehabilitering på specialiseret niveau og til forløb inden for fritvalgsrammen. Det vil sige, at det stadig er samme målgruppe, der kan henvises til begge typer forløb, der er finansieret af henholdsvis kommunerne og regionen. Det har ikke været muligt at finde en løsning på denne problemstilling.

Da parterne stadig ikke er nået til enighed i alle henseender, er der etableret et *tværsektorielt samarbejdsforum*³ om *erhvervet hjerneskade* med kommunale og regionale repræsentanter, hvor tværgående udfordringer fortsat kan drøftes. Det drejer sig blandt om at følge udviklingen på området og drøfte løsningerne i forhold til særligt komplekse typer af patientforløb eller barrierer mellem sektorer, at følge op på rigsrevisionens rapport vedrørende hjerneskadeområdet og servicetjekket bestilt af Sundheds- og Ældreministeriet og drøfte samarbejdet i forbindelse med et nyt neurorehabiliteringshus i Glostrup. Der er stadig også et udestående i forhold til at revidere og godkende implementeringsplanen for forløbsprogrammerne for rehabilitering af børn/unge og voksne med erhvervet hjerneskade, hvilket også vil være en opgave for samarbejdsforummet. Derudover er kommunen og Region H i dialog, når der opstår udfordringer i forbindelse med konkrete borgerforløb, der skal løses på tværs.

På baggrund af det nuværende erfaringsgrundlag har Implement Consulting Group lavet en analyse om, hvorvidt Sundheds- og Omsorgsforvaltningen selv vil kunne løfte rehabilitering på specialiseret niveau fremadrettet i stedet for at købe forløb eksternt. Analysen viser, at der på nuværende tidspunkt vil være store risici forbundet med at opnormere internt, hvis kommunen i den nærmeste fremtid selv vil kunne tilbyde borgere rehabilitering på specialiseret niveau. Risiciene bunder i, at erfaringsgrundlaget stadig er spinkelt, og at opgaverne omkring rehabilitering på specialiseret niveau endnu ikke har nået et stabilt leje.

Analysen peger desuden på, at der er usikkerhed omkring betydningen af Rigshospitalet Glostrups forestående åbning af et nyt neurorehabiliteringshus i 2019. Det kan eventuelt medføre kapacitetsændringer i Region Hovedstadens behandling af borgere med erhvervet hjerneskade. Det er endnu uvist, hvordan snitfladen bliver mellem den regionale indsats på neurorehabiliteringshuset og rehabilitering på specialiseret niveau, som kommunen har ansvar for. Der er på den baggrund behov for at afvente og se, hvilke effekter det nye neurorehabiliteringshus får for kommunens indsats til borgerne, inden der eventuelt træffes beslutning om, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen selv opretter rehabiliteringsforløb på specialiseret niveau. Sundheds- og Omsorgsudvalget fik forelagt analysen 20. juni 2017.

Målgruppe

Målgruppen forventes i 2018 at være den samme som i 2015-2017. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har indtil nu kun modtaget genoptræningsplaner på rehabilitering på specialiseret niveau til borgere med erhvervet hjerneskade, der er den primære målgruppe. Sundheds- og Ældreministeriets vejledning beskriver målgruppen som borgere med komplicerede, omfattende og/eller sjældne alvorlige funktionsevnedssættelser af væsentlig betydning for flere livsområder, herunder oftest omfattende mentale funktionsnedsættelser. Derfor kan borgere med andre diagnoser også være en del af målgruppen til at modtage rehabilitering på specialiseret

³ Det tværsektorielle samarbejdsforum er et officielt formaliseret forum under DAS (den administrative styregruppe), og kan som sådan løfte problemstillinger ind i DAS.

niveau. Det er hospitalet, der vurderer, om borgere skal have rehabilitering på specialiseret niveau, hvorfor kommunen ikke har indflydelse herpå.

Køb af forløb

Med henblik på at kunne leve op til de nationale retningslinjer på området søger Sundheds- og Omsorgsforvaltningen om midler til fortsat at købe forløb på specialhospitaler. Forvaltningen vil tilbyde alle borgere i målgruppen forløb på et specialhospital. Det estimeres at være ca. 50 borgere årligt samlet set fordelt på døgnophold og ambulante forløb. Derudover søges der om midler til dækning af lovpligtige transportudgifter samt køb af ekstern ekspertise til neuropsykologisk/neurologisk supervision af medarbejdere:

a) Køb af døgnophold på specialhospital

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen søger om varige midler til køb af døgnophold på specialhospitaler til borgere, der skal have rehabilitering på specialiseret niveau. På døgnophold opholder borgerne sig midlertidigt på specialhospitalet. Døgnophold er derfor til borgere, der har behov for let til fuldstændig personassistance hele døgnet udover selve rehabiliteringen. Målet er, at borgerne kan erhverve eller generhverve færdigheder, så de opnår bedst muligt funktionsniveau.

b) Køb af ambulante forløb på specialhospital

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen søger om varige midler til køb af ambulante forløb på specialhospitaler til borgere, der skal have rehabilitering på specialiseret niveau. Ambulante forløb er til borgere, der fortsat kan bo hjemme og samtidig få rehabilitering ambulant. Målet er, at borgerne kan erhverve eller generhverve færdigheder, så de opnår bedst muligt funktionsniveau.

c) Midler til lovpligtige transportudgifter

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen søger desuden om varige midler til transport. Kommunen er forpligtet til at yde befordring eller befordringsgodtgørelse i forbindelse med genoptræning efter udskrivning fra hospital⁴. Transportudgifterne udgøres blandt andet af transport til og fra hospitalet og specialhospitalet (ved udskrivelse og til undersøgelser), af hjemmebesøg med et rehabiliteringsperspektiv og af borgernes behov for særtransport (fx siddende eller liggende). Kun et af de fem specialhospitaler, som forvaltningen har kontrakt med, ligger i København.

d) Køb af ekstern neuropsykologisk/neurologisk ekspertise

Endelig søger Sundheds- og Omsorgsforvaltningen om midler til neuropsykologisk/neurologisk supervision til medarbejdere, der godkender og visiterer borgerne til forløb på specialhospitalerne – samt delvist hjerneskadekoordinatorer, der koordinerer og følger op på borgernes forløb og specialiseringsniveau ved at deltage i møder og dialogen med hospitalet og specialhospitalerne. På grund af høj kompleksitet og specialiseringsgrad i forløbene, har forvaltningen erfaret, at der er behov for sparring og specialkompetencer til at kvalificere beslutningsgrundlaget for borgernes forløb. Midlerne skal derfor bruges til at hente neuropsykologisk/neurologisk ekspertise udefra – fx fra regionalt regi eller et specialhospital. Forvaltningen forventer at opnå en effekt ved at blive bedre fagligt rustet til fremadrettet at opnå større kontrol og indflydelse i vurderingen af forløbene og udgifterne. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har ikke tilstrækkelige kompetencer til at løfte denne opgave med interne ressourcer. I budget 2017 blev der givet varige midler til to neuropsykologer til at varetage en indsats for borgere, der modtager genoptræning på avanceret niveau på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret. Det vil sige et lavere specialiseringsniveau end

⁴ Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner.

specialiseret rehabilitering. Forvaltningen har derfor ikke den fornødne erfaring og ekspertise til at supervisere i vurderinger af specialiseret rehabilitering, der gives borgere med særligt komplekse skadesfølger og behov.

Økonomi

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens erfaringer er, at udgifterne til specialiseret rehabilitering årligt er steget siden 2015. Årsager hertil er bl.a., at hospitalerne udskriver flere borgere til specialiseret niveau, at borgerne har behov for flere og længere forløb, og at intensitet/indhold i forløbene er øget. Baggrunden herfor vurderes at være, at praksis for området endnu ikke er fast – både på hospitalerne i identificering af borgere i målgruppen og på specialhospitalerne i rehabiliteringen af borgerne. Forvaltningen forventer derfor fortsat udvikling i målgruppen og indsatserne til borgerne.

Denne udvikling kan vise sig i antallet af borgere med apopleksi med behov for specialiseret rehabilitering. Forskning viser, at antallet af apopleksi var faldende fra 2002-2011, men at dødelighedsraten også er faldet⁵. Det betyder, at flere borgere overlever og får behov for rehabilitering efter en hjerneskade. Hoved-Neuro-Centeret på Aarhus Universitetshospital beskriver desuden en forventet stigning på 40 procent af førstegangsapopleksier på nationalt plan perioden fra 2005-2035 – alene på grund af en øget andel af ældre⁶. Men med en stigning i andelen af ældre, der får apopleksi, og en stigende pensionsalder, kan forvaltningen forvente, at der også vil vise sig en stigning i gennemsnitsalderen for målgruppen i fremtiden, og at flere borgere udskrives til specialiseret rehabilitering i fremtiden. Derudover kan der vise sig en udvikling i antallet af genoptræningsplaner til specialiseret rehabilitering, da antallet af genoptræningsplaner generelt set er steget efter kommunalreformen i 2007, hvor genoptræningsopgaven overgik til kommunerne. KORA viser i en analyse⁷ fra 2016, at antallet af genoptræningsplaner steg med 90 procent på nationalt plan fra 2007-2014. Hvis den tendens også viser sig i forhold til specialiseret rehabilitering, kan kommunen forvente fortsat en stigning i antallet af genoptræningsplaner.

På baggrund af nuværende erfaringerne forventer forvaltningen en årlig stigning på omkring to genoptræningsplaner pr. år fra 2018 og fremefter. Derudover viser data, at 42 procent af borgerne vil have behov for mere end ét forløb – typisk et ambulante forløb på specialiseret rehabilitering efter et døgnophold. Det vil medføre en stigning i udgifterne til køb af forløb ved specialhospitalerne. Det ansøgte beløb er estimeret på baggrund af udgifter i 2. halvår 2016 og første halvår i 2017 med mest fast praksis på området. Det er estimeret på baggrund af et begrænset datagrundlag på grund af få borgere/forløb og over en begrænset årrække, hvorfor antallet af genoptræningsplaner og udgifterne forbundet hermed kan blive højere.

a) *Køb af døgnophold på specialhospital*

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen forventer en årlig stigning på cirka en borger med behov for døgnophold, der skal købes på specialhospitalerne, på grund af stigningen i antal genoptræningsplaner. Der søges derfor om 25 mio. kr. i 2018 og med en årlig stigning, der følger det øgede antal borgere fremadrettet.

b) *Køb af ambulante forløb på specialhospital*

⁵ http://www.si-folkesundhed.dk/upload/hjertekarsygdomme_i_2011-2_rapport.pdf

⁶ <http://www.auh.dk/siteassets/om-auh/centre/hoved-neuro-centret/dsc/pdf/dansk-stroke-center-2012-12-7-2012.pdf>

⁷ https://www.kora.dk/media/4936315/10024_udviklingen-i-antallet-af-genoptraeningsplaner.pdf

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen forventer en årlig stigning på ca. to borgere med behov for et ambulansforløb, der skal købes på specialhospitalerne, på grund af stigningen i antal genoptræningsplaner. Der søges derfor om 8,6 mio. kr. i 2018 og med en årlig stigning, der følger det øgede antal borgere fremadrettet.

c) Midler til lovpligtige transportudgifter

Transportudgifterne er vurderet på baggrund af kendte og prognosticerede udgifter til transport i 2017. Der søges om 0,6 mio. kr. årligt.

d) Køb af ekstern neuropsykologisk/neurologisk ekspertise

Visitatorerne vil modtage fast supervision af en ekstern supervisor med neuropsykologisk/neurologisk ekspertise fire timer månedligt og ad hoc i forbindelse med særligt komplekse borgerforløb. Der søges om 0,15 mio. kr. årligt i en treårig periode.

Tabel 1 – Oversigt over ønskets aktiviteter på alle styringsområder

Aktiviteter i forslaget (1.000 kr. – 2018 p/l)	Styrings- område	2018	2019	2020	2021	I alt
a) Køb af døgnophold på specialhospital	Service	25.000	25.900	26.500	27.100	104.500
b) Køb af ambulante forløb på specialhospital	Service	8.600	8.900	9.200	9.400	36.100
c) Midler til lovpligtige transportudgifter	Service	600	600	600	600	2.400
d) Køb af ekstern neuropsykologisk/neurologisk ekspertise	Service	150	150	150		450
Udgifter i alt		34.350	35.550	36.450	37.100	143.450

Midlerne ønskes varigt.

Risikovurdering

Spinkelt erfaringsgrundlag

Borgere har kunnet få rehabilitering på specialiseret niveau i 2,5 år, hvilket Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vurderer, har været for kort tid til at opnå et solidt erfaringsgrundlag med målgruppen, forløbenes indhold, forløbslængde og lignende. Det viser sig fx ved, at der er et begrænset antal afsluttede forløb, fordi borgernes forløb er lange.

Når Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har fået et mere solidt erfaringsgrundlag og vurderer, at udviklingen af rehabilitering på specialiseret niveau er stabiliseret, vil forvaltningen revurdere, om rehabilitering på specialiseret niveau skal varetages i kommunalt regi. Forvaltningen vil på dette tidspunkt igen vurdere de økonomiske udgifter op imod potentielle risici, der kan være forbundet med at hjemtage rehabilitering på specialiseret niveau.

Usikkerheder i udviklingen af borgernes forløb

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vurderer, at der er usikkerheder forbundet med udviklingen i forhold til fx målgruppen, længden for forløbene, det faglige indhold i forløbene og omfanget. Flere af disse parametre har kommunen ikke mulighed for at påvirke, fordi det er hospitalerne, der lægefagligt vurderer, om borgerne skal have rehabilitering på specialiseret niveau, og specialhospitalerne, som lægefagligt vurderer indholdet i forløbene og længden på forløbene – herunder om borgerens behov skal dækkes på døgnophold eller ambulansforløb.

Forvaltningens erfaringer viser, at udgifterne gradvist er steget siden 2015. Årsagen hertil kan være, at forløbene generelt set er blevet længere, og at der flere borgere, der får rehabilitering på et døgnophold, som er væsentligt dyrere end ambulante forløb. Forvaltningen har en forventning om, at forløbene fagligt kan følges tættere med neuropsykologisk/neurologisk supervision og kompetencer. Det kan fx være med henblik på, hvornår borgerne ikke længere har behov for rehabilitering på specialiseret niveau, og de eventuelt skal overgå til genoptræning på avanceret niveau på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret, eller hvornår borgernes forløb skal afsluttes.

Stigning i udgifter på grund af borgere med andre diagnoser

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen følger også udviklingen af rehabilitering på specialiseret niveau tæt på grund af de udgifter, der er forbundet med at købe forløb på specialhospitalerne, og som forvaltningen har erfaret som værende stigende. Forvaltningen har en forventning om, at neuropsykologisk/neurologisk supervision og kompetencer også kan understøtte øget styring af udgifterne, i kraft af at det faglige indhold følges nærmere. Trods den kommunale opfølgning, kan der dog komme en stigning i udgifterne. Fx hvis hospitaler begynder at udskrives borgere med andre diagnoser end erhvervet hjerneskade til rehabilitering på specialiseret niveau.

Kontrakter med regionale specialhospitaler

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har indgået kontrakter med en række specialhospitaler, der lever op til Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav. Der er pt. aftaler med Center for Hjerneskade, Kurhus – Rehabiliteringscenter for hjerneskade, BOMI, Vejle fjord Rehabilitering og Børneungecenter for Rehabilitering, som på nuværende tidspunkt er de eksisterende leverandører på området. Kontrakterne løber indtil udgangen af 2018. Forvaltningen skal derfor genforhandle kontrakterne med fokus på forlængelse af nuværende aftaler og forhandling af pris.

Bevillingstekniske oplysninger

Tabel 2 – Udgifter til service

(1.000 kr. – 2018 p/l)	Udvalg	Bevilling	2018	2019	2020	2021	I alt
Service	SOU	1201 Sundhed	34.350	35.550	36.450	37.100	143.450
Udgifter i alt			34.350	35.550	36.450	37.100	143.450

Øvrige tekniske oplysninger

Tabel 3 - Høring

Høring	Ja/Nej
KIT (IT-projekter)	Nej
ByK/KEID (Anlægsprojekter)	Nej
Sundheds- og Omsorgsudvalget	
Kan forslaget igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	Ja

Tabel 4 - Bydel og adresse

Bydækkende? (Hvis forslaget er bydækkende sættes kun kryds her)	X
---	---

Bispebjerg	Indre by	Vesterbro/kgs. Enghave	Valby	Amager Øst
Nørrebro	Østerbro	Brønshøj/Husum	Vanløse	Amager Vest

Tidligere afsatte midler

I 2017 fik Sundheds- og Omsorgsforvaltningen tildelt midler til køb af forløb til rehabilitering på specialiseret niveau på specialhospitaler, til ansættelse af to neuropsykologer og til en analyse af hjemtagning af rehabilitering på specialiseret niveau.

I 2015 og 2016 fik Sundheds- og Omsorgsforvaltningen reserveret midler til køb af forløb til rehabilitering på specialiseret niveau på specialhospitaler.

I 2014 fik Sundheds- og Omsorgsforvaltningen tildelt varige midler til ansættelse af en neuropsykolog og neurologisk konsulentbistand.

Tabel 5 - Tidligere afsatte midler

<i>(1.000 kr., løbende p/l)</i>	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Budgetaftale 2014	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200
Overførselssagen 2014-15 (reserveret hos ØKF)		9.700					
Overførselssagen 2015-16 (reserveret hos ØKF)			10.000*				
Budgetaftale 2017				22.300	1.800	1.800	1.800
Afsatte midler i alt	1.200	10.900	11.200	23.500	3.000	3.000	3.000

*Der var estimeret et forbrug på 10 mio. kr., men forbruget endte på 28 mio. kr. i 2016.

Udvidelse af Moderniseringsplan 2 (2018–2025)

NEED TO

Baggrund

Moderniseringsplan 2 skal udvides, økonomisk og tidsmæssigt, såfremt planen skal fuldt effektueres, grundet ændrede demografiprognoser og forsinkelse af helhedsplan for Bystævneparken. Udvidelsen af Moderniseringsplan 2 skal sikre, at serviceniveauet for plejeboliger kan fastholdes og modernisering af utidssvarende plejeboliger kan færdiggøres.

Indhold

Med budget 2011 blev Moderniseringsplan 2 (2011-2022) vedtaget, hvormed de budgetmæssige rammer for tilpasning af plejeboligkapaciteten, samt modernisering af alle utidssvarende plejeboliger i København frem til 2022, blev bevilget.

De budgetmæssige forudsætninger for Moderniseringsplan 2 var demografiprognosen fra 2010. Demografiprognosen opdateres årligt, og demografiprognosen fra 2016 viste, at antallet af ældre vil begynde at stige både tidligere og hurtigere end tidligere prognoser viste. I forbindelse med budget 2017 blev det derfor besluttet, at der frem mod budget 2018 udarbejdes forslag til en udbygningsplan på plejeboligområdet med henblik på at håndtere kapacitetsbehovet på plejeboligområdet frem mod 2030.

Moderniseringsplan 2, skulle jf. budget 2011, være tilendebragt i 2022. Moderniseringen af utidssvarende plejeboliger vil imidlertid først kunne være tilendebragt i 2025. Dette skyldes bl.a. at moderniseringen af plejecentre i Bystævneparken i Brønshøj, som skal ske ved nedrivning af eksisterende plejecentre og nybygning af nye plejecentre på andre grunde i området, skal tilpasses helhedsplanen for Tingbjerg/ Bystævneparken.

Dette budgetønske indeholder udvidelse af Moderniseringsplan 2018 – 2025. Med afslutning af Moderniseringsplan 2 vil modernisering af utidssvarende plejeboliger være tilendebragt.

Fra 2026 vil der alene være fokus på udvidelse af plejeboligkapaciteten, som følge af den demografiske udvikling. Udvidelsesplan for plejeboliger 2026 – 2030 findes i særskilt budgetønske.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har fokus på midlertidige pladser, herunder fremtidige pladstyper og antal. Etablering af midlertidige pladser, som følge af den demografiske udvikling (113 nye pladser for perioden 2018 - 2030), indgår i dette arbejde som forventes forlagt i 2018.

Status 2005 – 2017

Moderniseringsplan for plejeboliger og midlertidige pladser blev iværksat i 2005.

Moderniseringsplanen omfatter:

- modernisering af alle utidssvarende plejehjem - ved afvikling eller ombygning/ modernisering.
- løbende tilpasning af plejeboligkapaciteten, både almindelige plejeboliger og demensboliger, som følge af den demografiske udvikling.

Modernisering af utidssvarende plejeboliger og tilpasning af plejeboligkapaciteten er økonomisk og planlægningsmæssigt er integreret idet:

- Økonomien er baseret på, at lejeudgifter og deponering fra plejehjem der lukkes indgår i finansiering af nye plejecentre.
- Borgere og medarbejdere der skal fraflytte et plejecenter, grundet afvikling eller modernisering, kan flytte samlet til et nyåbnet plejecenter. Dette skaber tryghed for de berørte borgere og medarbejdere og mindsker samtidig transaktionsomkostninger ved en hhv. en gradvis nedlukning og åbning af plejecentre.
- Grunde fra afviklede plejecentre anvendes, hvor muligt, til bygning af nye plejecentre, hvorved udgifter til byggegrunde reduceres, samtidig med at udfordringer ved at finde egnede byggegrunde mindskes.

Som led i moderniseringsplanen er der i perioden 2005 til 2017:

- afviklet 22 plejehjem med i alt 2.046 utidssvarende plejehjemspladser, heraf er 15 plejehjem afviklet helt, 6 overtaget af Socialforvaltningen og 1 af regionen.
- åbnet 12 nye/ombyggede almene plejecentre med i alt 1.032 moderne boliger.
- konverteret ca. 200 plejeboliger til midlertidige pladser.

Den samlede plejeboligkapacitet er dermed reduceret med ca. 1.000 pladser over en 10-årig periode, svarende til en reduktion på ca. 25 % af den samlede kapacitet. Reduktionen er sket som følge af den demografiske udvikling.

I 2017 råder Sundheds- og Omsorgsforvaltningen over i alt:

- 3.354 plejeboliger, heraf er 1.829 moderniseret og 1.525 er ikke-tidssvarende
- 356 midlertidige døgnboliger

Udvidelse af Moderniseringsplan 2 (2018- 2025)

Der skal i perioden 2018 – 2025 etableres i alt 406 boliger, som følge af den demografiske udvikling, herunder ca. 340 almindelige plejeboliger og ca. 60 demensboliger.

Det kapacitets- og budgetmæssige beregningsgrundlag for den eksisterende Moderniseringsplan 2 var demografiprognosen fra 2010 som viste, at der i perioden 2017-2022 skulle *afvikles* 200 plejeboliger. Den seneste prognose fra 2017 viser imidlertid, at kapaciteten i samme periode i stedet skal **udvides** med 164 plejeboliger, udover det der var forudsat – og afsat finansiering til - i Moderniseringsplan 2.

Det forslås, at Moderniseringsplan 2 forlænges med tre år i forhold til det tidligere besluttede, og dermed løber til og med 2025. Ved en udvidelse af Moderniseringsplan 2 med tre år skal planen tilføres finansiering til etablering af 290 plejeboliger.

For hele perioden 2018 – 2025 skal plejeboligkapaciteten dermed udvides med 164 boliger (demografitilpasningen for 2017 – 2022) og 290 boliger (demografitilpasningen for 2023 – 2025), i alt 454 boliger. Der er i 2017 en overkapacitet på 48 plejeboliger. Denne overkapacitet udlignes i de kommende år, hvorfor der i perioden 2018 – 2025 skal etableres 406 nye plejeboliger.

Hertil kommer ny- og ombygning af plejeboliger i forbindelse med modernisering af de 1.525 eksisterende utidssvarende plejeboliger, hvoraf 70 af disse boliger etableres i eksisterende ældreboliger.

Samlet set vil det betyde, at der i perioden 2018 til 2025 skal nybygges og moderniseres i alt ca. 1.931 plejeboliger, såfremt Moderniseringsplan 2 skal fuldt effektueres.

Tabel 1. Moderniseringsplan 2 – Nye og ombyggede boliger

	Antal boliger
Tilpasning af plejeboligkapaciteten som følge af den demografiske udvikling. <ul style="list-style-type: none"> • Ændret demografiprognose 2017 – 2022: 164 boliger • Demografitilpasning 2023 -2025: 290 boliger • Regulering som følge af midlertidig overkapacitet: -48 boliger 	406
Modernisering af utidssvarende plejeboliger	1.455
Ombygning af ældreboliger til sociale ældreboliger	70
Ny og ombygning af plejeboliger I alt	1.931

Med de tilbageværende midler i Moderniseringsplan 2 vil det ikke være muligt at åbne nye plejecentre fra 2021/2022.

For at kunne tilvejebringe plejeboligerne i takt med det stigende behov, er det afgørende, at der i Budget 2018 afsættes midler til byggerierne, idet modernisering / opførelse af plejeboliger typisk har et 4-årigt tidsperspektiv ift. en række forhold, herunder identifikation og køb af byggegrund, udarbejdelse af lokalplan, udbud af grundkapital, projektudbud, rømning af eksisterende bygninger og selve byggeriet mv.

Med den eksisterende bevilling til Moderniseringsplan 2 (budget 2011), er der fuld finansiering til 10 allerede planlagte, eller iværksatte, plejecenterprojekter, herunder Hørgården, Huset William, Fremtidens Sølund, Solgaven Valby, Sct. Joseph Søstrenes Kloster, Højdevang Sogn, Ruten, Enghavevej, Amager Øst og Østre Gasværk.

Uden tilførsel af yderligere budgetmidler vil det ikke være muligt at igangsætte de resterende ca. 10 plejecenterprojekter, herunder bl.a. et plejecenter på Christianshavn, hvis muligt, og nybygning af plejecentre i Bystævneparken, som indgår som led i helhedsplanen for Bystævneparken.

Modernisering af plejecentre i Bystævneparken omfatter en nedrivning af eksisterende plejecentre og bygning af nye på anden grund i Bystævneparken. Grundende, hvor de nuværende plejecentre er beliggende, vil blive solgt, og indtægterne herfra indgår i den samlede helhedsplan for Bystævneparken. Midler til nybygning af plejecentre i Bystævneparken forventes at skulle anvendes i 2023. Såfremt der i Moderniseringsplan 2 ikke gives midler til nybygning af plejecentre i Bystævneparken, vil det ikke være muligt at påbegynde nedrivning af plejecentre, og dermed iværksætte helhedsplanen for Bystævneparken.

Realisering af Moderniseringsplan 2

Moderniseringsplan 2 forslås realiseret ved følgende:

- *ca. 690 utidssvarende plejeboliger (7 plejehjem) afvikles permanent*, idet de ikke er teknisk og/eller økonomisk hensigtsmæssige at modernisere.
- *ca. 907 plejeboliger (10 plejehjem) åbnes som almene plejeboliger efter modernisering/ombygning.*
- *ca. 914 nybyggede plejeboliger (10 plejecentre) åbnes som almene plejeboliger.*

For at sikre plejeboligtilbud til alle målgrupper etableres der som led i Moderniseringsplan 2 desuden:

- *70 eksisterende ældreboliger ombygges til sociale ældreboliger.* Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har fået foretaget en analyse af behovet for nye former for boliger for ældre. Analysen viser, at en gruppe borgere, der i dag visiteres til en plejebolig, ville opnå en højere grad af livskvalitet gennem socialt samvær med ligesindede i almene ældrebolig, hvor der er tilknyttet servicearealer og fast hjælp (efterfølgende kaldet Sociale Ældreboliger). Anvendelsen af de 70 ældreboliger vil medføre at behovet for nybyggeri af plejeboliger reduceres med et tilsvarende antal.
- *Ca. 40 plejeboliger, med en rimelig fysisk standard, fastholdes som kommunale (ikke almene) plejeboliger.* Boligerne vil herved fremadrettet bl.a. kunne benyttes af borgere med begrænset betalingsevne og/eller borgere, som har vanskeligt ved at håndtere betaling af husleje mv. i en almen plejebolig. Udgifter til istandsættelse af de kommunale plejeboliger og tilhørende servicearealer, indgår i budgetforslaget for moderniseringsplanen. Behovet for kommunale plejeboliger vil løbende blive vurderet. Såfremt det viser sig, at behovet for kommunale plejeboliger er større end de 40 boliger forelægges der en særskilt indstilling herom, herunder de budgetmæssige konsekvenser.

Disponering og indretning af plejecentre

Planlægning af de kommende plejecentre tager udgangspunkt i kommunens ”10 principper for fremtidens plejeboliger”, Handleplan for Demens Indsatsen og Københavns Kommunes Ældre Politik ”Lev stærkt – hele livet”. Det betyder blandt andet:

- At der i videst mulig omfang sikres en ensartet fordeling af plejecentre over byen.
- At det tilstræbes, at plejecentre tænkes sammen med byens liv. Plejecentre kan fx etablere sammen med daginstitutioner, aktivitetstilbud for ældre og sundhedstilbud eller kombineres med andre boligtyper, herunder seniorbofællesskaber, familie- og ungdomsboliger.
- At der sikres en variation i størrelsen på plejeboliger. Hovedparten af plejeboligerne vil som udgangspunkt være 2-rumsboliger, med et bruttoareal på 68 m²., men der etableres også et antal 3-rumsboliger til par og/eller ældre, som kan og vil betale mere samt et antal 1-rumsboliger til borgere der har ønske om og behov for mere tryghed og fællesskab, herunder borgere med demens. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vil løbende vurdere behovet for 1-rums- og 2-rumsboliger.

Servicearealerne udgør i moderniseringsplanen gennemsnitligt ca. 20 % af det samlede areal på nybyggede plejecentre. Der kan være nogen variation centrene i mellem, idet servicearealernes størrelse blandt andet afhænger af mulighed for etablering af kælder. Servicearealerne omfatter bl.a. medarbejder faciliteter (møderum, omklædning mv.), trænings-, aktivitets- og caféområde og

produktionskøkken. Faciliteterne er i moderniseringsplanen dimensioneret i forhold til antallet af boliger. Med henblik på at skabe øget liv på plejecentrene, og sikre en hensigtsmæssig anvendelse af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens faciliteter, er der ofte mulighed for at etablere ekstra arealmæssig kapacitet således at plejecentrene kan huse kommunale aktivitetstilbud, sygepleje- og tandlægeklinikker til hjemmeboende borgere mv. Disse arealer er ikke omfattet af moderniseringsplanen, og der vil i forbindelse med de enkelte plejecentre blive søgt særskilte bevillinger hertil.

Økonomi

De forventede udgifter til udvidelse af Moderniseringsplanen fremgår af nedenstående tabel:

Tabel 2. Udvidelse af moderniseringsplan 2 (2018-2025)

(1.000 kr. Budget 2018 p/l)		Udvidelse af Moderniseringsplan 2								
		2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	I alt
Service	Merudgifter ift. leje af Servicearealer	0	0	0	5.822	14.017	10.781	14.524	19.741	64.885
Anlæg	Montering af servicearealer	0	0	0	0	0	0	12.276	0	12.276
Finansposter	Indskud i Landsbyggefonden	0	0	0	72.192	43.935	32.944	0	0	149.071
Finansposter	Frikøb af ældreboliger	6.000	4.500	0	0	0	0	0	0	10.500
Finansposter	Deponering	0	0	0	0	0	0	79.773	105.328	185.101
I alt		6.000	4.500	0	78.014	57.952	43.725	106.573	125.069	421.832

Almene plejeboliger etableres indenfor det af staten fastsatte maksimumsbeløb for støttet boligbyggeri, som i 2017 er 28.420 kr./m², samt energitillæg kr. på kr. 1.150 kr./m². I alt 29.570 kr./m².

Servicearealer bygger inden for samme maksimumsbeløb.

Finansiering af almene plejeboliger omfatter:

- *Leje af servicearealer (Service):* Leje af servicearealer i forbindelse med nybyggerier er beregnet ud fra en gennemsnitsleje fra de senest åbnede plejecentre på 2.400 kr. pr. m² serviceareal (2017 p/l).
- *Montering af servicearealer (Anlæg):* Beregninger vedr. montering af servicearealer baseres på en sats på 77.000 kr. pr. bolig (2018 p/l), jf. det hidtil gældende niveau for Moderniseringsplan 1 og 2.
- *Indskud i landsbyggefonden (Finanspost):* Beregninger vedr. kommunal grundkapital er baseret på den i kommuneaftalen 2017 fastsatte sats på 10 % af opførelsesprisen for plejeboliger.
- *Frikøb af ældreboliger (Finanspost):* Etablering af sociale ældreboliger sker i eksisterende ældreboligkomplekser. Der frikøbes og ombygges et antal ældreboliger således der kan etableres servicearealer, fx fælles opholdsrum. Udgiften til i alt 70 sociale ældreboliger er 10,5 mio.kr.
- *Deponering (Finanspost):* Deponeringsbehovet for nybyggeri, hvor prisen endnu ikke er kendt, er baseret på en kvadratmeterpris på 28.420 kr. i 2017.

Risikovurdering

- Såfremt procentsatsen vedrørende den kommunale grundkapital, i forbindelse med Finansloven for 2018 eller senere finanslove, fastsættes højere eller lavere end de nuværende 10 pct. vil det kommunale indskud i landsbyggefonden være højere/lavere end antaget ovenfor. I forbindelse hermed vil et evt. underskud skulle tilføres fra Kassen, mens et evt. overskud vil skulle tilbageføres til Kassen.
- Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vil i forbindelse med eksekvering af byggeprojekterne anvende den til en hver tid mest økonomisk fordelagtige udbudsform, jf. Økonomiforvaltningens iværksatte arbejde omkring optimering af udbudsformer, som skal sikre at byggerierne udføres billigst muligt.
- Grundet byggetaktforskydninger er det en forudsætning for realisering af planen, at de afsatte midler kan overføres mellem årene i planperioden.
- Såfremt byggeplanerne skal realiseres, skal der tilvejebringes mindst 3 byggegrunde til moderniseringsplan 2 (2018 – 2025). En evt. forsinkelse i tilvejebringelsen af nye grundarealer vil medføre en forsinkelse af planen.
- Forprojektering, udbud samt opførelse af de ombyggede/nybyggede plejecentre sker gradvist. Der vil således løbende iværksættes og afsluttes projekter og det tilstræbes i den forbindelse, at antallet af åbnede pladser er i overensstemmelse med det demografiske grundlag.
- Erfaring fra tidligere byggeprojekter viser, at der kan ske forskydninger i den samlede tidsplan. Det betyder derfor, at der i perioder vil kunne forekomme ”overkapacitet” af plejeboliger eksempelvis når ét eller flere større nye plejecentre åbner i samme år. I perioder, hvor åbning af et plejecenter afventer, kan der omvendt opstå ”underkapacitet”, hvilket vil kunne påvirke ventetidsgarantien.
- I takt med, at de utidssvarende plejehjem afvikles, eller lukkes til ombygning, bliver det vanskeligere løbende at regulere plejebolig kapaciteten. Dette skyldes, at det i mindre omfang vil være muligt, at regulere kapaciteten ved en tidsmæssig tilpasning af hhv. lukninger og åbninger af plejeboliger. Der vil derfor i perioder, hvor der åbnes større plejecentre være overkapacitet, mens der i perioder, hvor åbning afventes, vil være underkapacitet.
- Behovet for antal plejeboligprojektet vil løbende blive vurderet i forbindelse med de årlige demografiprognoser og i givet fald justeret såfremt behovet ændrer sig.
- Etablering af sociale ældreboliger følges løbende, således det sikres at disse har det rette antal og udformning i forhold til målgruppens størrelse og behov.

Øvrige tekniske oplysninger

Bydel og adresse

Budgetønsket er bydækkende.

I placering af nybyggerierne tilstræbes en ensartet dækningsgrad af plejeboliger over hele byen, ligesom god adgang til offentlig transport prioriteres. Endelig placering af plejecentrene afhænger dog af hvor det er muligt at tilvejebringe egnede byggegrunde.

Plan for udvidelse af plejeboligkapaciteten (2026-2030)

Baggrund

Som følge af den demografiske udvikling skal der i perioden 2026 til 2030 etableres 651 nye plejeboliger, såfremt det nuværende serviceniveau skal fastholdes. Dette svarer til etablering af 6-12 nye plejecentre i perioden. I forbindelse med budget 2017 blev det derfor besluttet, at der frem mod budget 2018 udarbejdes forslag til en udbygningsplan på plejeboligområdet med henblik på at håndtere kapacitetsbehovet på plejeboligområdet frem mod 2030.

I forbindelse med indgåelse af budget 2017 blev parterne enige om, at der frem mod budget 2018 skal udarbejdes forslag til en udbygningsplan på plejeboligområdet med henblik på at håndtere kapacitetsbehovet på plejeboligområdet frem mod 2030.

Indhold

Opførelse af plejecentre har typisk et 4-årigt tidsperspektiv, der blandt andet omfatter identifikation og køb af byggegrund, udarbejdelse af lokalplan, udbud af grundkapital, projektudbud, rømning af eksisterende bygninger og selve byggeriet mv.

Det er i visse dele af byen vanskeligt at finde byggegrunde, hvor der kan bygges indenfor det fastsatte rammebeløb for plejecentre, hvorfor det er vanskeligt at sikre en ensartet spredning af plejecentre over byen. Endvidere tilstræbes det, at plejecentre tænkes sammen med byens liv. Plejecentre ønskes fx etableret sammen med daginstitutioner, aktivitetstilbud for ældre og sundhedstilbud eller kombineres med andre boligtyper, herunder seniorbofællesskaber, familie- og ungdomsboliger. Skal dette sikres kræves der en forholdsvis lang planlægnings- og finansieringshorisont, så der kan indgås forpligtigende samarbejder med relevante parter.

Økonomi

De forventede udgifter til udvidelse af Moderniseringsplanen fremgår af nedenstående tabel:

Udbygningsplanen (2026-2030)

(1.000 kr. Budget 2018 pl)		Udbygningsplan							
		2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	I alt
Service	Leje af Servicearealer	0	0	22.911	26.361	30.505	34.578	38.768	153.123
Anlæg	Montering af servicearealer	0	9.240	10.010	11.550	11.704	12.166	0	54.670
Finansposter	Indskud i Landsbyggefonden	24.708	26.767	30.885	31.297	32.532	0	0	146.189
Finansposter	Deponering	0	0	46.081	85.579	98.745	100.062	62.924	393.391
I alt		24.708	36.007	109.887	154.787	173.486	146.806	101.693	747.373

Almene plejeboliger etableres indenfor det af staten fastsatte maksimumsbeløb for støttet boligbyggeri, som i 2017 er 28.420 kr/m², samt energitillæg kr. på kr. 1.150 kr./m². I alt 29.570 kr./m². Servicearealer bygges inden for samme maksimumsbeløb.

Finansiering af almene plejeboliger omfatter:

- *Leje af servicearealer (Service)*: Leje af servicearealer i forbindelse med nybyggerier er beregnet ud fra en gennemsnitsleje fra de senest åbnede plejecentre på 2.400 kr. pr. m² serviceareal (2017 p/l).
- *Montering af servicearealer (Anlæg)*: Beregninger vedr. montage af servicearealer baseres på en sats på 77.000 kr. pr. bolig (2018 p/l), jf. det hidtil gældende niveau for Moderniseringsplan 1 og 2.
- *Indskud i landsbyggefonden (Finanspost)*: Beregninger vedr. kommunal grundkapital er baseret på den i kommuneaftalen 2017 fastsatte sats på 10 % af opførelsesprisen for plejeboliger.
- *Deponering (Finanspost)*: Deponeringsbehovet for nybyggeri, hvor prisen endnu ikke er kendt, er baseret på en kvadratmeterpris på 28.420 kr. i 2017.

Risikovurdering

- Såfremt procentsatsen vedrørende den kommunale grundkapital i forbindelse med Finansloven for 2018 eller senere finanslove fastsættes højere eller lavere end de nuværende 10 pct. vil det kommunale indskud i landsbyggefonden være højere/lavere end antaget ovenfor. I forbindelse hermed vil et evt. underskud skulle tilføres fra Kassen, mens et evt. overskud vil skulle tilbageføres til Kassen.
- Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vil i forbindelse med eksekvering af byggeprojekterne anvende den til en hver tid mest økonomisk fordelagtige udbudsform, jf. Økonomiforvaltningens iværksatte arbejde omkring optimering af udbudsformer, som skal sikre at byggerierne udføres billigst muligt.
- Grundet byggetaktforskydninger er det en forudsætning for realisering af planen, at de afsatte midler kan overføres mellem årene i planperioden.
- Såfremt Udvidelsesplan for plejeboliger (2026 – 2030) skal realiseres, skal der tilvejebringes 6 – 12 byggegrunde til. En evt. forsinkelse i tilvejebringelsen af nye grundarealer vil medføre en forsinkelse af planen.
- Forprojektering, udbud samt opførelse af de ombyggede/nybyggede plejecentre sker gradvist. Der vil således løbende iværksættes og afsluttes projekter og det tilstræbes i den forbindelse, at antallet af åbnede pladser er i overensstemmelse med det demografiske grundlag.
- Erfaring fra tidligere byggeprojekter viser, at der kan ske forskydninger i den samlede tidsplan. Det betyder derfor, at der i perioder vil kunne forekomme ”overkapacitet” af plejeboliger eksempelvis når ét eller flere større nye plejecentre åbner i samme år. I perioder, hvor åbning af et plejecenter afventer, kan der omvendt opstå ”underkapacitet”, hvilket vil kunne påvirke ventetidsgarantien.
- Behovet for antal plejeboliger vil løbende blive vurderet i forbindelse med de årlige demografiprognoser og i givet fald justeret, såfremt behovet ændrer sig

Øvrige tekniske oplysninger

Bydel og adresse

Budgetønsket er bydækkende.

I placering af nybyggerierne tilstræbes en ensartet dækningsgrad af plejeboliger over hele byen, ligesom god adgang til offentlig transport prioriteres. Endelig placering af plejacentrene afhænger dog af hvor det er muligt at tilvejebringe egnede byggegrunde.

Ny praksis på social rengøring i borgers hjem

Baggrund

En afgørelse fra Ankestyrelsen i august 2016 betyder, at den eksisterende praksis vedr. Social rengøring ændres. Indsatsen har ikke tidligere været betragtet som en kommunal opgave efter serviceloven, hvorfor borgere selv har afholdt udgiften for rengøringen – med mulighed for at søge om personlig tillæg hertil.

Fremover skal indsatsen bevilliges efter Servicelovens § 83, og er derfor en udgift, som Sundheds- og Omsorgsforvaltningen fremover skal afholde.

Socialforvaltningen har ligeledes fremlagt et budgetnotat vedr. de økonomiske konsekvenser af Ankestyrelsens afgørelse.

Indhold

Social rengøring er en enkeltindsats, som sættes i værk hos borgere, hvis deres hjem er misligholdt i et sådan omfang, at der af hygiejniske, sundhedsmæssige og/eller arbejdsmiljømæssige hensyn, er behov for en særlig hovedrengøring. Det kan dreje sig om ophobning af affald i hjemmet, samlermani ol. Som en del af den sociale rengøring indgår typisk også nedbæring og udsmidning af store mængder af affald. Denne type rengøring er engangsindsats og forekommer typisk kun en gang pr. borgere.

Indsatsen gives til borgere, som pga. sociale og/eller psykiske problematikker ikke har magtet at håndtere oprydning og rengøring i eget hjem.

I nogle sager kan der i forbindelse med social rengøring også være udsmidning af tunge møbler og sprøjtning af bolig ifm. skadedyr. Denne del vil borger fortsat selv skulle betale, da de ikke – heller ikke af Ankestyrelsen – betragtes som servicelovsydelser. Hidtil har borger kunnet ansøge om personligt tillæg til dækning af alle udgifter til social rengøring hos Borgerservice. Fremover kan borger udelukkende søge om personlig tillæg til hos Borgerservice til den del, som fortsat kræver egenbetaling (fx skadedyrsbekæmpelsen), da Københavns Kommune, som nævnt ovenfor, skal dække udgifterne til indsatsen social rengøring.

Ved tidligere praksis har visitationen i lokalområderne, på vegne af borger, indhentet tilbud fra eksterne rengøringsfirmaer. Dette vil fortsat være nødvendigt, da hjemmeplejen af sikkerhedsmæssige årsager ikke kan varetage udsmidning af store mængder af affald og brug af særlige rengøringsmidler, som indsatsen ofte kræver. Indsatsen vil derfor blive løst af et eksternt rengøringsfirma, som har kompetencerne til at varetage alle elementer i den sociale rengøring. Stikprøver af fakturerer viser, at timetaksten hos de private firmaer som forestår den sociale rengøring tilsvarende timetaksten på den kommunale leverandør på praktisk hjælp.

Økonomi

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i gennemsnit iværksat ca. 80 sociale rengøringer årligt. Det skønnes, at en gennemsnitlig rengøring ligger på omkring 17.000 kr., hvilket giver en årlig udgift på ca. 1,4 mio. kr.

Table 1 – Overview of the council's activities in all management areas

Aktiviteter i forslaget (1.000 kr. – 2018 p/l)	Styrings- område	2018	2019	2020	2021	I alt
Køb af sociale rengøringer til 80 borgere	Service	1.400	1.400	1.400	1.400	5.600
Udgifter i alt		1.400	1.400	1.400	1.400	5.600

Midlerne ønskes varigt.

Risikovurdering

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen kender ikke de præcise udgifter for indsatsen, fordi borgere tidligere selv har betalt, og fordi indsatsens omfang og dermed pris kan variere afhængig af boligens tilstand. Beløbet er derfor et estimat på baggrund af antallet af sociale rengøringer, vurdering fra lokalområdernes visitation, stikprøver af faktura, samt oplysninger fra SOF, hvor borgere under 65 år ved tidligere praksis har kunnet søge om enkelt tilskud til indsatsen.

Bevillingstekniske oplysninger

Table 2 – Expenses for service

(1.000 kr. – 2018 p/l)	Udvalg	Bevilling	2018	2019	2020	2021	I alt
Køb af sociale rengøringer til 80 borgere (service)	SOU		1.400	1.400	1.400	1.400	5.600
Udgifter i alt			1.400	1.400	1.400	1.400	5.600

Øvrige tekniske oplysninger

Table 3 - Høring

Høring	Ja/Nej
KIT (IT-projekter)	Nej
ByK/KEID (Anlægsprojekter)	Nej
Sundheds- og Omsorgsudvalget	
Kan forslaget igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	Ja

Table 4 - bydel og adresse

Bydækkende? (Hvis forslaget er bydækkende sættes kun kryds her)						X
Bispebjerg	Indre by	Vesterbro/kgs. Enghave	Valby	Amager Øst		
Nørrebro	Østerbro	Brønshøj/Husum	Vanløse	Amager Vest		

Tidligere afsatte midler

Der er ikke tidligere afsat midler til indsatsen.

Etablering af nyt ældrepsykiatrisk tilbud

Baggrund

Antallet af ældre borgere med psykiatiske problemstillinger stiger i disse år som følge af den demografiske udvikling og en generelt stigende levealder. Der bliver derfor flere ældre, som pga. en kombination af psykiatiske og somatiske problematikker har behov for en flerfaglig og specialiseret indsats. I dag har Københavns Kommune, modsat en række andre kommuner, ikke et målrettet tilbud til denne gruppe af udsatte borgere.

En del af disse borgere bor i tilbud under Socialforvaltningen, der primært er bemannet med pædagogiske og socialpsykiatiske kompetencer mens andre bor i plejebolig under Sundheds- og Omsorgsforvaltningen bemannet med sundheds- og plejefaglige kompetencer. Ældre borgere med samtidig sindslidelse, somatisk sygdom og aldersrelateret funktionsnedsættelse får således ikke i dag en samlet tværfaglig støtte, træning og pleje.

Den manglende sammenhæng i indsatsen kan dels betyde, at både medarbejdere og øvrige beboere oplever frustrationer og utryghed i deres dagligdag og i samarbejdet med den udsatte ældre, og dels at der sker uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser til skade for både borgerens forløb og kommunens økonomi.

Indhold

Det foreslås, at der etableres et nyt og højt specialiseret tilbud, som kombinerer sundheds- og plejefaglige kompetencer med socialpsykiatiske og pædagogiske kompetencer. Tilbuddet skal således yde en tværfaglig indsats, hvor medarbejderne har sundhedsfaglige, pædagogiske og ældrepsykiatiske kompetencer, og hvor medarbejderne kan drage nytte af hinandens kompetencer – i praksis og i den daglige sparring og udvikling af indsatsen. Herudover skal botilbuddets fysiske rammer give medarbejderne bedre arbejdsvilkår og forudsætninger for at løse opgaven.

Målgruppen er ældre borgere med multikomplekse problemer dvs. borgere med psykiatiske lidelser kombineret med omfattende aldersrelaterede, somatiske problemstillinger og eventuelle misbrugsproblematikker. Inden for målgruppen vil nogle have en overvægt af somatiske problemstillinger, andre af psykisk sygdom og flere en kombination af begge dele. Det kan i nogle tilfælde også være borgere med misbrug og borgere under 65 år, idet aldersrelaterede problemstillinger i nogle tilfælde kan komme til udtryk hos borgere under 65 år. Det vil således bero på en individuel vurdering fra borger til borger, om fx et ældrepsykiatrisk plejetilbud er det rette.

Det er forvaltningernes vurdering, at målgruppen i højere grad kan støttes og få højere livskvalitet i et tilbud med en særlig ældrepsykiatrisk profil, hvor der er viden og metoder tilstede, som kan bidrage til at tage hånd om den kompleksitet af problematikker, der præger disse ældre. Hertil er det et delmål at forebygge unødige somatiske og psykiatiske indlæggelser og genindlæggelser. Tilbuddet skal endvidere aflaste kommunens eksisterende socialpsykiatiske botilbud og somatiske plejecentre samt understøtte en koordineret, ensrettet og strategisk ældrepsykiatrisk indsats i Københavns Kommune.

Borgere som er/vil være velplaceret på et psykiatrisk botilbud, almindelig plejebolig eller et demenstilbud er *ikke* i målgruppen for tilbuddet. Ligeledes er borgere, som har særlig

problemskabende adfærd f.eks. som følge af et aktivt alkohol- og stofmisbrug eller en hjerneskade, heller ikke i målgruppen.

Antal pladser og bygninger

Det er forvaltningernes vurdering, at etablering af et plejecenter med op til 25 boliger vil imødekomme den aktuelle efterspørgsel.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen kan oprette et nyt ældrepsykiatrisk tilbud med 23 pladser i eksisterende bygninger. 10 pladser afsættes til borgere fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, mens 13 pladser afsættes til borgere fra Socialforvaltningen. Oprettelsen i eksisterende bygning medfører, at der ikke er behov for budget til husleje.

Indflytningsplan

Det forventes, at indflytningen kan påbegyndes medio 2018.

Økonomi

Det nye tilbud skal oprettes for at kunne tilbyde pladser, som kan dække målgruppens samlede behov ved at samle borgerne i et nyt og højt specialiseret tilbud. Borgerne vil således få et mere tilpasset tilbud, der både sikrer den socialpædagogiske og somatiske indsats, der i dag gives i Socialforvaltningens botilbud og den somatiske pleje, der gives i Sundheds- og Omsorgsforvaltningens plejeboliger.

Det tilbud findes ikke i dag, og der er derfor ikke gældende takster, som udgifterne til pladserne på et nyt center kan beregnes ud fra. Da formålet med det nye tilbud er at løfte kvaliteten ift. de tilbud, som findes til borgerne inden for målgruppen i dag, så må der alt andet lige forventes en merudgift ift. de eksisterende udgifter til borgere i målgruppen. Allerede anvendte ressourcer til borgerne modregnes dog udgifterne til de nye pladser.

Da der er tale om en målgruppe med mange og komplekse problemstillinger, så er det forvaltningernes vurdering, at tilbuddets normering bør ligge på et niveau mellem en normal demensplads og en særlig demensplads for at sikre det nødvendige faglige niveau og tilstrækkeligt personale til blandt andet dækning af nattevagten med sygeplejersker. Dette svarer til en årstakst på ca. 610 t.kr. pr. plads til somatisk pleje samt en socialpsykiatrisk og pædagogisk indsats. Det giver årlige udgifter på 14,1 mio.kr., hvis det oprettes 23 pladser. Hertil kommer udgifter til kapacitetsbudget til det nye tilbud på 3,2 mio.kr. Det svarer til en samlet pladspris på ca. 0,75 mio. kr. ved etablering af 23 pladser.

Da der er tale om at etablere et tilbud med et kvalitativt løft for borgerne, så er der behov for et varigt løft til den specialiserede ældrepsykiatriske pleje og omsorg, natdækning, leder med videre. Det varige finansieringsbehov i budgetnotatet består af den omkostning, der er forbundet med det faglige og kvalitative løft, samt en del af kapacitetsbudgettet til en ny enhed.

I dag bor borgere fra målgruppen i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Socialforvaltningen i eksisterende plejecentre og botilbud. Der vil være en successiv indflytning af borgere til det nye tilbud. De pladser som fraflyttes bliver ikke nedlagt, da det ikke er driftsmæssigt muligt at lukke enkelte boliger i et fungerende plejecenter og botilbud.

Oprettelsen af et nyt ældrepsykiatrisk tilbud vil derfor reelt indebære en midlertidig kapacitetsudvidelse, og der vil således i en tilpasningsperiode være afledte merudgifter. Forvaltningerne vurderer, at kapacitetstilpasningen vedr. de ekstra pladser kan indarbejdes i forvaltningernes respektive kapacitetsplaner med virkning fra 2019. Konsekvensen af de afledte merudgifter i tilpasningsperioden er, at de eksisterende driftsudgifter til pladserne (grundtakst) i SUF og SOF på i alt 8,1 mio. kr. først indgår fra 2019 som varig finansiering af tilbuddet.

Med den forudsatte årstakst og et tilbud, som er tilpasset målgruppen, så forventes der ikke behov for løbende at skulle tilføre centret ekstra midler i form af specialmidler. Men hvis borgere med ekstraordinære behov alligevel gør det nødvendigt, så forudsættes det, at finansieringen dækkes af den visiterende forvaltning.

I forhold til etablering af de fysiske rammer, forventes der et budgetbehov på ca. 2 mio.kr. i engangsudgift i anlæg til istandsættelse og montering af ejendommen.

Table 1 – Oversigt over ønskets aktiviteter på alle styringsområder

Aktiviteter i forslaget (1.000 kr. – 2018 p/l)		Styringsområde	2018	2019	2020	2021	I alt
Driftsbudget	13 pladser for SOF borgere	Service	4.000	8.000	8.000	8.000	28.000
	10 pladser for SUF borgere	Service	3.100	6.100	6.100	6.100	21.400
	Kapacitetsudgifter	Service	1.600	3.200	3.200	3.200	11.200
	Ejendomsudgifter	Service	-	-	-	-	-
	Udgifter til 23 pladser	Service	8.700	17.300	17.300	17.300	60.600
Eksisterende finansiering	Eksisterende specialmidler der følger borgeren i SUF og SOF	Service	-770	-1.540	-1.540	-1.540	-5.390
	Grundtakst fra pladserne i SOF og SUF	Service	-	-8.100	-8.100	-8.100	-24.300
	Eksisterende udgifter i alt	Service	-770	-9.640	-9.640	-9.640	-29.690
Budgetønske	Finansieringsbehov	Service	7.930	7.660	7.660	7.660	30.910
	Istandsættelse og montering (anlæg)	Anlæg	2.000				2.000
	Budgetønske i alt service og anlæg		9.930	7.660	7.660	7.660	32.910

*De årlige udgifter er lagt ind med halv effekt fra 2018, da der forventes opstart i løbet af 2018.

Risikovurdering

Der vurderes ikke at være større risici forbundet med realiseringen af dette budgetønske, som budgetønsket foreligger i sin nuværende form.

Bevillingstekniske oplysninger

Tabel 2 – Udgifter til service

(1.000 kr. – 2018 p/l)	Udvalg	Bevilling	2018	2019	2020	2021	I alt
Etablering af ældrepsykiatrisk tilbud med 23 pladser	SOU	1202 Ældre	8.700	17.300	17.300	17.300	60.600
Eksisterende udgifter - drift	SOU	1202 Ældre		-3.300	-3.300	-3.300	-9.900
Eksisterende udgifter - drift	SUD	1613		-4.800	-4.800	-4.800	-14.400
Varige driftmidler til borgere i målgruppen fra SOF	SOU	1202 Ældre	-250	-500	-500	-500	-1.750
Eksisterende specialmidler der følger borgeren i SOF	SUD	1613	-520	-1.040	-1.040	-1.040	-3.640
Udgifter i alt			7.930	7.660	7.660	7.660	30.910

Midlerne ønskes varigt.

Tabel 3 - Øvrige anlægsprojekter

Anlæg (1.000 kr. – 2018 p/l)	Udvalg	Bevilling	2018	2019	2020	2021	I alt	*
Istandsættelse og montering	SOU	3230	2.000				2.000	*
Anlægsudgifter i alt			2.000				2.000	*

Øvrige tekniske oplysninger

Tabel 4 – Høring

Høring	Ja/Nej
KIT (IT-projekter)	Nej
ByK/KEID (Anlægsprojekter)	Nej
Sundheds- og Omsorgsudvalget	
Kan forslaget igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	Ja

Tabel 5 - Bydel

Bydækkende? (Hvis forslaget er bydækkende sættes kun kryds her)							X
Bispebjerg	Indre by	Vesterbro/kgs. Enghave	Valby	Amager Øst			
Nørrebro	Østerbro	Brønshøj/Husum	Vanløse	Amager Vest			

Tidligere afsatte midler

Der er tale om en type af pladser, som der ikke tidligere har været afsat midler til.

Pulje til fællesaktiviteter på plejecentre

Baggrund

Partnerskabspuljen, der er målrettet fællesaktiviteter på Københavns plejecentrene, har eksisteret siden 2010. Puljen tilgodeser *fællesaktiviteter* for københavnske borgere i plejebolig, som f.eks. arrangementer på plejecentret med oplægsholdere, kulturelle arrangementer, dans og musik, samt fælles ture ud af huset. Aktiviteterne gennemføres i samarbejde mellem plejecentre, frivillige og andre aktører fra lokalområdet, og på denne vis understøttes også borgernes kontakt til det omkringliggende samfund.

Partnerskabspuljens størrelse har varieret over årene, fra 0,6 mio. kr. årligt i 2010 til 2013 til 1,5 mio. kr. årligt i 2014 og 2015 – hvor der i forbindelse med budgetforhandlingerne blev givet en ekstra toårig bevilling – til 0,5 mio. kr. i 2016. Der er stor søgning til Partnerskabspuljen. Således blev der i 2016 samlet ansøgt for lidt over det dobbelte beløb end det, der var i puljen. Det samme mønster tegner sig i den første af to ansøgningsrunder i 2017.

Indhold

Der søges om midler til en udvidelse af partnerskabspuljen for herved at sikre flere fællesaktiviteter til borgere på plejecentre. For nuværende er puljen på ca. 0,5 mio. kr. årligt, og den forslås udvidet med enten 0,5 eller 1,0 mio. kr. årligt, jf. modellerne nedenfor.

Model 1: Puljen udvides til 1 mio. kr.

Partnerskabspuljen udvides med 0,5 mio. kr., så den er på 1 mio. kr. årligt. Herved fordobles den nuværende pulje.

Model 2: Puljen udvides til 1,5 mio. kr.

Partnerskabspuljen udvides med 1,0 mio. kr., så den er på 1,5 mio. kr. årligt. Herved bliver puljen tre gange så stor som den nuværende pulje.

Økonomi

Forslaget er skalérbart, jf. de to modeller for udvidelse af partnerskabspuljen.

Tabel 1 – Oversigt over ønskets aktiviteter på alle styringsområder

Aktiviteter i forslaget (1.000 kr. – 2018 p/l)	Styrings- område	2018	2019	2020	2021	I alt
Model 1: Partnerskabspuljen udvides til 1 mio. kr. årligt	Service	500	500	500	500	2.000
Model 2: Partnerskabspuljen udvides til 1,5 mio. kr. årligt	Service	1.000	1.000	1.000	1.000	4.000
Udgifter i alt		500 –	500 –	500 –	500 –	2.000 –
		1.000	1.000	1.000	1.000	4.000

Midlerne ønskes varigt.

Risikovurdering

Der vurderes ikke at være risici i forbindelse med budgetønsket.

Bevillingstekniske oplysninger

Tabel 2 – Udgifter til service, overførsler eller finansposter:

(1.000 kr. – 2018 p/l)	Udvalg	Bevilling	2018	2019	2020	2021	I alt
Model 1: tilførsel af 0,5 mio. kr. årligt til Partnerskabspuljen	SOU	1202 Ældre	500	500	500	500	2.000
Model 2: tilførsel af 1 mio. kr. årligt til Partnerskabspuljen	SOU	1202 Ældre	1.000	1.000	1.000	1.000	4.000
Udgifter i alt			500 –	500 –	500 –	500 –	2.000 –
			1.000	1.000	1.000	1.000	4.000

Øvrige tekniske oplysninger

Tabel 3 – Høring

Høring	Ja/Nej
KIT (IT-projekter)	Nej
ByK/KEID (Anlægsprojekter)	Nej
Sundheds- og Omsorgsudvalget	
Kan forslaget igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	Ja

Tabel 4 – Bydel og adresse

Bydækkende? (Hvis forslaget er bydækkende sættes kun kryds her)						X
Bispebjerg	Indre by	Vesterbro/kgs. Enghave	Valby	Amager Øst		
Nørrebro	Østerbro	Brønshøj/Husum	Vanløse	Amager Vest		

Tabel 5 – Tidligere afsatte midler

(1.000 kr., løbende p/l)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Budgetaftale 2014	1.000	1.000	0	0	0	0	0
Afsatte midler i alt	1.000	1.000	0	0	0	0	0

Udvidelse af stressklinikker – støtte til borgere med angst og depression

Baggrund

Depression og angst er de to mest forekommende psykiske lidelser i Danmark, og forekomsten har været stigende de seneste årtier.

Sundhedsstyrelsen og Psykiatrifonden vurderer, at ca. 350.000 – 400.000 voksne danskere i løbet af et år vil have symptomer, svarende til kriterierne for angst, og 150.000 – 300.000 vil have symptomer svarende til kriterierne for depression. Der er store menneskelige og meget store samfundsmæssige omkostninger forbundet med begge sygdomme. Angst og depression koster årligt samfundet 13,9 mia. kr. Sundhedsstyrelsen opgør, at det årlige produktionstab for patienter behandlet for depression og angst er 11,7 mia. kr., og behandlingsomkostningerne er 2,2 mia. kr. årligt.

Indhold

Med dette budgetønske foreslås det, at stressklinikkerne i København udvides med et forebyggende gruppetilbud til voksne københavnere med symptomer på let til moderat angst eller depression. Formålet er at fremme hverdagslivet og livskvaliteten blandt borgere, der primært har angst og depression og forebygge langvarige sygdomsperioder, sygefravær fra job eller uddannelse.

Stress, angst og depression er tilstande, som er tæt forbundne, og som kan udløse hinanden. Derfor ses allerede nu en del borgere med symptomer på angst og depression i stressklinikkerne, og der vil derfor også kunne skabes god synergi mellem de forskellige tilbud. Målgruppen i det nye tilbud adskiller sig fra borgerne i de eksisterende stressforløb ved, at deres angst- eller depressionssymptomer er dominerende, og de derfor har brug for et andet forløb. De kan således godt have symptomer på stress, men deres symptomer på angst og depression fylder mest. Der vil også være borgere med symptomer på angst og depression, som ikke er stressrelaterede.

Konkret søges der midler til et forebyggende tilbud til borgere med symptomer på angst eller depression bestående af gruppeforløb med 14 borgere, der suppleres af individuelle understøttende samtaler. På forløbene vil man arbejde ud fra samme grundlæggende bio-psyko-sociale tilgang til mental forebyggelse som i stressklinikernes eksisterende stressforløb, men forløbet adskiller sig ved, at der fokuseres på de specifikke symptomer og mestringsstrategier i forhold til angst og depression. Desuden vil det blive afprøvet at bruge peers i forløbene enten som supplement til professionelle psykologer og terapeuter eller som alternativ for de målgrupper, der har mildere symptomer. Borgerne vil blive henvist til tilbuddet via jobcentrene, og de skal til en indledende visitationssamtale, inden de kan starte på et forløb.

Forløbet vil det første år (2018) blive tilrettelagt, udviklet og afprøvet med udgangspunkt i bedste faglige viden og evidens indenfor området. Indsatsen vil blive monitoreret og evalueret internt samt understøttet gennem forskningssamarbejde med KU, Center for Psykisk Sundhedsfremme og andre eksperter på området. Det første år (2018) køres halvt så mange hold pga. udviklingsprocessen. I 2018 oprettes således 8 hold med i alt ca. 112 borgere, og de følgende år forventes der at blive afholdt 14 hold årligt med i alt ca. 196 deltagere.

Det nye forløb i stressklinikkerne er ikke et behandlingstilbud men et forebyggende forløb med fokus på sygdomsforståelse og hverdagsmestring på linje med sundhedshusenes mestringskurser for

københavnere med kroniske sygdomme. Deltagerne skal have symptomer på angst eller depression, men de behøver ikke at have fået stillet en diagnose. Tilbuddet vil derfor være et supplement til tilbuddene i behandlingspsykiatrien og den offentlige psykologordning, som hovedsageligt er for borgere med angst og depression med behov for mere intensiv behandling eller et individuelt samtaleforløb. Der kan være en gråzone mellem, hvornår et tilbud er behandlende og hvornår det er forebyggende, derfor vil udviklingen og afgrænsningen af dette tilbud ske i tæt dialog med regionen, så kommunen ikke går ind og løser en regional opgave.

Økonomi

Tabel 1 – Oversigt over ønskets aktiviteter på alle styringsområder

Aktiviteter i forslaget (1.000 kr. – 2018 p/l)	Styrings- område	2018	2019	2020	2021	I alt
Udvidelse af stressklinikker – støtte til borgere med angst og depression	Service	1.850	2.070	2.070	2.070	8.060
Udgifter i alt		1.850	2.070	2.070	2.070	8.060

Midlerne ønskes varigt.

Risikovurdering

Tilbuddet er forebyggende med fokus på hverdagsmestring og ikke på behandling. Alligevel placerer tilbuddet sig i en gråzone mellem det kommunale og regionale ansvar i forhold til angst og depression, og det vil formentlig være svært at lave en helt klar afgrænsning af tilbuddet ift. regionen, og der er derfor en risiko for opgaveglidning.

Der kan være en risiko for at behovet overstiger kapaciteten, og der opstår ventetid. Dette er forsøgt imødekommet ved at begrænse henvisningerne, så det alene er jobcentrene, der kan henvise til stressklinikkerne. Det er nemmere at regulere flowet fra jobcentrene end fra de praktiserende læger.

Bevillingstekniske oplysninger

Tabel 2 – Udgifter til service

(1.000 kr. – 2018 p/l)	Udvalg	Bevilling	2018	2019	2020	2021	I alt
Lønudgifter, svarende til 2 ½ psykologårsværk + peers v. fuld udrulning. Hertil administrations- og driftsudgifter.	SOU	1201 Sundhed	1.300	1.700	1.700	1.700	6.400
Supervision og særlig kompetenceudvikling.	SOU	1201 Sundhed	100	90	90	90	370
Kommunikation, IT licenser, materialer m.v.	SOU	1201 Sundhed	150	150	150	150	600

Evaluering og forskning i samarb. m. CFPS, KU og andre eksperter.	SOU	1201 Sundhed	300	130	130	130	690
Udgifter i alt			1.850	2.070	2.070	2.070	8.060

Øvrige tekniske oplysninger

Tabel 3 – Høring

Høring	Ja/Nej
KIT (IT-projekter)	Nej
ByK/KEID (Anlægsprojekter)	Nej
Sundheds- og Omsorgsudvalget	
Kan forslaget igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	Ja

Tabel 4 – Bydel og adresse

Bydækkende? (Hvis forslaget er bydækkende sættes kun kryds her)						X
Bispebjerg	Indre by	Vesterbro/kgs. Enghave	Valby	Amager Øst		
Nørrebro	Østerbro	Brønshøj/Husum	Vanløse	Amager Vest		

Tidligere afsatte midler

Der er ikke tidligere bevilget midler til indsatser til borgere med angst og depression. Dog er det afsat midler til stressforløb på stressklinikkerne i budgetaftale 2015 og 2017, jf. tabellen nedenfor.

Tabel 5 – Tidligere afsatte midler

(1.000 kr., løbende p/l)	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Budgetaftale 2015	5.900	5.800	5.800	5.800	5.800	5.800
Budgetaftale 2017			3.950	4.850	5.100	5.100
I alt	5.900	5.800	9.750	10.650	10.900	10.900

Udvidelse af testtilbud for sexsygdomme i Checkpoint

Baggrund

De seneste år har forekomsten af gonoré og klamydia været stigende⁸, og stigningen er særlig høj i København, både blandt mænd, der har sex med mænd og blandt heteroseksuelle.

Københavnske borgere har adgang til gratis test for klamydia og gonoré hos egen læge og på Klinik for Kønssygdomme på Bispebjerg Hospital. Erfaringen er dog, at mænd der har sex med mænd i mindre grad anvender tilbuddene. Forventningen er, at målgruppen bedre vil kunne nås ved en udvidelse af det gratis og anonyme testtilbud hos Checkpoint med test for klamydia og gonoré. Københavns Kommune har allerede gennem en årrække finansieret kviktest for og rådgivning om hiv og syfilis til mænd, der har sex med mænd hos AIDS-Fondets rådgivnings- og testklinik Checkpoint. Checkpoint, tester årligt ca. 2.000 personer og har således kontakt til målgruppen. Check Points ambition er, at forekomsten af alle sexsygdomme i målgruppen skal falde.

Indhold

Ved at udvide Checkpoints tilbud til også at omfatte test for gonoré og klamydia, herunder LGV⁹, er forventningen, at en gruppe mænd, der har sex med mænd, som ikke tidligere har ladet sig teste, vil gøre brug af testtilbuddene i Checkpoint. Herved bliver det også muligt at få denne målgruppe i tale om risikoadfærd og forebyggelse af smitte. Testningen for de forskellige sexsygdomme og rådgivningen skaber i kombination også en ny anledning til at få denne målgruppe til at lade sig teste for hiv. Det forventes, at indsatsen samlet vil bidrage til en reduktion i smitte med sexsygdomme blandt mænd, der har sex med mænd i København.

Udvidelsen af testtilbuddet i Checkpoint vil medføre en stigning i antallet af personer, der testes i Checkpoint fra 2.000 til 3.000 årligt. Der søges om midler til at etablere en samlet indgang til test for sexsygdomme i Checkpoint, som kan finde sted via en af følgende to modeller:

Model 1 – Kviktest for gonoré og klamydia med GeneXpert testmaskine

Udvidelsen af Checkpoint til at omfatte flere sexsygdomme, sker med inspiration fra Dean Street Express i London, UK, under Chelsea and Westminster Hospital. Ligesom Checkpoint i København foretager de kviktest for hiv og syfilis. Dean Street Express kan derudover også kvikteste for øvrige sexsygdomme ved hjælp af en GeneXpert testmaskine, hvor resultatet af alle test foreligger inden for få timer. Der søges således midler til investering i en GeneXpert testmaskine til Checkpoint, så der kan tilbydes kviktest for gonoré, klamydia og LGV, som tager 90 minutter at gennemføre.

Prøvetagningen i Dean Street Express er koblet op til en SMS løsning, hvor der sendes svar på test via sms sammen med en recept ved behov. På denne vis afkortes svartiden og en evt. behandling kan igangsættes hurtigt og enkelt. Til forskel bliver alle, der i dag tester positiv i Checkpoint i København for hiv eller syfilis henvist til egen læge eller et af regionens hospitaler, som foretager en *yderligere* test og først derefter udskriver recept og igangsætter behandling. Der søges således også midler til udvikling af SMS løsning i Checkpoint, med evt. receptudlevering. Model

⁸ Gonoré: I 2016 blev der registreret 3.449 tilfælde af gonoré i Danmark mod 2.735 tilfælde i 2015.

Klamydia: Tallene for 2016 er endnu ikke frigivet, men i 2015 blev der på landsplan påvist 32.761 tilfælde af klamydia mod 30.881 tilfælde i 2014.

⁹ LGV er en variant af klamydiabakterien, der kræver mere omfattende behandling.

lindbefatter, at målgruppen kun skal møde op ét sted for at få foretaget alle tests, og der gives hurtigere svar på testresultaterne, og derved kan relevant behandling også opstartes relativt hurtigere.

Model 2 – Podning for gonoré og klamydia

En udvidelse af Check Point kan også sættes i værk uden indkøb af en GeneXpert testmaskine. Prøvetagningen vil fortsat finde sted i Check Point, men prøverne sendes til analyse på Hvidovre eller Amager Hospital, hvorefter egen læge skal opsøges for at få testresultatet og eventuel recept til behandling. Indsatsen muliggør i første omgang ikke væsentlig hurtigere svartid eller behandling, men det vil løbende afsøges, om eksempelvis svarafgivelse og udskrift af recept kan varetages af Checkpoint, så målgruppen ikke behøver skulle forbi egen læge. Det er bekræftet med hospitalerne, at de har kapaciteten til at udføre analyserne.

Fælles for begge forslag

Udvidelsen af testtilbuddet i Checkpoint til at omfatte test for gonoré og klamydia vil kræve nye lokaler, da det ikke er muligt at etablere kliniske forhold, hvor test kan foretages i de eksisterende lokaler. Det er væsentligt, at de nye lokaler også har adresse i indre by, hvor AIDS-Fondet har til huse. Foruden midler til lønomkostninger samt indkøb af testkits, vil der skulle afsættes etableringsmidler til indkøb af kabiner, brikser mv.

Udvidelsen af testtilbuddet og måltallet på 3.000 tests forudsætter, at bevillingen fra Københavns Kommune under seksuel sundhed til test for hiv og syfilis forbliver uændret, idet udgifterne til 2.000 tests for hiv og syfilis ikke er inkluderet i budgetønsket. Udmøntningen af midler til seksuel sundhed forelægges Sundheds- og Omsorgsudvalget i oktober 2017.

Økonomi

Tabel 1 – Oversigt over ønskets aktiviteter på alle styringsområder

Aktiviteter i forslaget (1.000 kr. – 2018 p/l)	Styrings- område	2018	2019	2020	2021	I alt
Model 1	Anlæg	1.325	0	0	0	1.325
Model 1	Afledte serviceudgifter	1.595	1.595	1.595	1.595	6.380
Model 1, udgifter i alt	Anlæg	2.920	1.595	1.595	1.595	7.705
Model 2	Anlæg	225	0	0	0	225
Model 2	Afledte serviceudgifter	1.855	1.855	1.855	1.855	7.420
Model 2, udgifter i alt		2.080	1.855	1.855	1.855	7.645

Serviceidlerne søges varigt, uafhængigt af om model 1 eller 2 vælges.

Der søges om sammenlagt 3 mio. kr. i 2018 og 1,6 mio. kr. i 2019 og frem til finansiering af model 1, hvor testtilbuddet i Checkpoint udvides ved erhvervelse af testmaskinen GeneXpert. Hvis testtilbuddet i stedet udvides via model 2, og der derved tilbydes podning i Checkpoint med efterfølgende analyse i hospitalsregi, søges om sammenlagt 2 mio. kr. i 2018 og 1,9 mio. kr. i 2019 og frem.

Risikovurdering

Test og rådgivning om hiv og syfilis i Checkpoint finansieres af den varige bevilling til seksuel sundhed. Udmøntning af midler til seksuel sundhed for det kommende år skal til efteråret 2017 forelægges Sundheds- og Omsorgsudvalget. Hvis bevillingen til Checkpoint nedskaleres i forhold til 2017, vil dette påvirke muligheden for udvidelse af testtilbuddet til øvrige seksygdomme.

Anskaffelsespris samt udgifter til test og service af testmaskinen er estimeret på baggrund af dialog med producenten og skal endeligt beregnes.

Det vil skulle undersøges, i dialog med blandt andet Sundhedsstyrelsen, hvorvidt og hvordan Checkpoint vil kunne udskrive recepter. Det skal endvidere afklares med Hvidovre Hospital, hvordan der sikres samkøring med journalsystem i forhold til positive tests og udskrivning af recept.

Hvidovre Hospital og Amager Hospital har kapaciteten til at gennemføre analyserne af testene, men Region Hovedstaden oplyser, at de ikke har de økonomiske ressourcer til at dække udgifterne forbundet med analyserne. Dialogen med regionen om finansieringen af analyserne fortsættes, og gennemførelsen af model 2 afhænger således af, at regionen finder midler til at dække omkostningerne forbundet med analysearbejdet.

Bevillingstekniske oplysninger

Tabel 2 – Øvrige anlægsprojekter, model 1: Kviktest for gonoré og klamydia med GeneXpert testmaskine

Anlæg (1.000 kr. – 2018 p/l)	Udvalg	Bevilling	2018	2019	2020	2021	I alt	*
Erhvervelse af testmaskine	SOU	1201 – Sundhed	800	0	0	0	800	*
Udvikling af sms-service med svar samt evt. recept	SOU	1201 – Sundhed	300	0	0	0	300	*
Inventar til nye lokaler til Checkpoint, der muliggør kviktest og stigning på 1.000 test årligt.	SOU	1201 – Sundhed	225	0	0	0	225	*
Anlægsudgifter i alt			1.325	0	0	0	1.325	
<i>Afledte serviceudgifter</i>								
Vedligehold og drift af testmaskine	SOU	1201 - Sundhed	100	100	100	100	400	
Indkøb af testkit (300 kr. a 3.000 tests)	SOU	1201 – Sundhed	900	900	900	900	3.600	
1.000 testkit for hiv og syfilis	SOU	1201 – Sundhed	75	75	75	75	300	
Lønafholdelse ved 3.000 tests årligt for gonoré og klamydia i Checkpoint samt yderligere 1.000 tests for hiv og syfilis	SOU	1201 - Sundhed	345	345	345	345	1.380	
Øvrige driftsudgifter (inkl. vedligehold og drift af	SOU	1201 – Sundhed	175	175	175	175	700	

testmaskine og jf. nuværende aftale med Checkpoint)								
Afledte serviceudgifter i alt			1.595	1.595	1.595	1.595	6.380	

Tabel 3 – Øvrige anlægsprojekter, model 2: Podning for gonore og klamydia

Anlæg (1.000 kr. – 2018 p/l)	Udvalg	Bevilling	2018	2019	2020	2021	I alt	*
Inventar til nye lokaler til Checkpoint, der muliggør podning og stigning på 1.000 test årligt.	SOU	1201 – Sundhed	225	0	0	0	225	*
Anlægsudgifter i alt			225	0	0	0	225	
<i>Afledte serviceudgifter</i>								
Indkøb af testkit (300 kr. a 3.000 tests)	SOU	1201 – Sundhed	900	900	900	900	3.600	
1.000 testkit for hiv og syfilis	SOU	1201 – Sundhed	75	75	75	75	300	
Lønafholdelse ved 3.000 tests årligt for gonore og klamydia samt yderligere 1.000 tests for hiv og syfilis	SOU	1201 – Sundhed	345	345	345	345	1.380	
Øvrige driftsudgifter (jf. nuværende aftale med Checkpoint)	SOU	1201 – Sundhed	535	535	535	535	2.140	
Afledte serviceudgifter i alt			1.855	1.855	1.855	1.855	7.420	

Øvrige tekniske oplysninger

Tabel 4 – Høring

Høring	Ja/Nej
KIT (IT-projekter)	Nej
ByK/KEID (Anlægsprojekter)	Nej
Sundheds- og Omsorgsudvalget	
Kan forslaget igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	Ja

Tabel 5 – Bydel og adresse

Bydækkende? (Hvis forslaget er bydækkende sættes kun kryds her)						X
Bispebjerg	Indre by	Vesterbro/kgs. Enghave	Valby	Amager Øst		
Nørrebro	Østerbro	Brønshøj/Husum	Vanløse	Amager Vest		

Tabel 6 – Tidligere afsatte midler

<i>(1.000 kr., løbende p/l)</i>	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Overførselssagen 2013-14</i>							
Øget åbningstid Checkpoint	25	0	0	0	0	0	
<i>Budgetaftale 2015</i>							
Styrket hiv-forebyggelse blandt borgere med størst risiko	0	400	400	400	0	0	0
<i>Overførselssagen 2014-15</i>							
Gratis kondomlevering til mænd, der har sex med mænd	0	180	0	0	0	0	0
Afsatte midler i alt	25	580	400	400	0	0	0

Kompetenceudvikling - styrket tværfagligt samarbejde og kommunikation med borgere og pårørende

Nærværende budgetforslag udspringer af et ønske, som blev stillet af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens fællestillidsrepræsentanter på Sundheds- og Omsorgsudvalgets budgetseminar d. 1. marts 2017, og som udvalget ønskede konkretiseret.

Baggrund

Antallet af ældre med demens og ældre med flere kroniske sygdomme stiger, og samtidig udskrives flere borgere tidligere fra hospitalerne¹⁰. Denne udvikling stiller krav til medarbejderes kompetencer til at håndtere komplekse borger-/brugerkontakter og til at samarbejde på tværs af faggrupper.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen tilbyder løbende individuel og gruppebaseret kompetenceudvikling til forvaltningens ledere og medarbejdere i forbindelse med en lang række faglige indsatser, primært med fokus på at styrke sundheds-, omsorgs-, og rehabiliteringsfaglige kompetencer, og finansieret af forvaltningens generelle midler til kompetenceudvikling samt midler fra nationale handlingsplaner for DÆMP (den ældre medicinske patient), kræftplan IV og demens. Tal fra Arbejdsmiljø Københavns årsrapport fra 2016 viser, at der er brug for særligt at styrke medarbejdere og lederes kompetencer i kommunikation og samarbejde¹¹.

Indhold

Der søges om midler til en pulje målrettet praksisnære kompetenceudviklingsforløb på Sundheds- og Omsorgsforvaltningens arbejdspladser, i det fællestillidsrepræsentanterne og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vurderer, at der er behov for styrkede kompetencer hos ledere og medarbejdere med borgerkontakt ift. at have fokus på borgerens helhedssituation og samlede forløb, og ikke kun på egne ydelser. Medarbejderne skal kunne sætte deres egen faglighed i spil i en tværfaglig og tværororganisatorisk sammenhæng. Det er også centralt, at medarbejderne er gode til at inddrage de pårørende og forstå borgernes oplevelse af og ønsker til deres forløb og kommunikerer med borgerne omkring dette. Puljen vil derfor støtte to typer af kompetenceudviklingsforløb på arbejdspladserne:

1. Et kompetenceudviklingsforløb, der har fokus på at styrke dialog og kommunikation med borgere og pårørende. Forløbet skal give medarbejderne metoder og konkrete redskaber til at håndtere vanskelige situationer med borgere og pårørende på en hensigtsmæssig og professionel måde.
2. Et kompetenceudviklingsforløb, der har fokus på at styrke kommunikation og samarbejde mellem faggrupper. Forløbet skal styrke medarbejdernes relationskompetencer og give værktøjer til, hvordan arbejdspladsen kan styrke deres kommunikation og samarbejde mellem faggrupper og på tværs i organisationens enheder.

¹⁰ Kilde: Lev stærkt – hele livet, Københavns Ældrepolitik 2015-2018, s. 6

¹¹ 44 pct. af AMKs rådgivnings- og konsulenttimer til arbejdspladser i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen går til indsatser om kommunikation, samarbejde og komplekse borger-/brugerkontakter Kilde: Årsrapport 2016 til Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Arbejdsmiljø København.

Som inspiration til arbejdspladserne vil der blive udviklet drejebøger til de 2 grundforløb der bl.a. vil indeholde forskellige metoder og konkrete værktøjer, som vil indgå i undervisningen, og som kan anvendes i den efterfølgende indsats på arbejdspladsen. Udviklingen af drejebøgerne vil foregå i samarbejde og i dialog med de faglige organisationer og brugerne, med henblik på at sikre neutral fagekspertise, og at kompetenceudviklingen er målrettet SUFs behov.

Arbejdet med at udbrede relationelle kompetencer – der skal supplere den grundlæggende, faglige kompetenceudvikling i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen organiseres som en ansøgningspulje, hvor alle forvaltningens arbejdspladser, der har særlige udfordringer (fx ift. komplekse borger-/brugerkontakter), kan søge om midler til forløb. Forløbene tilrettelægges i samarbejde med den enkelte arbejdsplads, så de er lokalt forankret og praksisnære, dvs. tilpasset den enkelte arbejdsplads. Formen med ansøgningspulje og forankring på de enkelte arbejdspladser skal understøtte, at der er den nødvendige motivation til stede for at kunne skabe forandringer og læring.

Puljen vil give mulighed for at gennemføre kompetenceudviklingsforløb af 4 dages varighed på ca. 30 arbejdspladser i SUF, for i alt ca. 750 ud af 4000 medarbejdere med borgerkontakt. Alternativt implementeres kompetenceudviklingsforløbene som 2 + 1 dag med en praksisperiode imellem, som giver mulighed for yderligere praksisnær læring. Dette afklares i forbindelse med de konkrete forløb.

Det forventes, at effekten af kompetenceudviklingsforløbene vil være styrkede kommunikations- og samarbejdskompetencer hos medarbejdere på tværs af faggrupper og i overgangene på tværs i organisationen – det vil medføre en øget forståelse for borgers samlede situation, en hurtigere opsporing af ændringer i borgers tilstand og en styrket kommunikation med borgerne og pårørende. Sammenlagt bliver medarbejdere med borgerkontakt bedre i stand til at give en hurtigere og mere målrettet indsats, og derved opnås en højere kvalitet i ydelserne til de københavnske borgere.

Økonomi

Tabel 1 – Oversigt over ønskets aktiviteter på alle styringsområder

Aktiviteter i forslaget (1.000 kr. – 2018 p/l)	Styrings- område	2018	2019	2020	2021	I alt
Pulje til kompetenceudvikling		3.100	2.800	2.800	0	8.700
Udgifter i alt		3.100	2.800	2.800	0	8.700

Der søges om midler i 2018 – 2020.

Risikovurdering

Der er ingen risici forbundet med forslaget.

Bevillingstekniske oplysninger

Tabel 2 – Udgifter til service

(1.000 kr. – 2018 p/l)	Udvalg	Bevilling	2018	2019	2020	2021	I alt
Udvikling af to grundforløb inkl. drejebøger med metode og konkrete værktøjer og afholdelse af kompetenceudviklingsforløb for 750 medarbejdere	SOU		1.300	1.000	1.000	0	3.300
Frikøb af medarbejdere	SOU		1.800	1.800	1.800	0	5.400
Udgifter i alt			3.100	2.800	2.800	0	8.700

Der ønskes en 3-årig pulje på i alt 8,7 mio. kr. til udvikling og afholdelse af kursusforløb (inkl. frikøb af medarbejdere), og herunder også konkrete værktøjer og vejledninger, der kan indgå i det videre implementeringsarbejde efter kursusafholdelsen.

Øvrige tekniske oplysninger

Tabel 3 - Høring

Høring	Ja/Nej
KIT (IT-projekter)	Nej
ByK/KEID (Anlægsprojekter)	Nej
Sundheds- og Omsorgsudvalget	
Kan forslaget igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	Ja

Tabel 4 - Bydel og adresse

Bydækkende? (Hvis forslaget er bydækkende sættes kun kryds her)						X
Bispebjerg	Indre by	Vesterbro/kgs. Enghave	Valby	Amager Øst		
Nørrebro	Østerbro	Brønshøj/Husum	Vanløse	Amager Vest		

Tidligere afsatte midler

Der er ikke tidligere afsat midler til indsatsen.

SOXX - Videreførelse af bevillingsudløb vedr. Indvandrer Kvindecentret, FAKTI og Kringlebakken

Baggrund

Budgetønsket er bestilt af Enhedslisten og Socialdemokratiet med et ønske om, at Socialudvalget viderefører driftsbevillingerne til de tre organisationer varigt. De tre organisationer søger om varige driftstilskud, der vil dække samtlige bevillingsudløb. Herunder den samlede bevilling til sygeplejersker, der udløber med udgangen af 2017, samt driftsbevillingerne, der udløber med udgangen af 2017 og 2018. Herudover øges den samlede bevilling i løsningsmodel 2 således, at bevillingen dækker det generelt øgede aktivitets- og indsatsniveau i tilbuddene samt huslejestigninger.

Indhold

Der søges om en varig videreførelse og udbygning af driftstilskuddene til Indvandrer Kvindecentret, FAKTI og Kringlebakken. De tre organisationers formål er at sikre etniske minoritetskvinder - herunder også flygtninge - og deres børn det bedst mulige udgangspunkt for social mobilitet og livskvalitet. Målgruppen er ofte kendetegnet ved social isolation og marginalisering samt en bred vifte af problemstillinger som fattigdom, fysisk og psykisk sårbarhed og PTSD. Derudover er målgruppen ofte eneforsørgere til mange børn, står uden for arbejdsmarked, er underlagt social kontrol eller voldelige ægteskaber.

Tilbuddene har en bred vifte af indsatser på social-, beskæftigelses-, børne- og sundhedsområderne. Indsatserne omfatter blandt andet socialrådgivning, samfunds- og danskundervisning, der skal bryde social isolation og styrke forståelsen for og kontakten til det omgivne samfund. De har indsatser med rådgivning om arbejdsmarkedet og brobygning til kommunen, der skal hjælpe minoritetskvinder nærmere en uddannelse eller et arbejde, samt at blive selvforsørgende. De tilbyder sundhedsrådgivning, motion og forskellige sociale aktiviteter for både minoritetskvinder, deres børn og unge minoritetspiger.

De tre organisationer arbejder målrettet med forskellige områder inden for målgruppen. Indvandrer Kvindecentrets indsatser fokuserer på enlige og eneforsørgende indvandrerkvinder og deres tilknytning til arbejdsmarkedet. FAKTI er et kulturhus og henvender sig især til udsatte indvandrerkvinder fx med PTSD eller depressioner. Kringlebakken arbejder med tidlig forebyggelse og integration med fokus på indvandrerkvinder med små børn og piger mellem 12 og 18 år. Samlet sikrer de tre organisationer en helhedsorienteret indsats til målgruppen.

Overordnede målsætninger og effekter

Effekterne af de tre organisationers arbejde omfatter blandt andet, at kvinderne kommer tættere på arbejdsmarkedet, i arbejde eller uddannelse, børnene kommer i daginstitutioner og den sociale isolation brydes ved hjælp af netværk og relationer i lokalområdet. Indsatserne er også med til at forebygge ulighed i sundhed hos en gruppe borgere, der har en forhøjet forekomst af provokerede aborter og sygdomme som f.eks. diabetes, kroniske lungesygdomme, hjertesygdomme og hiv/aids.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen samt Socialforvaltningen vurderer, at organisationernes arbejde styrker og supplerer den kommunale indsats på området. De understøtter målene i Socialstrategien om lokalsamfundets værdi og aktivering af københavnernes egne ressourcer og netværk. Videre bidrager de til pejlemærket om, at flere københavnere med særlige behov kommer i

uddannelse eller beskæftigelse. Indsatserne understøtter således også målsætningen i Københavns Kommunes sundhedspolitik 2015-2025 om at mindske den sociale ulighed i sundhed.

Organisationerne skal fortsat sikre brobygning til eksisterende sundhedstilbud i nærområdet samt relevante bydækkende sundhedsindsatser og henvisningsmuligheder hertil, herunder blandt andet Center for Diabetes og Center for Børn og Unges Sundhed (CBUS). Organisationerne skal ligeledes indgå i dialog og samarbejde med relevante sundhedsaktører i nærmiljøet, som eksempelvis lægerne i Tingbjerg.

Table 1: Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

(Del)aktivitet	Afledt effekt
Bevilling til to sygeplejersker	<ul style="list-style-type: none"> - Udvidet åbningstid for sundhedstjek hos Indvandrer Kvindecetret - Tilbud om at tale med sygeplejerske om sundhed, forebyggelse, sygdom og forståelse for sundhedsvæsenet hos FAKTI - individuelle sundhedssamtaler, fælles oplæg om sund kost til børn, søvn og motorik, svømmeundervisning, samt sundhedsfremme og sprogtilegnelse hos Kringlebakken
Styrkede kompetencer hos minoritetskvinder og deres familier i København, herunder beskæftigelse	<ul style="list-style-type: none"> - Flere minoritetskvinder vil komme nærmere uddannelse og beskæftigelse - Flere minoritetskvinder vil engagere sig i lokalsamfundet og bryde den sociale isolation - Indsatserne vil understøtte den sociale mobilitet for flere minoritetskvinder
Danskundervisning og integrationsvuggestue	<ul style="list-style-type: none"> - Styrket integration af minoritetskvinder og deres børn - Tidlig sprogstimulering hos børnene - Børnene vil klare sig bedre i skolen

Økonomi

Den økonomiske konsekvens af budgetnotatet er delt i to løsningsmodeller.

I løsningsmodel 1 videreføres de nuværende bevillinger inkl. 1,2 mio. kr. til ansættelse af to sygeplejersker (6,8 mio. kr. i 2018 og 7,5 mio. kr. fra og med 2019). Fra og med 2018 indgår tilskuddet til sygeplejeydelser i den samlede bevilling og fordeles ligeligt mellem de tre tilbud.

I løsningsmodel 2 videreføres de nuværende bevillinger og den samlede bevilling øges samtidigt med 1,15 mio. kr. således at bevillingen afspejler det af organisationerne angivende driftsmæssige behov, som følge af bl.a. huslejstigninger og et generelt øget aktivitets- og indsatsniveau.

Økonomiske konsekvenser fordelt på de tre organisationer

Indvandrer Kvindecetret modtager i dag et driftstilskud fra Københavns Kommune på 2,3 mio. kr. samt 400 t.kr. til sygeplejeydelser svarende til 2,7 mio. kr. årligt i perioden 2014-2017. Med forslaget videreføres driftstilskuddet fra 2018 og frem. Herudover øges bevillingen i løsningsmodel 2 med 300 t.kr. så den bevillingen i alt udgør 3,0 mio. kr.

FAKTI får 1,8 mio. kr. samt 400 t.kr. til sygeplejeydelser årligt i perioden 2014-2017, hvoraf 0,4 mio. kr. føres videre til og med udgangen af 2018. Med forslaget videreføres det samlede

driftstilskud inkl. bevilling til sygeplejeydelser på 1,8 mio. kr. i 2018 og 2,2 mio. kr. fra 2019 og frem. Herudover øges bevillingen i løsningsmodel 2 med 0,6 mio. så den samlede bevillingen i alt udgør 2,8 mio. kr.

Kringlebakken får 2,15 mio. kr. samt 400 t.kr. til sygeplejeydelser årligt i perioden 2014-2017, hvoraf 0,25 mio. kr. føres videre til og med udgangen af 2018. Med forslaget videreføres det samlede driftstilskud inkl. bevilling til sygeplejeydelser på 2,300 mio. kr. i 2018 kr. og 2,550 mio. kr. fra 2019 og frem. Herudover øges bevillingen i løsningsmodel 2 med 250 t.kr. så den samlede bevillingen i alt udgør 2,8 mio. kr.

Tabel 2a – Løsningsmodel 1

Aktiviteter i forslaget (1.000 kr. – 2018 p/l)	Styrings område	2018	2019	2020	2021	I alt
Kringlebakken	Service	2.300	2.550	2.550	2.550	9.950
FAKTI	Service	1.800	2.200	2.200	2.200	8.400
Indvandrer Kvindecntrret	Service	2.700	2.700	2.700	2.700	10.800
Udgifter til service i alt	Service	6.800	7.450	7.450	7.450	29.150

Tabel 2b – Løsningsmodel 2

Aktiviteter i forslaget (1.000 kr. – 2018 p/l)	Styrings område	2018	2019	2020	2021	I alt
Kringlebakken	Service	2.550	2.800	2.800	2.800	10.950
FAKTI	Service	2.400	2.800	2.800	2.800	10.800
Indvandrer Kvindecntrret	Service	3.000	3.000	3.000	3.000	12.000
Udgifter til service i alt	Service	7.950	8.600	8.600	8.600	33.750

Risikovurdering

De økonomiske risici forbundet med forslaget er samlet set lave. Ændringer i organisationernes driftsmæssige behov, bla. grundet huslejestigninger, generelt øget aktivitets- og indsatsniveau samt flere brugere, har medført et behov for yderligere driftsmidler ift. det samlede bevillingsudløb i 2018. For alle tre organisationer er bevillingerne afgørende for videre drift og udvikling.

Ophører bevillingerne med udgangen af 2017, vil der være tale om en stor reduktion i aktiviteten for de tre tilbud, hvilket vil have konsekvenser for brugerne og kan betyde, at tilbuddene må lukke, hvis de ikke kan opnå finansiering ad anden vej. Det vurderes at bortfaldet af bevillingen til tværgående sygeplejersker betyder, at de ansatte sygeplejersker i centrene vil blive opsagt, samt at sundhedsaktiviteterne vil blive reduceret.

Bevillingstekniske oplysninger

Den tekniske fordeling af udgifter på bevilling og funktion, fremgår af tabellen nedenfor.

Tabel 3a – Udgifter til service: Løsningsmodel 1

(1.000 kr. – 2018 p/l)	Udvalg	Bevilling	2018	2019	2020	2021	I alt
Service							
Kringlebakken	SUD	1616 – Udsatte voksne	2.300	2.550	2.550	2.550	9.950
FAKTI	SUD	1616 – Udsatte voksne	1.800	2.200	2.200	2.200	8.400
Indvandrer Kvindecentret	SUD	1616 – Udsatte voksne	2.700	2.700	2.700	2.700	10.800
Udgifter i alt			6.800	7.450	7.450	7.450	29.150

Tabel 3a – Udgifter til service: Løsningsmodel 2

(1.000 kr. – 2018 p/l)	Udvalg	Bevilling	2018	2019	2020	2021	I alt
Service							
Kringlebakken	SUD	1616 – Udsatte voksne	2.550	2.800	2.800	2.800	10.950
FAKTI	SUD	1616 – Udsatte voksne	2.400	2.800	2.800	2.800	10.800
Indvandrer Kvindecentret	SUD	1616 – Udsatte voksne	3.000	3.000	3.000	3.000	12.000
Udgifter i alt			7.950	8.600	8.600	8.600	33.750

Øvrige tekniske oplysninger

Bydel og adresse

Organisationerne er bydækkende, Kringlebakken har dog et særligt fokus på områderne Bispebjerg og Nørrebro.

- Indvandrer Kvindecentret, Blågårdsgade 4, 2200 København N.
- FAKTI, Bispebjerg Bakke 6, 2400 København NV.
- Kringlebakken, Tuborgvej 256-258, st., 2400 København NV.

Tidligere afsatte midler

Tilbuddene har modtaget § 18-midler siden 2011 (Kringlebakken) og 2012 (Indvandrer Kvindecentret og FAKTI).

Tabel 4. Tidligere afsatte midler på området

(1.000 kr., løbende p/l)	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Budgetaftale 2014			5,6	5,6	5,6	5,6	
Budgetaftale 2015				0,65	0,65	0,65	0,65
Budgetaftale 2017						1,2	
Afsatte midler i alt			5,6	6,25	6,25	7,45	0,65

Udbredelse af Tingbjerg-model for etablering af lægehuse i udsatte boligområder

Baggrund

Mangel på praktiserende læger er ikke kun forbeholdt yderområderne i Danmark, men er også et stigende problem i socialt udsatte boligområder i byerne. Denne problemstilling gør sig også gældende i Københavns Kommune, hvor flere udsatte boligområder er udfordret af manglende lægedækning. Manglende lægedækning i lavindkomstområder er udnævnt som et af otte særlige ulighedsproblemer i det danske sundhedsvæsen¹².

De udsatte boligområder er bl.a. karakteriseret ved høj ledighed, lavt uddannelsesniveaue og store grupper af borgere med multisygdom. Som følge heraf lever borgerne i de udsatte boligområder kortere og mere sygdomsprægede liv relativt til borgerne i ikke-udsatte boligområder i København. Det komplekse udfordringsbillede fordrer en helhedsorienteret indsats, hvor både sundhedsmæssige og sociale indsatser bliver tænkt sammen. Kun herved kan den udtalte ulighed forebygges.

Grundet den tætte kontakt til lokalbefolkningen er de praktiserende læger en vigtig aktør i arbejdet med at dæmme op for uligheden i sundhed. Der er behov for en helhedsorienteret og understøttende indsats til sikring af lægedækning i udsatte bydele med henblik på at skaffe lige adgang til sundhedsydelser, øge ligheden i sundhed og styrke de praktiserende lægers handlemuligheder i udsatte områder.

Lægemanglen udgør et stort problem i de berørte lokalområder, idet den manglende lægedækning bevirker, at behandlingskrævende og kronisk syge borgere ikke i tilstrækkeligt omfang kommer til lægen og på den baggrund ofte ender med forværede sygdomme, der kunne have været behandlet og forebygget. En særlig indsats i udsatte boligområder, kan derfor være med til at reducere omkostninger knyttet til hospitalsindlæggelse, fravær fra arbejdsmarkedet, plejeboliger m.v.

Lægemanglen i de udsatte boligområder skyldes flere forhold, men kan blandt andet henledes til en høj belastningsgrad hos de praktiserende læger, der dækker de udsatte områder. Det skyldes, at man som læge skal håndtere en borgergruppe, der – relativt til borgere i det øvrige København – er mere syge og som det grundet sprogbarrierer og kulturelle forhold kan være komplekse og mere tidskrævende at håndtere.

Samtidig er det en særskilt udfordring, at Københavns Kommunes boligmasse gør det vanskeligt at finde egnede lokaler, hvor flere læger kan have praksis sammen. Noget som er et ønske hos mange. Ikke mindst hos de unge læger som i de kommende år skal afløse de mange læger, der er på vej på pension.

Københavns Kommune (KK), Region H og PLO tog i 2015 initiativ til et samarbejde om, hvordan man kunne tiltrække læger til Tingbjerg, der fra 2015 havde stået helt uden en lokal lægepraksis. Indsatsen inkluderer en række understøttende aktiviteter fra kommunens side, bl.a. hjælp til tilvejebringelse af egnede lokaler og tilknytning af en socialrådgiver, der skal understøtte den sociale indsats overfor borgergruppen og brobygge til kommunale indsatser samt andre relevante tilbud.

¹² Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. 2011. www.sst.dk/publ/Publ2011/SURA/Ulighed_i_sundhed/

På baggrund af indsatsen er det lykket at tiltrække to praktiserende læger til Tingbjerg, så bydelen atter vil have en almen praksis fra omkring årsskiftet 2017/2018. Samarbejdet ml. centrale aktører samt aktiv understøttelse fra kommunalt hold, har altså vist sig at være essentielt for at kunne tiltrække praktiserende læger til et udsat boligområde.

Indhold

Med afsæt i erfaringerne fra Tingbjerg, ønskes der midler til at videreudvikle og udbrede en helhedsorienteret model for tiltrækning og understøttelse af praktiserende læger i udsatte boligområder - Tingbjergmodellen. Ambitionen er, at Københavns Kommune går forrest i arbejdet med at øge ligheden i det nære sundhedsvæsen i alle dele af landet.

Udbredelse af Tingbjerg-modellen til Brønshøj/Husum (Etape 2)

Med budgetønsket ønskes der i første omgang midler til, at videreudvikle og udbrede Tingbjergmodellen til at omfatte Brønshøj/Husum, som har en særligt truende lægemangel. Aktuelt er ingen praktiserende læger i området åbne for tilgang af nye patienter, hvorfor borgere ofte må affinde sig med at have læge langt fra deres bopæl, fx i Herlev.

Erfaringerne fra et andet udsat boligområde vil udgøre et værdifuldt bidrag i kvalificeringen og udviklingen af Tingbjerg-modellen, så denne – de kommende år – kan blive udrullet til andre udsatte boligområder i København, der oplever truende lægemangel og hvor en mere helhedsorienteret sundhedsindsats er særligt påkrævet.

Behovsanalyse og udrulning af Tingbjerg-modellen til andre udsatte boligområder

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vil såfremt budgetønsket nyder fremme, i samarbejde med Region Hovedstaden og PLO, iværksætte en behovsanalyse med det formål at afdække hvilke andre udsatte boligområder i København fx Folehaven eller Mjølnerparken, der har særlige udfordringer med lægemangel.

Med afsæt i analysen og erfaringerne fra Tingbjerg og Brønshøj/Husum vil Sundheds- og Omsorgsforvaltningen frem mod budget 2020 endvidere videreudvikle Tingbjerg-modellen, så man har et færdigudviklet koncept, der kan udbredes til resten af byens udsatte boligområder.

Foreløbig rammemodel for lægehuse i udsatte boligområder (med afsæt i Tingbjerg)

Tingbjerg-modellen er en flerstrengt og helhedsorienteret rammemodel, der er udarbejdet med afsæt i de hidtidige erfaringer fra Tingbjerg. Modellen er opdelt i 2 faser; en etableringsfase og en driftsfase.

I Etableringsfasen

Tilvejebringelse af egnede lokaler m.v.

De fleste læger ønsker i dag at indgå i praksisfællesskaber med mulighed for at dele personale, udstyr og lokaliteter. Boligmassen i København udgør imidlertid en barriere for at finde store egnede lokaler til praksisfællesskaber. Derfor ønsker Københavns Kommune at gå aktivt ind i arbejdet med at facilitere de praktiserende lægers adgang til egnede lokaler på markedsvilkår. Her spiller de almene boligselskaber, KEID samt Teknik- og Miljøforvaltningen en central rolle.

Konkret vil Københavns Kommune bistå praktiserende læger i udsatte boligområder med:

- At tilvejebringe egnede lokaler

- lokaleindretning (anlæg)
- At lave aftaler vedrørende renovering m.m.

II Driftsfasen

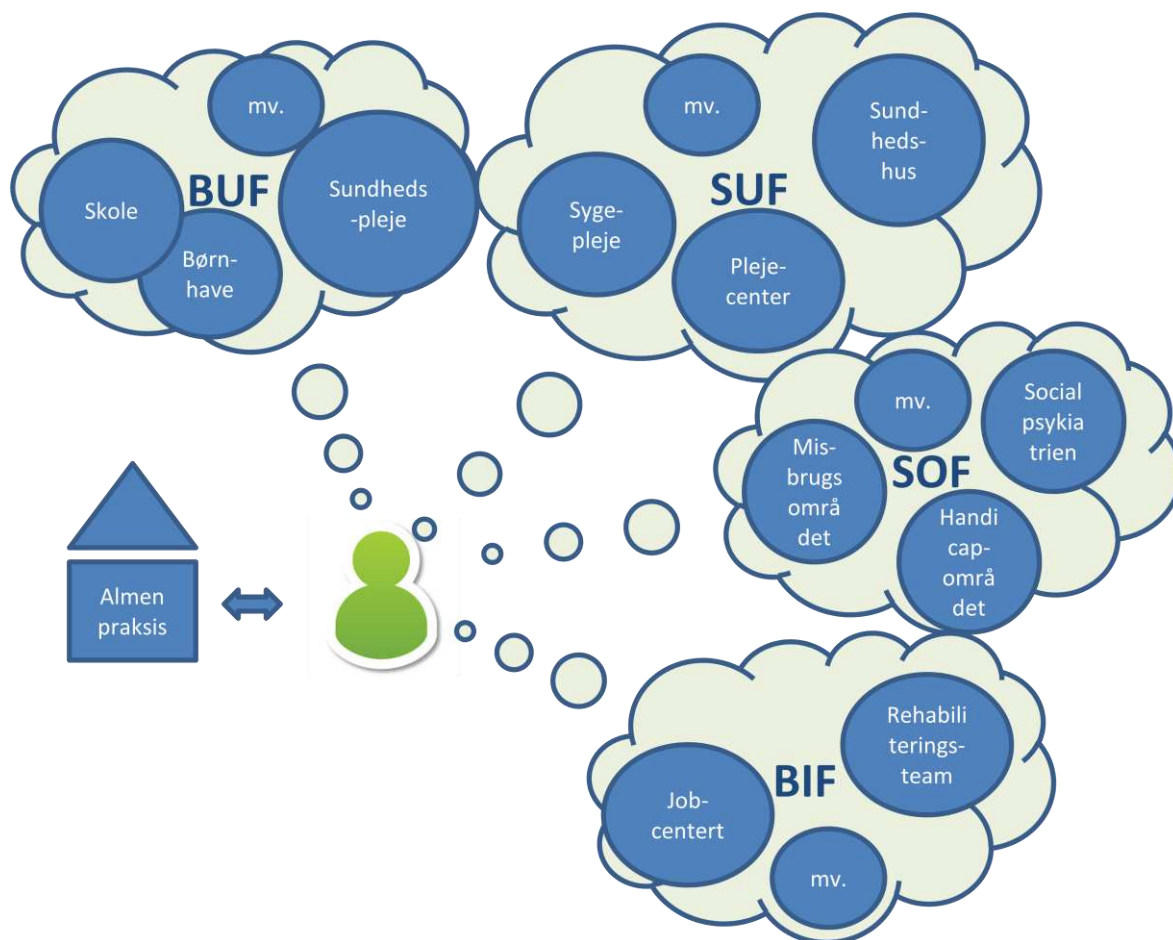
I følge Forskningsenheden for Almen Praksis, har alment praktiserende læger i udsatte boligområder brug for at blive bakket op af et større, velfungerende offentligt system.¹³

Almen praksis rummer alle borgere, er indgangen til det samlede sundhedsvæsen og samarbejder derfor med alle dele af de kommunale velfærdsområder. De praktiserende læger har derfor brug for en aktiv samarbejdspartner i det kommunale system, som kan medvirke til at koordinere, åbne døre og finde de rigtige samarbejdspartner for lægen i det vidtforgrene kommunale system.

Udgangspunktet for Tingbjergmodellen er derfor, at der etableres et forpligtende samarbejde med den lokale ledelse i den del af Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, hvor praksis er beliggende.

Lokalomsrådedledelsen i SUF forpligter sig på at fungere som indgang og bindeled til både egen og andre forvaltninger. Samtidig etableres en fast mødekadence med henblik på at sikre den løbende og kontinuerlige dialog mellem lægerne og kommunen.

Samarbejdet er illustreret i nedenstående figur.



¹³ Lindberg L, Thorsen T, Reventlow S. Arbejdet med sårbare patienter og perspektiver på social ulighed i almen praksis. 2011. [www.sst.dk/~media/475FA0E8FC34469D91D413940952F60B.ashx\(s. 24\)](http://www.sst.dk/~media/475FA0E8FC34469D91D413940952F60B.ashx(s. 24)

Frikøb af praktiserende læger til lokalt samarbejde

Med henblik på at understøtte lægernes mulighed for at prioritere samarbejdet med de kommunale aktører frikøbes den praktiserende læge 6 timer om ugen til bl.a.:

- Deltagelse i koordinationsmøder med lokalområdet
- Indgåelse i samarbejdsfora med den kommunale sundhedspleje, skolepsykologer m.fl., faste månedlige møder med den lokale sundhedspleje og den pædagogiske psykologiske rådgivning (PPR).
- Særligt fokus på tidlig forebyggende indsats overfor udsatte børn; herunder i særlig grad børn, der ikke er tilknyttet dagsinstitution og derfor primært har kontakt til det offentlige system via almen praksis.
- Samarbejde med væresteder for socialt udsatte samt beskæftigelsesforvaltningen i form af jobcentre og rehabiliteringsteam
- Oplysningsaktiviteter i lokalområdets foreningsliv og aktivitetsgrupper om fx seksuel sundhed

Frikøb af nødvendige sociale og sundhedsfaglige kompetencer i lokalområdet

Erfaringerne fra almen praksis i udsatte boligområder viser, at borgerne ofte henvender sig i almen praksis med mange typer af problemer – også problemer, som er uden for den praktiserendes læges kompetence- og ansvarsområde. Der er således tale om borgere, der ofte har kroniske sygdomme, lider af multisygdom, og som har store socialmedicinske problemstillinger. Samtidig vil der ofte være tale om borgere, der har brug for tolkebistand.

Med henblik på at understøtte almen praksis i disse komplekse sager tilbydes frikøb af lokale kommunale kompetencer 2 dage om ugen. Afhængig af patientsammensætningen i praksis tilrettelægges det lokalt og i samarbejde mellem læge og kommune, hvilke ressourcer der stilles til rådighed. Det kan fx være:

- En socialrådgiverfunktion (som i Tingbjerg) der kan sikre en mere helhedsorienteret indsats for borgerne og være brobygger til andre lokale og kommunale tilbud samt understøtte det socialmedicinske samarbejde lokalt. En socialrådgiverfunktion i almen praksis vil betyde, at den praktiserende læge i højere grad kan fokusere på de helbredsmæssige problemer hos borgerne. Socialrådgiveren skal ikke have en myndighedsudøvende funktion men en rådgivende funktion.
- Sygeplejefaglige kompetencer i form af en hjemmesygepleje eller sundhedspleje som understøtter almen praksis i patientbehandlingen hos komplekse ældre medicinske patienter eller særligt udsatte børn
- En fysioterapeut eller ergoterapeut der kan understøtte den praktiserende læge, fx i udredning af patienter med muskelskeletlidelser
- En diætist som udøver ernæringsrådgivning eller ernæringsbehandling i almen praksis for usærligt udsatte borgere, fx i relation kroniske sygdomme som hjerte-kar sygdom, diabetes og KOL.

Udgående rehabilitering/ patientrettet forebyggelse

Det kan være vanskeligt for de praktiserende læger at fastholde og motivere de mest sårbare borgere med kronisk sygdom i kommunale forebyggelses- og rehabiliteringstilbud. I de udsatte boligområder, som er/bliver omfattet af Tingbjerg-modellen, vil der derfor være behov for andre rammer for den kommunale forebyggende indsats, fx:

- Udgående diabetesrehabilitering i form af fysisk træning, sygdomsmestring og rygestopindsatser

Udgifter hertil afholdes inden for eksisterende ramme.

Evaluering og 3. etape (udrulning af Tingbjerg-model til 2 nye udsatte boligområder)

Der gennemføres primo 2019 en evaluering af erfaringerne fra udbredelsen af Tingbjerg-modellen fra 1. etape (Tingbjerg) og 2. etape (Brønshøj/Husum).

Denne evaluering vil – sammen med den bydækkende analyse af, hvilke udsatte boligområder, der har størst behov for at blive omfattet af Tingbjerg-modellen – danne grundlag for en tilbagemelding til Sundheds- og Omsorgsudvalget om opdateringer/udbygning af Tingbjerg-modellen frem mod budget 2020, særligt såfremt 3. etape indebærer en matrikelløsning, som inkluderer behov for finansiering af indretning af lokaler og eventuel deponering.

Evalueringen og behovsanalysen leder herved frem til en 3. etape, hvor Tingbjerg-modellen fra 2020 udbredes til de to udsatte boligområder i København, som behovsanalysen har afdækket har det mest akutte behov for at blive understøttet fra kommunalt hold.

På den baggrund ønskes der midler reserveret til en at udrulle Tingbjerg-modellen til to nye udsatte boligområder, fx Mjølnerparken eller Folehaven, fra 2020.

Økonomi

Tabel 1 – Oversigt over ønskets aktiviteter på alle styringsområder

Aktiviteter i forslaget (1.000 kr. – 2018 p/l)	Styrings- område	2018*	2019	2020	2021	I alt
Frikøb af sociale og sundhedsfaglige kompetencer i kommunen	Service	165	220	440	440	1.265
Frikøb af praktiserende læger til lokalt samarbejde	Service	240	320	640	640	1.840
Lokaleleje til socialrådgivning og andre udgående kommunale aktiviteter	Service	20	25	50	50	145
Lokaleindretning	Anlæg	500	0	0	0	500
Deponeringsudgifter	Finansposter	1.500	0	0	0	1.500
Udgifter i alt		2.425	565	1.130	1.130	5.250

*Der beregnes en ¾-effekt i 2018 af serviceudgifter jf. rekruttering af læger.

Midlerne ønskes varigt.

Risikovurdering

Skift af praktiserende læge indebærer rekvirering af et nyt sundhedskort, som koster 200 kr. Dette kan for mindrebemidlede borgere, eksempelvis borgere på integrationsydelse og kontanthjælp, være en barriere ift. at foretage et lægeskift.

Der forventes en generel stigende mangel på praktiserende læger de kommende år som følge af pension, hvilket kan påvirke rekrutteringsmulighederne negativt. Samtidig er der fortsat usikkerhed om de rammevilkår og overenskomstmæssige forhold, som almen praksis fremover vil være underlagt, hvilket ligeledes kan vanskeliggøre rekrutteringen.

Bevillingstekniske oplysninger

Tabel 2 – Udgifter til service

(1.000 kr. – 2018 p/l)	Udvalg	Bevilling	2018	2019	2020	2021	I alt
Faglige kompetencer fra kommunen der stilles til rådighed for almen praksis, fx en socialrådgiverfunktion eller sygeplejefaglig bistand	SOU		165	220	220	220	825
Frikøb af praktiserende læger til lokalt samarbejde	SOU		240	320	320	320	1.200
Lokaleleje til socialrådgivning og andre udgående aktiviteter	SOU		20	25	25	25	95
Udgifter i alt			425	565	565	565	2.120

Tabel 3 – Øvrige anlægsprojekter

Anlæg (1.000 kr. – 2018 p/l)	Udvalg	Bevilling	2018	2019	2020	2021	I alt	*
Lokaleindretning	SOU		500	0	0		500	*
Deponeringsudgifter		Finansposter	1.500	0	0	0	1.500	
Anlægsudgifter i alt	SOU		2.000	0	0	0	2.000	*

Øvrige tekniske oplysninger

Tabel 4 – Høring

Høring	Ja/Nej
KIT (IT-projekter)	Nej
ByK/KEID (Anlægsprojekter)	Nej
Sundheds- og Omsorgsudvalget	
Kan forslaget igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	Ja

Tabel 5 – Bydel og adresse

Bydækkende? (Hvis forslaget er bydækkende sættes kun kryds her)						
Bispebjerg	Indre by	Vesterbro/kgs. Enghave		Valby	Amager Øst	
Nørrebro	Østerbro	Brønshøj/Husum	X	Vanløse	Amager Vest	

Tabel 6 – Tidligere afsatte midler

(1.000 kr., løbende p/l)	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Budgetaftale 2015 (tværfagligt samarbejde med praktiserende læger i Tingbjerg)	0	0	400	400	0	0
Afsatte midler i alt	0	0	400	400	0	0

Styrkelse af internt vikarkorps

Baggrund

Vikarkorpset i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har de senere år haft vanskeligt ved at rekruttere tilstrækkeligt mange vikarer til at kunne imødekomme efterspørgslen i forvaltningens hjemmepleje og plejecentre. Dette skyldes primært, at ledigheden blandt SOSU-personale er generelt lav samt at vikarkorpset stiller krav om, at vikarerne har et vist erfaringsniveau, hvilket betyder, at nyuddannede i udgangspunktet ikke ansættes i korpset. Konsekvensen er, at hjemmeplejen og plejecentrene jævnligt er nødt til at anvende de private vikarbureauer.

Indhold

For at give vikarkorpset et bredere rekrutteringsgrundlag foreslås det, at fravige kravet om de mindst to års erfaring, og dermed åbne for rekruttering af nyuddannet SOSU-personale til vikarkorpset.

Der søges om midler til tre ugers intens træning og kvalificering af nyuddannet SOSU-personale, som derefter kan ansættes i SUFs vikarkorps.

De tre ugers intensive uddannelsesforløb skal sikre de uerfarne vikarers evne til at løse opgaverne til borgernes tilfredshed. Derfor foreslås det, at vikarerne – inden ansættelse i korpset – skal deltage på et uddannelsesforløb af tre ugers varighed, hvor de gennemgår intens træning og kvalificering af opgaverne med et særligt fokus på den måde SUF arbejder på, herunder også SUFs særlige tilgang til tillidsdagsordnen i hjemmeplejen og på plejecentrene. Uddannelsesforløbet vil bestå af en vekselvirkning mellem teori og praktisk læring i samarbejde med erfarne vikarer fra korpset. Uddannelsesforløbet skal øge sandsynligheden for, at de kommende vikarer – trods deres mangel på erfaring – vil kunne levere ydelser af god kvalitet.

I den tre-ugers træningsperiode aflønnes de kommende vikarer i henhold til den almindelige overenskomst på området.

Det er vurderingen, at indsatsen vil gøre det muligt at øge rekrutteringen til korpset med i alt 100 yderligere – primært nyuddannede – vikarer, hvorved efterspørgslen i store træk vil blive imødekommet.

Økonomi

Tabel 1 – Oversigt over ønskets aktiviteter på alle styringsområder

Aktiviteter i forslaget (1.000 kr. – 2018 p/l)	Styrings- område	2018	2019	2020	2021	I alt
Udvikling og afholdelse af opkvalificeringsforløb – 3-5 forløb årligt, og dækning af vikarudgifter.	Service	1.400	1.800	1.800	1.800	6.800
Udgifter i alt		1.400	1.800	1.800	1.800	6.800

Midlerne ønskes varigt.

Risikovurdering

Der er ingen risici forbundet med budgetønsket.

Bevillingstekniske oplysninger

Tabel 2 – Udgifter til service

(1.000 kr. – 2018 p/l)	Udvalg	Bevilling	2018	2019	2020	2021	I alt
Udvikling og afholdelse af opkvalificeringsforløb – 3-5 forløb årligt, og dækning af vikarudgifter.	SOU	1202 Ældre	1.400	1.800	1.800	1.800	6.800
Udgifter i alt			1.400	1.800	1.800	1.800	6.800

Øvrige tekniske oplysninger

Tabel 3 – høring

Høring	Ja/Nej
KIT (IT-projekter)	Nej
ByK/KEID (Anlægsprojekter)	Nej
Sundheds- og Omsorgsudvalget	
Kan forslaget igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	Ja

Tabel 4 - bydel og adresse

Bydækkende? (Hvis forslaget er bydækkende sættes kun kryds her)							X
Bispebjerg	Indre by	Vesterbro/kgs. Enghave	Valby	Amager Øst			
Nørrebro	Østerbro	Brønshøj/Husum	Vanløse	Amager Vest			

Tidligere afsatte midler

Der er ikke tidligere afsat midler til indsatsen.

Udvidelse af klippekortsordningen i hjemmeplejen – weekend og helligdage frem til kl. 22.00

Baggrund

I dag, er der i alt 1.548 borgere, der er berettiget til klippekort i hjemmeplejen i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, og 350 borgere i Socialforvaltningen. Klippe-kortsaktiviteter tilbydes i hjemmeplejen fra formiddag indtil kl. 22.00 på alle *hverdage*. Klippe-kortsaktiviteter fra *kl. 15.30 – 22.00 på hverdage* blev oprindeligt afprøvet som pilotprojekt i 2016, understøttet af informationsmateriale til borgere i målgruppen og orientering via visitatorer og medarbejdere i hjemmeplejen. På trods af den omfattende information var der i 2016 alene to borgere, som benyttede sig af tilbuddet. På den baggrund vurderede forvaltningen, at det var muligt at implementere ordningen indenfor den eksisterende budgetramme, således at det i dag er muligt at anvende klip på alle hverdage, fra formiddag frem til kl. 22.00.

Indhold

Med nærværende budgetnotat forslås en udvidelse af tidsrummet til klippekortsaktiviteter i hjemmeplejen til *weekend og helligdage fra formiddag frem til kl. 22.00*.

For at udvide klippekortsaktiviteter til weekender og helligdage, vil hjemmeplejen skulle overføre medarbejderressourcer, der i dag er allokeret til klippekortsaktiviteter i hverdagen, til weekender og helligdage. Dette er nødvendigt, fordi hjemmeplejens nuværende planlægning og bemanning i weekender og helligdage tager udgangspunkt i et minimum af medarbejdere i forhold til planlagte opgaver og besøg, hyppigst hos de mest plejkrævende borgere. Samtidig modtager medarbejderne en højere aflønning for arbejde i weekender og helligdage, hvorved der opstår en merudgift til klippekortaktiviteter jf. dette budgetønske.

Erfaringsmæssigt vil en del borgere i målgruppen være optaget af andre aktiviteter i weekender og helligdage, og forventes derfor ikke at benytte sig af tilbuddet om at flytte klippekortsaktiviteterne til weekender og helligdage. Det vurderes, at 70 procent af borgerne i målgruppen vil benytte tilbuddet en gang årligt og at aktiviteterne vil have en gennemsnitlig varighed på en time pr. borger. Dette afføder behov for nye medarbejderressourcer i weekend og helligdage svarende til et årsværk (på tværs af lokalområder samt kommunale og private leverandører).

Da den praktiske planlægning af weekendvagter og helligdag skal varsles senest fire uger i forvejen – jf. overenskomst for Social- og sundhedspersonale ansat indenfor kommunernes ældre-, sundheds- og handicapområde – vil det i praksis betyde, at borgerne skal anmode om klippekortsaktiviteter i weekender og helligdage senest 6-7 uger i forvejen.

Økonomi

Tabel 1 – Oversigt over ønskets aktiviteter på alle styringsområder

Aktiviteter i forslaget (1.000 kr. – 2018 p/l)	Styrings- område	2018	2019	2020	2021	I alt
Udvidelse af klippekortsaktiviteter fra formiddag, indtil kl. 22.00 i weekender og i helligdage	Service	950	950	950	950	3.800
Udgifter i alt		950	950	950	950	3.800

Udgifterne er beregnet på baggrund af afregningstimeprisen i hjemmeplejen for kommunale og private leverandører. I timeprisen indgår faktiske udgifter relateret til hjemmeplejen, faktiske visiterede timer samt korrektion for søgne/helligdage. Timeprisen er derfor højere end en gennemsnitstimeløn for en medarbejder i hjemmeplejen (og kan dermed ikke direkte sammenlignes med hinanden).

Midler ønskes varigt. Hvis forslaget bliver en realitet, vil forvaltningen følge indsatsen tæt for at vurdere, om de samlede omkostninger til ordningen står mål med borgernes behov.

Risikovurdering

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vurderer, at indsatsen vil være driftsmæssig vanskelig at styre rationelt i weekenden og helligdage, hvor hjemmeplejen i forvejen planlægger med reduceret bemanning. Samtidig kan ordningen opleves ufleksibel for borgerne pga. den 6-7 uger lange anmodningsfrist, der skyldes fire ugers varslingsfrist af medarbejdernes vagtplan.

Social- og Sundhedsmedarbejderne i hjemmeplejen, er i dag ansat med vagt hver tredje weekend i dagvagt og hver anden weekend i aftenvagt. Hvis klippekortsordningen udvides og bliver en succes, kan det potentielt betyde, at medarbejdere ikke længere kan nøjes med at arbejde hver tredje weekend i dagvagt, men fremadrettet må arbejde hyppigere i weekendvagt. En ændring som vil påkræve forhandling med de faglige organisationer. Ligeledes kan en potentielt øget kadence for weekendarbejde, påvirke mulighederne for at fastholde medarbejdere negativt, samt påvirke rekrutteringsgrundlaget negativt.

Bevillingstekniske oplysninger

Tabel 2 – Udgifter til service

(1.000 kr. – 2018 p/l)	Udvalg	Bevilling	2018	2019	2020	2021	I alt
Udvidelse af klippekortsaktiviteter indtil kl. 22.00 i weekender og i helligdage	SOU		950	950	950	950	3.800
Udgifter i alt			950	950	950	950	3.800

Øvrige tekniske oplysninger

Tabel 3 – Høring

Høring	Ja/Nej
KIT (IT-projekter)	Nej
ByK/KEID (Anlægsprojekter)	Nej
Sundheds- og Omsorgsudvalget	
Kan forslaget igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	Ja

Tabel 4 – Bydel og adresse

Bydækkende? (Hvis forslaget er bydækkende sættes kun kryds her)						X
Bispebjerg	Indre by	Vesterbro/Kgs. Enghave	Valby	Amager Øst		
Nørrebro	Østerbro	Brønshøj/Husum	Vanløse	Amager Vest		

Tidligere afsatte midler

Der er ikke tidligere afsat midler til klippekortaktiviteter i hjemmeplejen i weekend og helligdage. Dog er der afsat midler til klippekortsaktiviteter i hverdagen, jf. tabellen nedenfor.

Tabel 5 – Tidligere afsatte midler

(1.000 kr., løbende p/l)	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Finanslov 2015 - Klippekort til de svageste borgere	4.472	8.938	8.938*	8.938*	8.938*	8.938*
Finanslov 2016 - Udvidelse af klippeordsordning til let målgruppe, samt klippeordsordning i aftentimerne i hverdagen	-	1.660	2.700	2.700	2.700	2.700*
Afsatte midler i alt	4.472	10.598	11.638	11.638	11.638	11.638

Note: Finanslovsmidler betyder, at kommunen får midlerne under forudsætning af en årlig regnskabsaflæggelse til fagministeriet.

* betyder, at midlerne er overgået/overgår til at være en del af bloktilskuddet – og indgår dermed i hjemmeplejens almindelige driftsbevilling uden særlig regnskabsaflæggelse til ministeriet.

Flere pædagoger på plejecentre

Baggrund

På Sundheds- og Omsorgsudvalgets møde den 18. maj 2017 blev der bestilt et budgetnotat om ansættelse af flere pædagoger på plejecentrene, jf. dagsordenspunkt om ”Beretning 2016 om magtanvendelse og andre indgreb i voksnes selvbestemmelse”. Formålet med ansættelse af pædagoger på plejecentre er, at pædagogerne med deres kompetencer bidrager til, at sårbare borgere i højere grad kan mestre hverdagen og indgå i fællesskaber, herunder at pædagogerne også er med til at forebygge magtanvendelse ift. borgerne. Evalueringen af et igangværende projekt med pædagoger på to udvalgte plejecentre har vist, at pædagogernes tilstedeværelse styrker kvaliteten af plejen og beboernes dagligdag. Samtidig har evalueringen vist, at det ikke er problemfrit at ansætte en ny faggruppe på et plejecenter, men at potentialet i at videreudvikle en model for pædagoger på plejecentre er stort.

Indhold

Der er i de senere år kommet større fokus på de kvaliteter, som pædagogiske kompetencer tilfører ældreplejen generelt. Pædagogerne arbejder især med relationsdannelse til borgere med særlige udfordringer, og de understøtter, at borgerne kan indgå i hverdagsaktiviteter. Derudover arbejder pædagogerne med at styrke borgernes muligheder for at indgå i fællesskaber og sociale relationer. Pædagogernes kompetencer bidrager desuden til at finde nye veje til at håndtere konflikter og dermed forebygge magtanvendelse.

Der er gennemført en evaluering i august 2017 for at opsamle de foreløbige erfaringer og resultater fra projekt ”Ældrepleje med øje for den enkelte”, som pt. har været i gang knapt 1 år og som udløber ved udgangen af 2017. I dette projekt er der ansat i alt 11 pædagoger; en på hver afdeling/etage på Sølund og Peder Lykke Center. Pædagogerne indgår som en del af den daglige pleje og omsorg for beboerne.

Evalueringen viser, hvordan pædagogerne arbejder systematisk med beboernes ressourcer ud fra en bevidst strategi om at tage små skridt frem mod et fremtidigt mål. Der er mange eksempler på, hvordan de er lykkedes med at få succes med beboere, hvis adfærd har været forstyrrende for andre på afdelingen og beboere, som det har været svært at nå. Styrken i de pædagogiske kompetencer er relationsopbygning til beboere og et bredere fokus på beboernes livshistorie, identitet, ønsker og kompetencer. Evalueringen peger på, at samspillet mellem pædagogiske og sundhedsfaglige medarbejdere styrker kvaliteten af plejen og beboernes dagligdag.

Pædagogerne har både implicit og eksplicit stillet spørgsmålstejn ved nogle af de eksisterende rutiner og arbejdsgange på afdelingerne. Dermed har pædagogerne bidraget til at udvikle den daglige tilrettelæggelse af arbejdet, så den i større udstrækning fremmer beboernes selvbestemmelse, aktivitet og fællesskab.

Evalueringen viser samtidig, at det ikke har været problemfrit at ansætte en ny faggruppe i afdelingerne, og at det kræver åbenhed og gensidig respekt samt ikke mindst en tydelig funktionsbeskrivelse og understøttelse fra afdelingslederne. Evalueringen peger på, at det direkte samarbejde er centralt i forhold til, at kolleger kan lære af pædagogerne i praksis og dermed styrke de pædagogiske kompetencer og den bredere tilgang til pleje bredt hos medarbejderne.

Evalueringen peger endvidere på, at pædagogerne – for at kunne sætte faglige aftryk – skal være på afdelingen gennem længere tid, de skal have en direkte opgave i forhold til beboere med særlige behov, således at de tager del i de daglige opgaver hos beboerne og ikke fungerer som konsulenter eller som aktivitetsmedarbejdere.

Der søges på den baggrund om midler til, at forvaltningen kan videreudvikle en model for, hvordan pædagoger bedst muligt indgår i den daglige indsats, både fagligt og organisatorisk.

Konkret søges der midler til, at der i en tre-årig projektperiode ansættes 2 pædagoger på 2 nye, udvalgte plejecentre, der ikke har været omfattet af det igangværende projekt. Forvaltningen får i det nye projekt flere erfaringer med, hvordan pædagogiske arbejdsformer og kompetencer forankres i et plejecenter i et organisatorisk set up, hvor pædagogerne samarbejder med plejepersonalet og integreres i daglig praksis, når de skal dække et helt plejecenter med deres kompetencer.

Økonomi

Det vil være muligt at opskalere budgetønsket, såfremt der ønskes pædagoger på flere plejecentre.

Tabel 1 – Oversigt over ønskets aktiviteter på alle styringsområder

Aktiviteter i forslaget (1.000 kr. – 2018 p/l)	Styrings- område	2018	2019	2020	2021	I alt
Ansættelse af to pædagoger på to udvalgte plejecentre i projektperioden.	Service	1.900	1.900	1.900		5.700

Midlerne søges for en 3-årig periode.

Bevillingstekniske oplysninger

Tabel 2 – Udgifter til service

(1.000 kr. – 2018 p/l)	Udvalg	Bevilling	2018	2019	2020	2021	I alt
Ansættelse af to pædagoger på to udvalgte plejecentre i projektperioden	SOU	1202 Ældre	1.900	1.900	1.900		5.700

Øvrige tekniske oplysninger

Tabel 3 - høring

Høring	Ja/Nej
KIT (IT-projekter)	Nej
ByK/KEID (Anlægsprojekter)	Nej
Sundheds- og Omsorgsudvalget	
Kan forslaget igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	Ja

Tabel 4 – Bydel og adresse

Bydækkende?						X
Bispebjerg	Indre by	Vesterbro/kgs. Enghave	Valby	Amager Øst		
Nørrebro	Østerbro	Brønshøj/Husum	Vanløse	Amager Vest		

De to deltagende plejecentre er ikke udvalgt endnu.

Tabel 5 – Tidligere afsatte midler

<i>(1.000 kr., løbende p/l)</i>	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Værdighedsmidler		3.000	2.000			
Afsatte midler i alt		3.000	2.000			

Forebyggelse af kompliceret sorg blandt ældre københavnere

Baggrund

Hvert år mister ca. 580 københavnere over 65 år deres ægtefælle. Det estimeres, at 8 pct. af de enkeblevne udvikler kompliceret sorg, og at yderligere 17 pct. er i risiko for at udvikle kompliceret sorg. Kompliceret sorg kan bl.a. føre til øget medicinforbrug og hyppigere kontakt med praktiserende læger og psykologer. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har allerede i dag forebyggende indsatser med fokus på sorg. Borgere kan blive visiteret til kommunens indsats ”psykisk pleje og omsorg”, hvor der bl.a. gives vejledning om adgang til professionel sorg- og krisehjælp. Siden 2016 er alle borgere, som mister en ægtefælle, blevet tilbudt et forebyggende hjemmebesøg. I 2017 har forvaltningen afsat midler til et grundlæggende kompetenceløft af de medarbejdere, der foretager de forebyggende hjemmebesøg. Der er imidlertid et behov for at styrke hele forvaltningens fokus på og viden om ældre borgere i sorg – så borgerne kan støttes i deres sorgproces og kompliceret sorg forebygges.

Det forventes, at kompliceret sorg anerkendes af WHO som en diagnose i 2018 og at Region Hovedstanden dermed vil oprette et behandlingstilbud målrettet patienter med kompliceret sorg. Dette skærper behovet for en klar opgavefordeling mellem kommuner og region. Den kommunale opgave består i forebyggelse, opsporing, støtte og pleje til mennesker med kompliceret sorg. Med nærværende forslag vil Københavns Kommune være rustet til at forebygge at ældre mennesker i en almindelig sorgproces udvikler kompliceret sorg og kommunen vil være i stand til at varetage dette ved eksempelvis at hjælpe borgerne til lægefaglig regional behandling.

Indhold

Kompliceret sorg kan sammenlignes med symptomer ved posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og kendetegnes ved, at der seks måneder efter tabet fortsat opleves en meget intens sorg. Borgere med kompliceret sorg har bl.a. øget brug af antidepressive midler, flere kontakter med psykolog samt et øget behov for hjemmehjælp.

At se og handle i forhold til borgere i sorg og at kunne skelne almindelig sorg fra kompliceret sorg kræver særlige kompetencer. Der søges på den baggrund midler til en kompetenceudviklingsindsats for relevante medarbejdere fx i hjemmeplejen, sygeplejen, på plejecentre. En målrettet kompetenceudvikling vil understøtte, at langt flere medarbejdere end i dag bliver i stand til at skelne mellem borgere, der har en almindelig sorgreaktion som følge af ægtefællens død, og borgere der er i kompliceret sorg og som kræver specialiseret behandling. En mere systematisk opsporing samt forebyggelse vil bidrage til at mindske antallet af borgere med behov for medicin og lægelig behandling. Samtidig vil en mere systematisk opsporing sikre, at borgere med kompliceret sorg i højere grad bliver henvist til de regionale behandlingsmuligheder.

Der er til forslaget udarbejdet to forskellige modeller for forebyggelse af kompliceret sorg i Københavns Kommune. Begge scenarier består af kompetenceudviklingsaktiviteter men varierer, hvad angår antal af medarbejdere, der kompetenceudvikles, samt forankring af indsatsen.

Kompetenceudvikling (fælles for model 1 og 2)

Der etableres et samarbejde med Det Nationale Sorgcenter med henblik på:

- Udvikling af koncept for kompetenceudvikling af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens medarbejdere samt relevante frivillige aktører
- Udvikling af faglige værktøjer, der understøtter forebyggelse af kompliceret sorg
- Gennemførelse af kompetenceudvikling af relevante medarbejdere samt frivillige

Det Nationale Sorgcenter gennemfører kompetenceudviklingsforløb for medarbejdere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, der giver medarbejderne:

- Kompetencer til at identificere borgere i risiko for at udvikle kompliceret sorg
- Viden om hvad der kan forebygge kompliceret sorg
- Viden om den nødvendige skelnen mellem normal og kompliceret sorg
- Kompetencer til, hvordan man taler med sørgende
- Kompetencer til at håndtere behov hos borgere med anden etnisk baggrund
- Løbende opdatering med nyeste viden om ældre og sorg

Derudover gennemfører Det Nationale Sorgcenter et kursus for frivillige aktører, der giver deltagerne kompetencer til at tale med mennesker i sorg og have kendskab til handlemuligheder inden for almindelig sorg (fx frivillige sorggrupper) og når der er mistanke om kompliceret sorg.

a) Model 1 (stor model)

I perioden 2018 – 2020 uddannes i alt 90 sygeplejersker, 60 SOSU-assistenter, 90 SOSU-hjælpere, 10 sundhedskonsulenter samt 30 deltagere fra frivillige organisationer.

Udvikling af e-learning og andre materialer

Kompetenceudviklingsforløbet bliver understøttet med e-learning med henblik på at fastholde samt udbrede viden til øvrige medarbejdere også efter 2020. E-learning vil være baseret på cases og indeholder eksempelvis video og lydfiler, hvor borgere i målgruppen bliver interviewet. Der udarbejdes særligt materiale med fokus på borgere med anden etnisk baggrund end dansk.

Forankring i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Forebyggelse og identifikation af kompliceret sorg implementeres systematisk i Københavns Kommune, og der udvikles/revideres specifikke arbejdsgange på området, som bliver integreret i Københavns Kommunes eksisterende faglige værktøjer, bl.a. i form af kliniske retningslinjer og dokumentationssystemer.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vil revidere og videreudvikle arbejdsgange (hovedsagligt for plejecentre, hjemmepleje og sygepleje), udarbejde implementeringsplaner, arbejdsgangsbeskrivelser, samt forestå integration af nye arbejdsgange og monitoreringsredskab i kommunens systemer (CURA og FSIII).

Forankring i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen understøttes endvidere gennem konsulentbistand fra Det Nationale Sorgcenter:

- Analyse af lokale barrierer for implementering
- Udarbejdelse af lokal implementeringsplan
- Opsætning af et monitoreringsredskab

b) Model 2 (lille model)

I perioden 2018 – 2020 uddannes i alt 40 sygeplejersker, 60 SOSU-assistenten, 90 SOSU-hjælpere, 10 sundhedskonsulenter, 30 deltagere fra frivillige organisationer.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen understøtter det styrkede fokus på kompliceret sorg ved at formidle den nye viden fra kompetenceudviklingen ved at tilbyde faglige oplæg og via interne kommunikationskanaler.

Økonomi

Der søges om midler til et kompetenceudviklingsprojekt (model 1 eller model 2) i 2018 – 2020.

Tabel 1 – Oversigt over ønskets aktiviteter på alle styringsområder

Aktiviteter i forslaget (1.000 kr. – 2018 p/l)	Styrings- område	2018	2019	2020	I alt
Model 1 – stor model i alt	Service	1.000	1.200	1.050	3.250
Model 2 – lille model i alt	Service	650	550	600	1.800

Midlerne til enten model 1 eller model 2 ønskes til og med 2020.

Risikovurdering

Kompliceret sorg kræver, på lige fod med andre psykiske lidelser, et specialiseret behandlingstilbud, som regionen er ansvarlig for at tilbyde. Når Københavns Kommune styrker fokus på hele sorgområdet, inden det regionale behandlingstilbud er klarlagt, kan dette have en afsmittende effekt på, hvordan Region H vælger at løfte behandlingsansvaret. Dette kan utilsigtet påføre andre kommuner i regionen en opgave svarende til Københavns Kommunes indsats og hermed en potentiel fremtidig merudgift.

Bevillingstekniske oplysninger

Tabel 2 – Model 1 (stor model)

(1.000 kr. – 2018 p/l)	Udvalg	Bevilling	2018	2019	2020	I alt
Kompetenceudviklingspakke, inkl. lokaler og forplejning	SOU	1202 Ældre	600	700	700	2.000
Evaluerings	SOU	1202 Ældre	150	50	100	300
Forankring, inkl. konsulentbistand ift. systematiske procedurer	SOU	1202 Ældre	100	350	250	700
Produktion af materialer / e-learning	SOU	1202 Ældre	150	100	0	250
Udgifter i alt			1.000	1.200	1.050	3.250

Tabel 3 – Model 2 (lille model)

(1.000 kr. – 2018 p/l)	Udvalg	Bevilling	2018	2019	2020	I alt
Kompetenceudviklingspakke, inkl. lokaler og forplejning	SOU	1202 Ældre	500	500	500	1.500
Evaluering	SOU	1202 Ældre	150	50	100	300
Udgifter i alt			650	550	600	1.800

Øvrige tekniske oplysninger

Tabel 4 – Høring

Høring	Ja/Nej
KIT (IT-projekter)	Nej
ByK/KEID (Anlægsprojekter)	Nej
Sundheds- og Omsorgsudvalget	
Kan forslaget igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	Ja

Tabel 5 – Bydel og adresse

Bydækkende? (Hvis forslaget er bydækkende sættes kun kryds her)						X
Bispebjerg	Indre by	Vesterbro/kgs. Enghave	Valby	Amager Øst		
Nørrebro	Østerbro	Brønshøj/Husum	Vanløse	Amager Vest		

Tidligere afsatte midler

Der er ikke tidligere afsat midler til indsatsen.

Pilotprojekt: 'Min hjælper' – styrket kontaktpersonordning

Baggrund

Mange modtagere af praktisk hjælp og pleje efterspørger en tydeligere rød tråd i den hjælp, de modtager, og de understreger samtidig betydningen af, at blive set, som de mennesker de er, i mødet med hjemmeplejen.

Borgere, som modtager hjælp fra hjemmeplejen, tildeles i dag en kontaktperson – som tilstræbes at være den medarbejder, der kommer som den primære i hjemmet. Kontaktpersonrollen er dog ikke nærmere defineret og interviews med borgere peger på, at ikke alle oplever kontaktpersonordningen lige tydeligt i praksis.

Indhold

Der ønskes midler til at styrke og udvide kontaktpersonordningen på forsøgsbasis. Med 'Min hjælper' får borgeren mulighed for selv at vælge en foretrukken kontaktperson blandt de medarbejdere, som kommer fast i hjemmet. Det kan fx være den medarbejder, som borgeren oplever størst fortrolighed med, eller den, som borgeren oplever bedst kan formidle relevante oplysninger til borgeren. Kontaktpersonens rolle er at være det tilbagevendende ansigt, der giver borgeren oplevelsen af en rød tråd i hjælpen, og han eller hun har samtidig et særligt ansvar for at den enkelte borger føler sig og sine behov set og hørt i tilrettelæggelsen af hjælpen. Kontaktpersonen vil fortsat tage del i varetagelsen af specifikke ydelser hos borgeren og tilstræbes at være den primære hjælper, som kommer i hjemmet.

Som led i forslaget tilbydes borgerne som noget nyt en samtale på 45 minutter med kontaktpersonen hvert kvartal. Samtalen skal fokusere på borgerens individuelle og aktuelle ønsker og behov, og i øvrigt virke koordinerende og formidlende i forhold til sammenhængen på tværs af indsatser. Således skal samtalen som udgangspunkt minimum indeholde følgende elementer:

- Dialog om borgerens trivsel og ønsker til dagligdagen og hjælpens tilrettelæggelse
- Eventuel koordinering med pårørende
- Dialog om borgers plan og tilrettelæggelsen af hjælpen
- Afklaring af borgerens eventuelle tvivlsspørgsmål og forventningsafstemning.

'Min hjælper' vil efter samtalen have ansvar for at bringe relevante informationer om borgerens ønsker og præferencer med tilbage til teamet af faste medarbejdere, som kommer hos den aktuelle borger, med henblik på at der foretages eventuelle justeringer i den daglige tilrettelæggelse af hjælpen, fx særlige ønsker i forhold til varetagelsen af den intime personlige pleje eller tidspunktet for besøget.

Pilotprojekt

Det foreslås, at 'Min hjælper' gennemføres som et 2-årigt pilotprojekt i ét lokalområde, hvor den styrkede kontaktpersonordning tilbydes alle modtagere af personlig pleje i et af forvaltningens fem lokalområder.

Alle modtagere af hjemmehjælp vurderes som udgangspunkt at ville have glæde af en styrket kontaktpersonordning og den kvartalsvise samtale. Forvaltningen har et særligt ansvar for at skabe tryghed og sammenhæng for de svageste borgere – typisk den målgruppe som modtager mest hjælp. Modsat vil borgere, som modtager mindre hjælp – i kraft af sjældnere besøg – ofte opleve en

svagere relation til hjælperne og dermed en mindre grad af involvering i hjælpens tilrettelæggelse. En kvartalsvis koordinerende samtale vurderes for borgere, som modtager mindst hjælp, i øvrigt at kunne virke forbyggende.

Pilotprojektet skal således afdække i hvilket omfang, den styrkede kontaktpersonsordning skaber værdi for borgerne - herunder hvilken målgruppe forslaget vil skabe mest værdi for og om indsatsen efterfølgende skal gøres bydækkende.

Projektet evalueres i løbet af første halvår 2019. I forbindelse med evalueringen udarbejdes også en kortlægning over, hvilke ønsker borgerne har givet udtryk for til de kvartalsvise samtaler, samt hvilke det eventuelt ikke har været muligt at imødekomme og hvorfor. Der afsættes 20.000 kr. i 2019 til kortlægning og evaluering.

Økonomi

Økonomien er estimeret med udgangspunkt i det aktuelle antal borgere, som modtager personlig pleje (svarende til ca. 3.800 borgere), og forudsætter en ligelig fordeling af modtagerne i de fem lokalområder.

Forslaget er skalerbart, således at pilotprojektet kan forkortes eller forlænges lige som kadencen for opfølgingsmøder kan hæves eller sænkes. Ligeledes kan målgruppen indskrænkes eller udvides til også at omfatte modtagere af praktisk hjælp.

Tabel 1 – Oversigt over ønskets aktiviteter på alle styringsområder

Aktiviteter i forslaget (1.000 kr. – 2018 p/l)	Styrings- område	2018	2019	2020	2021	I alt
Min hjælper – styrket kontaktpersonordning, Pilotprojekt for alle modtagere af personlig pleje i et lokalområde	Service	855	855	0	0	1.710
Evaluering	service	0	20	0	0	20
Udgifter i alt		855	875	0	0	1.730

Risikovurdering

Der er uvist, om borgerne vil kunne skelne den koordinerende samtale fra andre tiltag, fx klippekortet. Der bør således udarbejdes en standard for kontaktpersonordningen, som indeholder retningslinjer om, at tiden afsat til samtalen skal bruges på dialog og ikke må benyttes til fx ekstra ydelser eller udflugter.

Bevillingstekniske oplysninger

Tabel 2 – Udgifter til service

(1.000 kr. – 2018 p/l)	Udvalg	Bevilling	2018	2019	2020	2021	I alt
Pilotprojekt – aflønning af personale i 'min hjælper'-funktion.	SOU	1202 Ældre	855	855	0	0	1.710
Evaluering	SOU	1202	0	20	0	0	20
Udgifter i alt			855	875	0	0	1.730

Øvrige tekniske oplysninger

Tabel 3 – Høring

Høring	Ja/Nej
KIT (IT-projekter)	Nej
ByK/KEID (Anlægsprojekter)	Nej
Sundheds- og Omsorgsudvalget	
Kan forslaget igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	Ja

Tabel 4 – Bydel og adresse

Bydækkende? (Hvis forslaget er bydækkende sættes kun kryds her)						X
Bispebjerg	Indre by	Vesterbro/kgs. Enghave	Valby	Amager Øst		
Nørrebro	Østerbro	Brønshøj/Husum	Vanløse	Amager Vest		

Pilotprojektet skal igangsættes i et lokalområde. Lokalområdet er ikke udvalgt på nuværende tidspunkt.

Tidligere afsatte midler

Der er ikke tidligere afsat midler til indsatsen.

Befordring til borgere med demens eller erhvervet hjerneskade

Baggrund

Ældre borgere med demens eller en erhvervet hjerneskade, som på grund af kognitive udfordringer har nedsat orienteringsevne, er ikke omfattet af den eksisterende kørselsordning til fritidsformål. Hos denne gruppe af borgere, kan der være store problemer med at benytte offentlig transport, hvilket hæmmer deres mulighed for at deltage i fritidsaktiviteter og sociale arrangementer. Kommunen har med hjemmel i Servicelovens § 117 mulighed for *at yde tilskud til personer, som på grund af varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har behov for befordring med individuelle transport.* (SEL § 117)

Indhold

Det foreslås, at der afsættes midler til oprettelse af et kørselstilbud til borgere med demens og/eller en erhvervet hjerneskade, som pga. kognitive udfordringer har problemer med orienteringsevnen i en grad, som gør, at de ikke selv kan transportere sig til sociale aktiviteter.

Forslaget vil bidrage til opfyldelse af ældrepolitikens vision om frihed til at leve livet gennem støtte til mestring af hverdagen og et aktivt liv. Deltagelse i sociale aktiviteter er en vigtig faktor i forhold til at modvirke ensomhed, isolation og yderligere funktionstab hos den enkelte.

Kørselstilbuddet vil være et tillæg til ordningen Flexhandicap, der omfatter bevægelseshæmmede borgere, som varetages af Movia. Denne ordning har hjemmel i § 11 i Lov om trafikskaber, der forpligter trafikskaber til at varetage individuel handicapkørsel til fritidsformål for svært bevægelseshæmmede over 18 år, der er visiteret til et gangredskab.

Med det foreslåede kørselstilbud får borgere med kognitive problemer de samme muligheder for kørsel som borgere med nedsat fysisk funktionsevne, det vil sige op til 104 ture årligt til fritidsformål som eksempelvis besøg hos familie og venner, indkøb og kulturelle aktiviteter. Ordningen kan om nødvendigt indebære afhentning ved hoveddør, og der er mulighed for at medtage en ledsager.

For at blive omfattet af kørselsordningen foreslås følgende betingelser opfyldt:

1. Borgeren skal være fyldt 65 år.
2. Borgeren skal have fast bopæl i Københavns Kommune.
3. Borgeren skal opfylde kravet om at have en demenssygdom eller en erhvervet hjerneskade med kognitive udfordringer, som bevirker, at de ikke selv kan transportere sig. Der skal foreligge dokumentation herpå.
4. Borgeren skal selv kunne anvende kørselsordningen med den hjælp, som chaufføren tilbyder, ellers skal borger have en pårørende med.

Alle borgere som opfylder de ovenstående kriterier vil blive bevilget ordningen.

Administration af kørselsordningen

Ansøgning skal ske via den lokale myndighed, der bevilger kørslen. Bevillingen skal ske ud fra en individuel konkret vurdering af borgers behov. Borger kan rekvirere et ansøgningsskema, der gøres tilgængeligt på kommunens hjemmeside.

Økonomi

Ligesom ved Flexhandicap, vil der i det forslåede kørselstilbud være en egenbetaling på 300 kr. i medlemsgebyr årligt. Derudover er der en egenbetaling pr. tur, hvor de første 5 km koster 24 kr., de næste 35 km koster 2,40 kr. pr km. og kørsel overover 40 km afregnes med 1,20 kr. pr. km.

Økonomien for kørselsordningen er estimeret på baggrund af Københavns Kommunes samlede udgifter til den eksisterende ordning i 2016 og på baggrund af et fagligt skøn over antallet af borgere i målgruppen med demens og erhvervet hjerneskade, der opfylder kriterierne for ordningen. De gennemsnitlige kørselsudgifter pr. borger, der anvendte ordningen i Københavns Kommune i 2016, var på 183 kr. pr tur (2018-p/l). Hver borger kører i gennemsnittet 4,23 ture om måneden. Økonomien er således udregnet ud fra, at en borger i den nuværende ordning i 2016 i gennemsnit kørte 50 ture.

Forslagets økonomi er skalerbar, idet der foreslås 2 mulige målgrupper.

- 1) **Kørselsordning med borgere med demens:** Med 100 borgere i en kørselsordning der omfatter borgere med demens og hvor en borger gennemsnitligt kører 50 ture årligt (25 ture tur/retur), vil kørselsordningen beløbe sig på 0,9 mio. kr. årligt.
- 2) **Kørselsordning med borgere med demens og erhvervet hjerneskade:** Med 175 borgere i en kørselsordning der omfatter både borgere med demens og borgere med en erhvervet hjerneskade, hvor en borger i gennemsnit kører 50 ture årligt (25 ture tur/retur) vil kørselsordningen beløbe sig på 1,6 mio. kr. årligt.

Tabel 1 – Oversigt over ønskets aktiviteter på alle styringsområder

Aktiviteter i forslaget (1.000 kr. – 2018 p/l)	Styrings- område	2018	2019	2020	2021	I alt
Kørselsordning 1: Befordring til kørsel målrettet borgere med demens.	Service	915	915	915	915	3.660
Udgifter i alt		915	915	915	915	3.660
Kørselsordning 2: Befordring til kørsel målrettet borgere med demens og borgere med erhvervet hjerneskade.	Service	1.600	1.600	1.600	1.600	6.400
Udgifter i alt		1.600	1.600	1.600	1.600	6.400

Miderne ønskes varigt.

Forvaltningen vil løbende følge op på ordningen ift. økonomi og antal ture. SUF vil månedligt modtage forbrugsoverblik fra Movia, hvor det vil blive muligt at følge det økonomiske omfang ved ordningen og vurdere, hvorvidt der er behov for justeringer ved ordningen.

Risikovurdering

Det faktum, at borgere med demens eller erhvervet hjerneskade kan benytte kørselsordningen kan medføre et pres fra andre grupper af borgere med handicap for også at blive omfattet af ordningen, fx smerteplagede borgere, der ikke opfylder betingelsen om hjælpemidler, men ikke kan benytte offentlig transport eller borgere med angst, som forhindrer dem i at gå længere afstande eller tage med offentlig transport.

Økonomien er estimeret ud fra et skøn over målgruppernes størrelse. Der vil muligvis være flere borgere, der er i målgruppe, og som søger og bevilges ordningen, end der er afsat midler til.

Bevillingstekniske oplysninger

Tabel 2 – Udgifter til service

(1.000 kr. – 2018 p/l)	Udvalg	Bevilling	2018	2019	2020	2021	I alt
Kørselsordning 1: Befordring til kørsel målrettet borgere med demens.	SOU	1202 Ældre	915	915	915	915	3.660
Udgifter i alt			915	915	915	915	3.660
Kørselsordning 2: Befordring til kørsel målrettet borgere med demens og borgere med erhvervet hjerneskade.	SOU	1202 Ældre	1.600	1.600	1.600	1.600	6.400
Udgifter i alt			1.600	1.600	1.600	1.600	6.400

Øvrige tekniske oplysninger

Tabel 3 - Høring

Høring	Ja/Nej
KIT (IT-projekter)	Nej
ByK/KEID (Anlægsprojekter)	Nej
Sundheds- og Omsorgsudvalget	
Kan forslaget igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	Ja

Tabel 4 - Bydel og adresse

Bydækkende? (Hvis forslaget er bydækkende sættes kun kryds her)						X
Bispebjerg	Indre by	Vesterbro / Kgs. Enghave	Valby	Amager Øst		
Nørrebro	Østerbro	Brønshøj/Husum	Vanløse	Amager Vest		

Tidligere afsatte midler

Der er ikke tidligere afsat midler til kørselsordning for borgere med demens eller erhvervet hjerneskade.

Socialrådgivere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen – sammenhængende og tværfaglig indsats for borger i plejebolig

Baggrund

Mange københavnske ældre, der modtager hjemmepleje eller bor i plejebolig har vanskeligt ved selv at varetage kontakten til de offentlige myndigheder, herunder fx at benytte selvbetjeningsløsninger, overholde ansøgningsfrister og efterleve krav for sociale ydelser. En stor del af de ældre har ikke pårørende.

For den enkelte borger kan det betyde, at pågældende ikke får den fornødne støtte og økonomiske rådgivning, og dermed fx ikke får betalt husleje og andre regninger. Problemstillingen opstår ofte i forbindelse med indflytning i plejebolig, hvor ca. 10 pct. af borgerne oplever problemer, som både vanskeliggør flytteprocessen og den efterfølgende tid i plejebolig.

Det kræver stort overskud og overblik at hjælpe disse borgere med at koordinere og sikre kontakt til alle relevante myndigheder m.fl. Visitatorer samt medarbejdere i hjemmeplejen og på plejecentre har ikke nødvendigvis de rette kompetencer til at hjælpe til med sådanne opgaver og bruger derfor uforholdsvis meget tid herpå – tid, som går fra kerneopgaven. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vurderer, at ca. 200 ældre har brug for en særlig indsats.

Indhold

For at imødegå disse udfordringer, foreslås det, at der oprettes en socialrådgiverfunktion i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Socialrådgivere er fagligt kompetente til at hjælpe borgeren med at navigere i det private, kommunale og statslige system. Herudover kan de bistå i forhold til økonomisk rådgivning og rådgivning på det socialfaglige område. En socialrådgiverfunktion vil kunne kvalificere hjælpen til borgerne og samtidig frigive tid til løsning af kerneopgaven i visitationen, hjemmeplejen og særligt for medarbejdere og ledere på plejecentre.

Konkret søges der midler til at ansætte 2 socialrådgivere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Disse skal - både i hjemmeplejen, ved indflytning i plejebolig og løbende - fungere som direkte hjælp til de borgere, som har vanskeligt ved at navigere i systemet og håndtere kontakten til forskellige aktører.

Socialrådgiverne skal have kompetencer til at vurdere den enkelte borgers pensionsforhold og økonomi og skal kunne:

- Foretage hjemmebesøg når det er nødvendigt.
- Have en koordinatorrolle i forløb, hvor problemstillingerne knytter sig til økonomi og sociale forhold.

- Samarbejde på tværs af de forvaltninger og institutioner, som har den formelle myndighed på området.
- Rådgive visitation, hjemmepleje og plejecentre generelt om socialfaglige forhold.

Økonomi

Tabel 1 – Oversigt over ønskets aktiviteter på alle styringsområder.

Aktiviteter i forslaget (1.000 kr. – 2018 p/l)	Styrings- område	2018	2019	2020	2021	I alt
Socialrådgivere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen	Service	1.000	1.000	1.000	1.000	4.000
Udgifter i alt		1.000	1.000	1.000	1.000	4.000

Midler til socialrådgivere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen ønskes varigt.

Risikovurdering

Der vurderes ikke at være risici for økonomi og tidsplan.

Bevillingstekniske oplysninger

Tabel 2 – Udgifter til service: Socialrådgivere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

(1.000 kr. – 2018 p/l)	Udvalg	Bevilling	2018	2019	2020	2021	I alt
Socialrådgivere i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen	SOU		1.000	1.000	1.000	1.000	4.000
Udgifter i alt			1.000	1.000	1.000	1.000	4.000

Øvrige tekniske oplysninger

Tabel 3 – Høring

Høring	Ja/Nej
KIT (IT-projekter)	Nej
ByK/KEID (Anlægsprojekter)	Nej
Sundheds- og Omsorgsudvalget	
Kan forslaget igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	Ja

Tabel 4 – Bydel og adresse

Bydækkende? (Hvis forslaget er bydækkende sættes kun kryds her) X							X
Bispebjerg	Indre by	Vesterbro/kgs. Enghave	Valby	Amager Øst			
Nørrebro	Østerbro	Brønshøj/Husum	Vanløse	Amager Vest			

Tidligere afsatte midler

Der er ikke tidligere afsat midler til indsatsen.

Øget kvalitet for københavnere på plejecentre via fleksible, rullende vagtplaner

Baggrund

Mange af Københavns Kommunes plejecentre anvender en fast vagtplanlægning, hvor de ansatte arbejder i enten dag-, aften- eller nattevagt. Det skaber forudsigelighed for den enkelte ansatte og et tæt kollegialt fællesskab med dem, man er i vagt sammen med. Fast vagtplanlægning kan dog medføre en mindre fleksibel indretning af hverdagen for borgeren og begrænse deling af viden på tværs af arbejdsfællesskaber.

Rullende og overlappende vagter, hvor plejepersonalet oplever beboerne på flere tider af døgnet og i højere grad samarbejder på tværs, muliggør et bredere perspektiv på den enkelte beboer og en bedre videndeling på tværs, så beboernes individuelle behov i endnu højere grad kan tilgodeses. Alligevel viger mange plejecentre tilbage for en omlægning af vagterne, fordi erfaringer også viser, at det er tidskrævende og kompliceret.

Indhold

Der ønskes midler til, at gennemføre et pilotforsøg med omlægning af faste dag- og aftenvagter til mere fleksible og rullende vagter på to af kommunens almindelige plejecentre. Plejecentrene varierer meget i størrelse, hvilket giver forskellige muligheder i forhold til vagtomlægning. Målet er at udvikle konkrete modeller for omlægning af vagter, som kan anvendes bredt på kommunes plejecentre og herved lette overgangen fra faste til rullende vagter generelt på plejecentrene. Erfaringerne fra bl.a. demenscentret Aalholmhjemmet, der har omlagt vagter, inddrages i forsøget.

Udbyttet af en omlægning til mere fleksible vagter, hvor medarbejdernes arbejdstid bl.a. ”overlapper” hinanden vil, være:

- en bedre overlevering af viden om beboerne medarbejderne imellem
- et mere helhedsorienteret syn på borgeren, hvor der er bedre mulighed for at skabe sammenhæng på tværs af døgnet
- øget mulighed for at gennemføre aktiviteter på de tidspunkter, der passer beboeren bedst
- en mere fælles kultur på arbejdspladsen.

En omlægning til rullende vagter kan have en række konsekvenser for medarbejdernes løn- og arbejdsforhold, idet aflønningen er højere i aften- og nattetimerne end i dagtimerne. Dette betyder at en medarbejders overgang til færre aftenvagter skal kompenseres med flere timer i dagvagterne, hvis medarbejderen ikke skal opleve en lønnedgang og vice versa. En omlægning vil samtidig have betydning for, hvornår medarbejdere med forskellige kompetencer er/skal være til stede.

Erfaringerne fra bl.a. Aalholmhjemmet viser, at omlægningen af vagter er en kompliceret proces, der kræver involvering af og opbakning fra medarbejderne. Med nærværende budgetønske søges der derfor om midler til bistand fra konsulenter med viden om vagtomlægning, der kan facilitere en inddragelse af medarbejderne, bidrage med viden og praktisk bistand samt sparre med plejehjemsledere/afdelingsledere, så omlægningen håndteres på bedst mulige vis, samt til vikardækning til den inddragende proces

Kommunens plejecentre informeres om muligheden for at deltage i projektet. Ud af de interesserede plejecentre vælges to til forsøget – optimalt et lille og et stort plejecenter, så mulighederne for at omlægge vagterne afdækkes på plejecentre med henholdsvis få og mange ansatte. Hensigten er, at der udvikles modeller, der kan anvendes af alle typer af plejecentre, hvorfor de afprøvede metoder dokumenteres systematisk.

Pilotprojektet skal fremme en mere helhedsorienteret og individuelt afpasset hjælp til beboere på Københavns Kommunes plejecentre, så Ældrepolitikens mål om, at ældre borgere føler sig set, hørt og respekteret, i endnu højere grad realiseres. Det er også målet, at vagtomlægningen fortsat sikrer en god balance mellem arbejde og privatliv for medarbejderne. Målsætningen er endvidere, at omlægningen så vidt det er muligt vil være omkostningsneutral for plejecentrene efter implementeringen.

Økonomi

Beregningerne bygger på, at der samlet indgår ca. 120 fastansatte i de to pilotforsøg svarende til den samlede gennemsnitlige faste bemanning på henholdsvis et lille og et stort plejecenter. Projektet starter primo 2018 og afsluttes ultimo 2019.

Tabel 1 – Oversigt over ønskets aktiviteter på alle styringsområder

Aktiviteter i forslaget (1.000 kr. – 2018 p/l)	Styrings- område	2018	2019	2020	2021	I alt
Kompetenceudvikling, vikardækning, konsulentbistand samt dækning af evt. midlertidige øgede lønomkostninger	Service	420	140	0	0	560
Udgifter i alt		420	140	0	0	560

Risikovurdering

En omlægning vil påvirke de nuværende arbejdsfællesskaber og have betydning for, hvornår medarbejdere med forskellige kompetencer skal være til stede. En omlægning vil derfor kunne forskubbe den balance, medarbejderne i øjeblikket har mellem arbejde og privatliv, hvilket potentielt kan føre til modstand mod en omlægning. Derfor planlægges der med, at medarbejderne involveres i udviklingen af modeller for omlægningen.

Bevillingstekniske oplysninger

Tabel 2 – Udgifter til service

(1.000 kr. – 2018 p/l)	Udvalg	Bevilling	2018	2019	2020	2021	I alt
Kompetenceudvikling, vikardækning, konsulentbistand samt dækning af evt. midlertidige øgede lønomkostninger	SOU	1202 Ældre	420	140	0	0	560
Udgifter i alt			420	140	0	0	560

Øvrige tekniske oplysninger

Tabel 3 - Høring

Høring	Ja/Nej
KIT (IT-projekter)	Nej
ByK/KEID (Anlægsprojekter)	Nej
Sundheds- og Omsorgsudvalget	
Kan forslaget igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	Ja

Tabel 4 - Bydel og adresse

Bydækkende? (Hvis forslaget er bydækkende sættes kun kryds her)						X
Bispebjerg	Indre by	Vesterbro/kgs. Enghave	Valby	Amager Øst		
Nørrebro	Østerbro	Brønshøj/Husum	Vanløse	Amager Vest		

Tidligere afsatte midler

Der er ikke tidligere afsat midler til indsatsen