

Sundheds- og Omsorgsudvalget  
Udestående budgetønsker 2017



# Indhold

<b>Specialiseret rehabilitering.....</b>	<b>3</b>
<b>Moderniseringsplan 2 - demografisk tilpasning af plejeboligkapaciteten (2017 - 2024).....</b>	<b>10</b>
<b>Et udgående hjerneskaderehabiliteringsteam skal rehabilitere borgere hjemme....</b>	<b>15</b>
<b>Færre sygemeldte københavnere - nedbringelse af ventetiden hos Ryg- og Genoptræningscenter København.....</b>	<b>18</b>
<b>Bedre, mere individuel pleje for københavnere på plejecentre via fleksible, rullende vagtplaner.....</b>	<b>21</b>
<b>Bedre borgerinddragelse på sundhedsområdet.....</b>	<b>24</b>
<b>SO 34 Videreførelse af bevillingsudløb vedr. Indvandrere Kvindecntrret, FAKTI og Kringlebakken.....</b>	<b>27</b>

## Specialiseret rehabilitering

### Baggrund

Pr. 1. januar 2015 trådte en ny bekendtgørelse og vejledning på genoptræningsområdet i kraft, der medførte et nyt specialiseringsniveau for genoptræning – *rehabilitering på specialiseret niveau* – som kommunerne har myndigheds- og finansieringsansvar for. Derudover har kommunerne forsat myndigheds- og finansieringsansvar på almen genoptræning fordelt på *basal og avanceret genoptræning*.

Københavns Kommunes tilbud og indsatser opfylder ikke til fulde de kvalitetskrav, der er for at varetage *rehabilitering på specialiseret niveau*, og derudover er der uklarhed om opgavesnittet mellem kommunerne og Region Hovedstaden. Forligsparterne bag kommunens seneste to overførselssager har på den baggrund reserveret midler til rehabilitering på specialiseret niveau i 2015 og 2016. Midlerne bliver anvendt til køb af forløb på specialhospitaler/-enheder, da alle borgere med en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau modtager et forløb på et specialhospital/ -enhed.

Københavns Kommune har sammen med Region Hovedstaden og øvrige kommuner i regionen henvendt sig til Sundheds- og Ældreministeriet omkring uenigheden mellem parterne om, hvilke opgaver de hver især skal varetage i forbindelse med rehabilitering på specialiseret niveau. Sundheds- og Ældreministeriet har i juli 2016 svaret på henvendelsen, men er efter Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opfattelse ikke kommet med konkrete løsninger på uenighederne. Det gælder i forhold til snitflader vedr. udarbejdelse af genoptræningsplaner til senfølger af hjerneskade og det gælder i forhold til, hvilke opgaver kommunerne har fagligt og økonomisk ansvar for i forbindelse med specialiseret rehabilitering i snitfladen til specialsygehuse. Derimod ligger Ministeriet op til, at kommuner og region skal fortsætte deres dialog om at sikre en hensigtsmæssig håndtering af disse borgere. Da det er Sundheds- og Omsorgsforvaltningens vurdering, at myndigheds- og finansieringsansvaret for specialiseret rehabilitering reelt er en ny kommunal opgave, har forvaltningen anbefalet, at sagen rejses i KL med henblik på sikre kompensation (DUT) for varetagelse af denne opgave.

Som følge af henholdsvis den ny bekendtgørelse, det nuværende opgavesnit mellem region og kommuner og tilbagemeldingen fra Sundheds- og Ældreministeriet er midler til køb af rehabiliteringsforløb i 2017 og frem en nødvendig prioritering for, at Københavns Kommune kan leve op til sit myndighedsansvar. For indværende er der dog ikke afsat midler til dette i budget 2017.

Kommunens erfaringer med den ny bekendtgørelse og vejledning på det *avancerede niveau* viser samtidig, at størstedelen af borgerne, der

### NEED TO

E ksekveringsparat?	JA/ NEJ
Udvalgsbehandlet (SOU og SUD)	
Kan igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	JA

Høringproces?	JA/ NEJ
Projekt hørt i BYK (anlægsprojekter)	NEJ
Projekt hørt i Kejd (anlægsprojekter)	NEJ
Projekt hørt i KS (IT-projekter)	NEJ

overgår fra rehabilitering på specialiseret niveau til avanceret genoptræning, fortsat har behov for en neuropsykologisk intervention. I dag kan Sundheds- og Omsorgsforvaltningen ikke løfte denne indsats.

### **Indhold**

Målgruppen for rehabilitering på specialiseret niveau er primært borgere med erhvervet hjerneskade, men borgere med andre diagnoser og høj grad af kompleksitet er også en del af målgruppen. Gældende for alle borgere i målgruppen er, at de har haft komplicerede, omfattende og/eller sjældne alvorlige funktionsevnededsættelser af væsentlig betydning for flere livsområder, herunder oftest omfattende mentale funktionsnedsættelser. Det er hospitalerne, der i genoptræningsplanen vurderer, om borgere skal have rehabilitering på specialiseret niveau eller genoptræning på almen niveau.

#### ***a) Køb af forløb på specialhospitaler/ -enheder til borgere, der skal have rehabilitering på specialiseret niveau***

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen søger alene midler i 2017, da der fortsat er uklarheder i forhold til opgave- og finansieringsansvar mellem kommune og region, som søges afklaret forud for budget 2018.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen søger om midler til køb af 15 ambulante forløb på specialhospitalerne/-enhederne til borgere, der skal have rehabilitering på specialiseret niveau. Rehabilitering tager udgangspunkt i borgernes individuelle behov, så de kan få en meningsfuld hverdag igen efter deres hjerneskade. Ambulante forløb visiteres typisk til borgere der kan bo i eget hjem og samtidig modtage ambulante rehabilitering, med henblik på at borger kan erhverve eller generhverve færdigheder så de opnår bedst muligt funktionsniveau.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen søger også om midler til køb af 25 døgnophold på specialhospitalerne/-enhederne til borgere, der skal have rehabilitering på specialiseret niveau. Døgnophold visiteres typisk til borgere, der har behov for rehabilitering og let til fuldstændig personassistance gennem døgnet med henblik på, at borgerne kan erhverve eller generhverve færdigheder så de opnår bedst muligt funktionsniveau.

I alt søges der om midler til 40 forløb på specialhospitalerne/-enhederne til borgere, der skal have rehabilitering på specialiseret niveau, svarende til en fordeling på 40/60. Antal forløb og fordeling er baseret på aktivitetsudviklingen fra start i 1. kvartal 2015 til og med 1. kvartal 2016, og erfaringer der viser, at borgerne i gennemsnit modtager døgnophold og ambulante forløb på tre til seks måneders varighed på specialhospitalerne/-enhederne. Samme længde forventes i 2017.

Tabel 1: Antal borgere opstartet i specialiseret rehabiliteringsforløb (døgn + ambulant) 2015–2016 samt estimat for 2017

År	Antal borgere/ forløb
2015 (1. halvår)	14
2015 (2. halvår)	15
2016 (1. halvår)	22
2016 (2. halvår – E stimat)	22
2017 (E stimat)	40

Tabel 2: Merudgifter til specialiseret rehabilitering i 2015-2016.

År	Regnskab 2015*	1. halvår 2016	Forventet regnskab 2016
Merudgifter i 1.000 kr. (årets priser)	6.063	9.858	20.000

\*) Merudgifter til igangværende forløb, som først er afsluttet i 2016 indgår ikke.

#### **b) Køb af aflastningspladser i privat regi**

Socialforvaltningen søger om midler til køb af syv aflastningspladser i privat regi til borgere, der skal have et højt specialiseret botilbud som følge af de nye regler om rehabilitering på specialiseret niveau. Konkret søges der om midler til syv forløb af en måneds varighed. Behovet opstår på grund af krav om hurtig hjemtagning fra specialhospitalet – og heraf mere komplekse behov, øgede kvalitetskrav, mangel på kapacitet til at hjemtage borgerne uden ventetid og derudover er det Socialforvaltningen erfaring, at antallet af borgere med hjerneskade er stigende. Behovet er baseret på bedste skøn med afsæt i udviklingen de seneste år. Det kan inden for de nuværende rammer være problematisk for Socialforvaltningen at stille et højt specialiseret botilbud til rådighed med kort varsel.

#### **c) Pleje og støtte og socialpædagogisk støtte i borgerens hjem**

Efter døgnophold/ambulant forløb på specialhospital/-enhed har nogle borgere behov for en opfølgende, specialiseret pleje og støtte og socialpædagogisk indsats fra kommunen. Der søges derfor om midler til øgede udgifter, når borgere udskrives til eget hjem med behov for rehabilitering på specialiseret niveau.

Behovet opstår på grund af krav om hurtigere hjemtagning fra specialhospitalet – og heraf mere komplekse behov hos borgerne, øgede kvalitetskrav, mangel på kapacitet til at hjemtage borgerne uden ventetid og derudover oplever Socialforvaltningen et stigende antal borgere med hjerneskade.

Behovet er baseret på bedste skøn med afsæt i udviklingen de seneste år. Forventningen er, at mellem 16-20 borgere udskrives til eget hjem med fortsat behov for specialiseret støtte.

#### ***d) Ansættelse af 2 fuldtids neuropsykologer***

Kommunernes erfaringer viser at størstedelen af borgere med erhvervet hjerneskade der overgår fra rehabilitering på specialiseret niveau til avanceret genoptræning forsat har behov for neuropsykologisk intervention. Samtidige beskriver Ministeriet i deres svar til kommuner og Region H, at hvis en genoptræningsplan indeholder sundhedsfaglige indsatser kan neuropsykologisk intervention bevilliges efter Sundhedslovens § 140. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i dag i ikke ressourcer til at løfte denne opgave i eget regi. Det søges derfor om midler til to neuropsykologer, som kan indgå i indsatsen på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret til borgere med behov for avanceret genoptræning. Neuropsykologiske kompetencer kan øge kvaliteten og skabe mere effektfulde genoptræningsforløb ved i det tværfaglige samarbejde at bidrage til at sammensætte det rette forløb med rette intensitet, til størst gavn og effekt for borgeren.

#### ***e) Analyse af hjemtagning af specialiseret rehabilitering til Københavns Kommune***

Med Sundheds- og Ældreministeriet svar på henvendelsen fra kommuner og region tegner der sig et billede af, at det nuværende faglige og økonomiske ansvar fastholdes ved rehabilitering på specialiseret niveau. På det grundlag ansøger Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, om midler til at foretage en analyse af om Københavns Kommune kan hjemtage rehabilitering på specialiseret niveau til gavn for borgere med en erhvervet hjerneskade.

Med det erfarede udgiftsniveau fra 2015 og 2016 til målgruppen af borgere med erhvervet hjerneskade ønsker Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i samarbejde med Socialforvaltningen, Børne- og ungdomsforvaltningen, Beskæftigelses- og integrationsforvaltningen samt Økonomiforvaltningen at udarbejde en analyse af de faglige, økonomiske og styringsmæssige fordele og ulemper ved hjemtagelse af specialiseret rehabilitering til borgere med erhvervet hjerneskade. Analysen foreslås foretaget af eksterne samarbejdspartner, da den vil involvere mange differentieret interesser.

Det forventes at det er muligt på sigt at hente en økonomiske gevinst ved hjemtagelse af specialiseret genoptræning sammenlignet med det erfarede udgiftsniveau for nuværende.

#### ***Overordnede målsætninger og effekter***

Målsætningen med budgetønsket er, at borgere med behov for rehabilitering på specialiseret niveau modtager indsatser af høj faglig kvalitet, herunder indsatser der er velkoordineret mellem forvaltninger og andre aktører, og at Københavns Kommune derved også opfylder Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav.

Tabel 3: Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

<b>(Del)aktivitet</b>	<b>Afledt effekt</b>
a) Køb af forløb på specialhospitalet/ -enheder - 25 døgnophold og 15 ambulante	40 borgerne med en genoptræningsplan til rehabilitering på specialiseret niveau får rehabilitering til at erhverve eller generhverve færdigheder så de opnår bedst muligt funktionsniveau. Rehabiliteringen vil tage udgangspunkt i borgernes individuelle behov, så de kan få en meningsfuld hverdag igen efter deres hjerneskade.
b) Køb af aflastningspladser svarende til 7 eksterne døgnophold af gennemsnitligt 1 måneds varighed	Borgerne vil med de højt specialiserede aflastningspladser få dækket behovet for pleje, omsorg og socialpædagogisk bistand døgnet rundt og vil dermed kunne undgå eventuel genindlæggelse.
c) Rehabiliterende pleje og støtte i hjemmet til gennemsnitligt 8 borgere årligt	Træning i hjemmet hjælper til at effekten af den specialiserede træning kan fastholdes og overføres til hverdagen
c) Øget socialpædagogisk bistand i eget hjem til udskrevne borgere – svarende til 10 forløb af 12 uger – 20 timer ugentligt.	Omsorg, støtte og botræning til udvikling af færdigheder, med henblik på at borgere kan mestre hverdagen i egen bolig, indgå i relationer og deltage i samfundslivet.
d) Ansættelse af 2 fuldtidsneuropsykologer	Borgere med moderat og svære hjerneskader vil få et tilbud af højere faglig kvalitet målrettet deres individuelle hjerneskade med henblik på hurtig generhvervelse af funktionstab
e) Analyse af hjemtagning af specialiseret rehabilitering til Københavns Kommune	Belyser om det er fagligt, økonomisk og styringsmæssigt rentabelt at hjemtage specialiseret rehabilitering til Københavns Kommune.

### Bydel og adresse

Budgetønsket er bydækkende. Den faglige forankring af indsatsen er placeret i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

### Økonomi

Der søges alene om midler til indsatserne under specialiseret rehabilitering i 2017, da der ønskes foretaget en analyse med henblik på at afdække hvordan opgaven med rehabilitering på specialiseret niveau bedst varetages på længere sigt i Københavns Kommune. Det finansielle ansvar i forhold til rehabilitering på specialiseret niveau vil forfølges videre i relevante fora i samarbejde med Økonomiforvaltningen, herunder at søge sagen rejst i KL med henblik på forhandling om kompensation (DUT) med Regeringen. Der er for budgetårene 2015 og 2016 reserveret 10. mio. kr. under Økonomiudvalgets budgetramme til finansiering af merudgifterne vedr. specialiseret rehabilitering. Merudgifterne kunne i 2015 dækkes af den afsatte pulje, men regnskabsprognosen for 2016 viser imidlertid forventede merudgifter på 15-20 mio. kr.

a) Antallet af genoptræningsplaner til rehabilitering på specialiseret niveau er løbende steget. Baseret på udviklingen fra begyndelsen i 1. kvartal 2015 til og med 1. kvartal 2016 estimeres der i nærværende budgetnotat med køb af 40 forløb på specialhospital/-enhed i 2017, fordelt på 15 ambulante forløb og 25 døgnophold. Det oprindelige

estimat på 24 forløb fra 2015 har med andre ord vist sig at være for lavt, idet der må konstateres en større og stigende efterspørgsel på specialiseret rehabilitering.

Med en gennemsnitlig forløbspris på 199.000 kr. beløber de 15 ambulante forløb sig til en samlet udgift på knap 3 mio. kr. Med en gennemsnitlig forløbspris på 679.000 kr. beløber de 25 døgnophold sig til en samlet udgift på knap 17 mio. kr.

b) Køb af eksterne døgnophold hos privat leverandør er beregnet som 7 forløb af en måneds varighed til 4.300 kr. dagligt.

### Tabel til udgifter til service

Tabel 4. Service

(1.000 kr. – 2017 p/l)	Udvalg	Bevilling	Funktion	2017	2018	2019	2020	I alt
a) Køb af forløb på specialhospitaler/specialenheder - 15 ambulante forløb	SOU	1201 Sundhed	4.62.82.1	3.000				3.000
a) Køb af forløb på specialhospitaler/specialenheder - 25 døgnophold	SOU	1201 Sundhed	4.62.82.1	17.000				17.000
b) Køb af 7 eksterne døgnophold af gennemsnitligt 1 måneds varighed	SUD	Handicap § 102, demografireguleret	5.32.33.1	915				915
c) Rehabiliterende pleje og støtte i hjemmet til 8 helårsborgere	SUD	Hjemmeplejen	5.32.32.1	3.000				3.000
c) Øget socialpædagogisk bistand i eget hjem til udskrevne borgere svarende til 10 forløb af 12 uger m. 20 timer ugentligt	SUD	Handicap § 85, demografireguleret	5.32.33.1	1.300				1.300
d) Ansættelse af 2 fuldtidsneuropsykologer	SOU	1201 Sundhed	4.62.82.1	1.800	1.800	1.800	1.800	7.200
e) Analyse af hjemtagning af specialiseret rehabilitering til Københavns kommune	SOU	1201 Sundhed	4.62.82.1	500				500
<b>Udgifter til service i alt</b>				<b>27.515</b>	<b>1.800</b>	<b>1.800</b>	<b>1.800</b>	<b>32.915</b>

Midlerne til indsats d (ansættelse af to neuropsykologer) ønskes varigt.

### Risikovurdering

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har indgået kontrakter med en række specialhospitaler/-enheder, der lever op til Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav i forhold til at varetage rehabilitering på specialiseret niveau. På baggrund af erfaringer med samarbejdet med specialhospitalerne/-enhederne vil der være behov for at gå i dialog om forlængelse af kontraktperioden, så kontrakterne også er gældende i 2017. Der er aftaler med Center for Hjerneskade, Kurhus – Rehabiliteringscenter for hjerneskade, BOMI, Vejle fjord Rehabilitering og Børneungecenter for Rehabilitering

### Bevillingstekniske oplysninger

Flere forvaltninger/ udvalg



Tabel 5. Fordeling mellem udvalg på styringsområde

<i>(1.000 kr. – 2017 p/l)</i>	<b>Udvalg</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>I alt</b>
Service						
-SUF	SOU	22.300	1.800	1.800	1.800	<b>27.700</b>
-SOF	SUD	5.215				<b>5.215</b>
<b>Udgifter i alt</b>		<b>27.515</b>	<b>1.800</b>	<b>1.800</b>	<b>1.800</b>	<b>32.915</b>

### Tidligere afsatte midler

Københavns Kommune har tidligere reserveret midler til varetagelse af specialiseret rehabilitering i 2015 og 2016. Derudover er der til budget 2014 tildelt varige midler til ansættelse af en neuropsykolog og neurologisk konsulentbistand.

Tabel 6. Tidligere afsatte midler på området

<i>(1.000 kr., løbende p/l)</i>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Budget 2014 (neuropsykolog . konsulentbistand)	1.200	1.200	1.200
Overførselssagen 2014-2015 (reserveret hos ØKF)		9.700	
Overførselssagen 2015-2016 (reserveret hos ØKF)			10.000
<b>Afsatte midler i alt</b>	<b>1.200</b>	<b>10.900</b>	<b>11.200</b>

## Moderniseringsplan 2 - tilpasning af plejeboligkapaciteten (2017 -2024)

### Baggrund

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, blev bevilget. I forbindelse med budget 2016 blev der vedtaget en hensigtserklæring om, at der skulle udarbejdes forslag til en ny udbygningsplan for plejeboliger, da demografiprognosen fra 2016 viste, at antallet af ældre vil begynde at stige både tidligere og hurtigere end tidligere prognoser viste.

### Indhold

#### Status 2005 – 2016:

Som led i moderniseringsplanen er der i perioden 2005 til 2016:

- 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 11 nye/ombyggede almene plejecentre med i alt 980 moderne boliger.
- omdannet 360 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.

I 2016 råder Sundheds- og Omsorgsforvaltningen over i alt 3.711 døgnpladser.

#### Moderniseringsplan 2 (2017- 2024)

Det kapacitets- og budgetmæssige beregningsgrundlag for den eksisterende Moderniseringsplan 2 var demografiprognosen fra 2010. Demografiprognosen fra 2010 viste, at der i perioden 2017-2022 skulle afvikles ca. 200 boliger. Den seneste prognose fra 2016 viser, at kapaciteten i samme periode skal udvides med 194 boliger.

Moderniseringsplan 2, skulle jf. budget 2011, være tilendebragt i 2022, men modernisering af utidssvarende plejeboliger vil først kunne være tilendebragt i 2024. Dette skyldes at moderniseringen af plejeboliger i Bystævneparken, som skal ske ved nedrivning af eksisterende plejecentre og nybygning af tre nye plejecentre på andre grunde i området, skal tilpasses helhedsplanen for Tingbjerg/ Bystævneparken.

Det forslås derfor i nærværende budgetønske, at moderniseringsplan 2 forlænges med to år i forhold til det tidligere besluttede, og dermed løber til 2024.

### NEED TO

Eksekvierungsparat?	JA / NEJ
Udvalgsbehandlet (SOU)	
Kan igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	NEJ

Høringproces?	JA / NEJ
Projekt hørt i BYK (anlægsprojekter)	NEJ
Projekt hørt i Kejd (anlægsprojekter)	NEJ
Projekt hørt i KS (IT-projekter)	NEJ

Samlet set vil det betyde, at der i perioden 2017 til 2024 skal nybygges og moderniseres i alt ca. 2.025 plejeboliger og midlertidige pladser, såfremt Moderniseringsplan 2 skal fuldt effektueres (se tabel 1).

Tabel 1. Moderniseringsplan 2 – Nye og ombyggede boliger og pladser

	<b>Kapacitetstilpasning som følge af den demografiske udvikling – nye boliger og pladser</b>	<b>Modernisering ved ombygning og etablering af nye boliger og pladser</b>	<b>I alt</b>
Plejeboliger	365	1.660	<b>2.025</b>
Midlertidige pladser	41	23	<b>64</b>
<b>I alt</b>	<b>406</b>	<b>1.683</b>	<b>2.089</b>

Det planlægges at realisering af moderniseringsplan 2, ser ud som følger:

#### *Plejeboliger*

Realisering af 365 nye plejeboliger og modernisering/nybyg af ca. 1.660 plejeboliger forslås realiseret ved følgende fordeling:

- ca. 930 plejeboliger (10 plejehjem) afvikles permanent, idet de ikke er teknisk og økonomisk hensigtsmæssige at modernisere.
- ca. 950 plejeboliger (9 plejecentre) åbnes som almene plejeboliger efter modernisering/ombygning, heraf:
  - 5 ombyggede plejecentre med almindelige plejeboliger
  - 1 demenscenter
  - 3 ombyggede plejecentre med en kombination af almindelige plejeboliger og demensboliger
- ca. 1.075 nye plejeboliger (11 plejecentre) åbnes som almene plejeboliger, heraf:
  - 7 -8 plejecentre med almindelige plejeboliger
  - 1 -2 plejecentre med plejeboliger til borgere med demens.
  - 1 plejecenter til blinde og svagtseende borgere.
- 50 plejeboliger (1 plejehjem) med en rimelig fysisk standard fastholdes som kommunalt plejehjem. Plejehjemmet vil herved fremadrettet bl.a. kunne benyttes af borgere med begrænset betalingsevne og/eller borgere som har vanskeligt ved at håndtere betaling i en almen plejebolig.

#### *Midlertidige pladser*

- Realisering af 64 midlertidige, som følge af demografisk udvikling og modernisering af pladser, sker ved etablering af et nyt Center for rehabilitering. Centeret opføres som kommunalt byggeri.

- Det eksisterende Hjernesgade- og Rehabiliteringscenter ligger i Bystævneparken (i det tidligere plejehjem Hasselbo). Forudsætningen for en fuld implementering af helhedsplanen for Tingbjerg/Bystævneparken er, at Hasselbo nedrives, og erstattes af et nyt kommunalt byggeri der kan huse Hjernesgade- og rehabiliteringscenteret.

### Øverordnede målsætninger og effekter

Udformningen af plejecentrene tager udgangspunkt i kommunens "10 principper for fremtidens plejeboliger", Handleplan for Demens indsatsen og Københavns Kommunes Ældre Politik "Lev livet – hele livet".

Tabel 2: Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

(Del)aktivitet	Afledt effekt
- Nybygning af 365 plejeboliger.	- Fastholdelse af dækningsgrad for plejeboliger som følge af den demografiske udvikling blandt ældre københavnere.
- Modernisering af 1.660 plejeboliger ved ombygning eller nybygning.	- Ældre københavnere sikres attraktive og tidssparende plejeboliger og med optimale arbejdsforhold for medarbejderne som lever op til gældende regler.
- Nyt center for Rehabilitering med 64 midlertidige pladser.	Fastholdelse af dækningsgrad for midlertidige pladser som følge af den demografiske udvikling
- Et nyt Hjernesgade- og Rehabiliteringscenter.	Fuld implementering af helhedsplan for Bystævneparken. Attraktive og tidssparende midlertidige pladser, med optimale arbejdsforhold for medarbejderne som lever op til gældende regler.

### Bydel og adresse

Budgetønsket er bydækkende.

I placering af nybyggerierne tilstræbes det, at der så vidt sikres en ensartet dækningsgrad af plejeboliger over hele byen, ligesom god adgang til offentlig transport prioriteres. Endelig placering af plejecentrene afhænger blandt andet af hvor det er muligt at tilvejebringe ejende byggegrunde.

### Økonomi

Almene plejeboliger:

Finansiering af almene plejeboliger omfatter deponering, kommunal grundkapital, montering af nye plejecentre og husleje til servicearealer.

Midlertidige pladser:

Udgifter til etablering af midlertidige pladser tager udgangspunkt i en target pris på 1,75 mio. kr. pr. bolig som beregnet af Økonomiforvaltningen, tillagt 0,425 mio. kr. til køb af grund, montering mv. I alt 2,175 mio. kr. pr. bolig.

Tabel 3. Samlet overblik over alle typer af udgifter

<i>Udgifter i mio. kr.</i>	Moderniseringsplan 2 2017-2024
Serviceudgifter til leje af servicearealer i alt	35.7
Udgifter til grundkapital (finansposter)	101.9
Anlægsudgifter til montering af serviceareal	3.6
Anlægsudgifter til etablering af rehabiliteringspladser	139.2
Etablering af nyt hjerneskadecenter (Helhedsplan Tingbjerg – Anlæg)	187.1
<b>Samlede udgifter i alt</b>	<b>467.4</b>

### Tabel til udgifter til service og finansposter

Tabel 4. Service og finansposter

(1.000 kr. – 2017 p/l )	Udvalg	Bevilling	Funktion	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	I alt
<i>Serviceudgifter: leje af servicearealer</i>	SOU	Ældre	5.32.32.1	0	0	197	2.301	5.961	11.474	5.087	10.666	35.685
<i>Finansposter: Indskud i landsbygefonden</i>	SOU	Finansposter	8.32.24.1	0	0	0	32.291	62.689	6.875	0	0	101.855
<b>Udgifter til service / finansposter i alt</b>				<b>0</b>	<b>0</b>	<b>197</b>	<b>34.592</b>	<b>68.650</b>	<b>18.349</b>	<b>5.087</b>	<b>10.666</b>	<b>137.540</b>

### Tabel til anlægsudgifter

Tabel 5. Anlægsudgifter og evt. afledte serviceudgifter

(1.000 kr. – 2017 p/l )	Udvalg	Bevilling	Funktion	2016 - 2021	2022	2023	2024	I alt	*
<b>Anlæg:</b>									
<i>Montering af servicearealer</i>	SOU	Anlæg	0.25.18.3	0	0	1.018	2.550	<b>3.568</b>	
<i>Etablering af rehabiliteringspladser</i>	SOU	Anlæg	5.32.33.3	0	0	139.200	0	<b>139.200</b>	
<i>Etablering af ny bygning til Hjerneskade- og Rehabiliteringscenter</i>	SOU	Anlæg	5.32.33.3	0	187.050	0	0	<b>187.050</b>	
<b>Anlægsudgifter i alt</b>				<b>0</b>	<b>187.050</b>	<b>140.218</b>	<b>2.550</b>	<b>329.818</b>	

### Risikovurdering

Såfremt procentsatsen vedrørende den kommunale grundkapital i forbindelse med Finansloven for 2018 eller senere finanslove fastsættes højere eller lavere end 10 pct. i perioden 2018 – 2024 vil det kommunale indskud i landsbygefonden 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.

Der skal findes 4-5 nye byggegrunde, såfremt planen skal realiseres. En evt. forsinkelse i tilvejebringelsen af nye grundarealer vil medføre en forsinkelse af planen.

Forprojektering, udbud, opførelse af de ombyggede/nybyggede plejecentre sker gradvist. Der vil således løbende iværksættes og afsluttes projekter, således at det tilstræbes, at antallet af åbnede pladser er i overensstemmelse med det demografiske grundlag.

Erfaring fra tidligere byggeprojekter viser, at den samlede tidsplan kan forskyde sig. 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.

Risikoen for over/underkapacitet vil stige i takt med, at ombygning af ikke-moderniserede plejehjem færdiggøres. Hidtil har det været muligt at lade borgere flytte direkte fra et plejehjem, der har skullet afvikles/ombygges direkte over i et nyetableret plejecenter. Endvidere har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen hidtil løbende kunne foretage mindre tilpasninger af kapaciteten af hhv. plejeboliger og midlertidige pladser forholdsvist fleksibelt, idet kommunen har rådet over et relativt højt antal kommunale, ikke-moderniserede, plejehjem.

## Et udgående hjerneskaderehabiliteringsteam skal rehabilitere borgere hjemme

Budgetønsket er bestilt af Sundheds- og Omsorgsudvalget på udvalgs mødet d. 9. juni 2016.

### Baggrund

Borgere med erhvervet hjerneskade kan have svært ved at få en hverdag til at fungere. Følgerne efter en hjerneskade kan være meget forskellige fra person til person, men betyder for de fleste, at de ikke i samme grad kan klare daglige gøremål som tidligere. Det kan fx være, at de ikke fysisk kan rejse sig fra deres seng på egen hånd, eller at de ikke kan orientere sig i trafikken og finde vej ned til dagligvarebutikken.

Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret har, i et pilotprojekt fra 2014-2016, udviklet og afprøvet et udgående hjerneskaderehabiliteringsteam, og evalueringen af projektet, som blev forelagt for Sundheds- og Omsorgsudvalget d. 9. juni 2016, viser, at borgere med erhvervet hjerneskade har nytte af, at en del af deres rehabiliteringsforløb foregår hjemme hos borgerne. Når borgerne træner i deres vante omgivelser, kan de bedre overføre færdigheder, de har opnået i løbet af deres døgnophold på

Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret, til deres nye hverdag hjemme. Borgerne opnår, sammen med teamet, at blive mere selvhjulpne, og både borgere og pårørende har oplevet indsatsen i projektperioden som meningsfyldt.

Pilotprojektet om udgående hjerneskaderehabiliteringsteam har givet viden om rette målgruppe, intensitet i hjemmetræning, kompetencer i det tværfaglige team, varighed af forløb og organisering i sin helhed. Følgende vil Københavns Kommune fremadrettet kunne tilbyde optimerede forløb, og et varigt team vil kunne tilbyde forløb til mere end dobbelt så mange borgere som i projektperioden for omtrent samme pris. Pilotprojektet om udgående hjerneskaderehabiliteringsteam havde dog bevillingsophør ved udgående af juni 2016, hvorfor et varigt team vil skulle starte op med en ny besætning.

### Indhold

Der ønskes midler til at etablere et udgående hjerneskaderehabiliteringsteam bestående af ergoterapeuter (1,5 årsværk), en fysioterapeut (0,5 årsværk) og en sygeplejerske (0,5 årsværk). Det udgående hjerneskaderehabiliteringsteam skal understøtte borgerne i at overføre det, som de har trænet på Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret, til deres hverdag – fx kan en borger træne i at rejse sig fra egen seng i eget soveværelse. Det udgående hjerneskaderehabiliteringsteam skal med deres faglige specialviden på hjerneskadeområdet og tværfaglighed varetage:

- Proceslæring i hjemmet med ergoterapeuten.
- Træning med fokus på overførsel af fysiske færdigheder med fysioterapeuten.

Eksekveringsparat?	JA/ NEJ
Udvalgsbehandlet (SOU)	
Kan igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	JA

Høringproces?	JA/ NEJ
Projekt hørt i BYK (anlægsprojekter)	NEJ
Projekt hørt i Kejd (anlægsprojekter)	NEJ
Projekt hørt i KS ( <a href="#">IT-projekter</a> )	NEJ

- Støtte og vejledning til borger og pårørende med sygeplejersken.
- Oplæring og supervision til hjemmepleje og hjemmesygepleje samt koordinering af rehabiliteringsopgaver derhjemme.
- Koordinering af opgaver med den ambulante rehabilitering på centret.

Teamets arbejde bygger på erfaringerne fra pilotprojektet i forhold til målgruppen, samarbejdsrelationer, indsatser, længde på forløb med mere. Forventningen er, at teamet vil kunne give et forløb i borgernes eget hjem til 70 borgere årligt. Hermed får ca. halvdelen af de borgere, der har været på en neurologisk døgnplads på Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret tilbuddet om et forløb med det udgående hjerneskaderehabiliteringsteam. Det vurderes, at ikke alle borgere har behov for indsatsen med et udgående hjerneskaderehabiliteringsteam, da de fx skal overgå til andre relevante kommunale tilbud.

#### *Overordnede målsætninger og effekter*

Målet er, at borgere med erhvervet hjerneskade skal kunne klare sig bedst muligt i eget liv, efter de kommer hjem fra deres døgnophold, – samt opleve tryghed og sammenhæng i overgangen fra deres døgnophold på Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret til deres hjem. Der er evidens for, at det forbedrer borgernes prognoser, hvis de tidligt kommer hjem med en rehabiliteringsindsats varetaget af et tværfagligt team med neurologiske kompetencer.<sup>1</sup> Indsatsens fokus lægger sig op af Sundhedsstyrelsen rapport *Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering*, der blandt andet fremhæver overførsel af færdigheder –'transfer' – og tværfaglige indsatser som centrale elementer i hjerneskaderehabilitering.

Tabel 1: Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

<b>(Del)aktivitet</b>	<b>Afledt effekt</b>
<i>- Eksempler:</i>	
<i>- Træning i hjemmet med en ergoterapeut og/ eller fysioterapeut - 70 borgere årligt.</i>	<i>- Borgerne bliver mere selvhjulpne og får højere livskvalitet, da de lærer at anvende deres nye færdigheder i deres dagligdag hjemme.</i>
<i>- Koordinering af borgerens hjælp i overgangen fra Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret til eget hjem – vidensdeling med personalet på Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret og hjemmesygeplejen eller hjemmehjælpen, der skal hjælpe borgeren derhjemme. Koordineringen kan også inkludere oplæring. 70 borgere årligt.</i>	<i>- Borgerne oplever mere tryghed i overgangen fra døgnopholdet på Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret til deres hjem og oplever sammenhæng og høj faglighed i deres forløb.</i>
<i>- Individuel støtte og vejledning til pårørende med sygeplejersken.</i>	<i>- Pårørende får styrket deres psykiske sundhed og bliver mere trygge i, hvordan de kan hjælpe eller agere over for den hjerneskadede ramte.</i>

<sup>1</sup> Larsen, Torben: *Hjemmetræning af patienter med apopleksi*. Sundhedsstyrelsen 2005



## Bydel og adresse

Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret  
Bystævneparken 17  
2700 Brønshøj

## Økonomi

Gennemsnitsprisen på et borgerforløb ved det udgående hjerneskaderehabiliteringsteamet er ca. 18.500. Dette inkluderer 19 'ansigt-til-ansigtstimer' i hjemmet og kørsel frem og tilbage.

## Tabel til udgifter til service

Tabel 2. Service

(1.000 kr. – 2017 p/l)	Udvalg	Bevilling	Funktion	2017	2018	2019	2020	I alt
- Etablering af et fast udgående neurorehabiliteringsteam	SOU	1202 – Ældre	4.62.82.1	1.300	1.300	1.300	1.300	5.200
<b>Udgifter til service i alt</b>				<b>1.300</b>	<b>1.300</b>	<b>1.300</b>	<b>1.300</b>	<b>5.200</b>

Midlerne ønskes varigt.

## Risikovurdering

Der vurderes ikke at være særlige risici forbundet med indsatsen.

## Bevillingstekniske oplysninger

### Tidligere afsatte midler

Tabel 3. Tidligere afsatte midler på området

(1.000 kr., løbende p/l)	2014	2015	2016
Budgetaftale 2014 (Pilotprojekt om et udgående neurorehabiliteringsteam)	1.200	1.200	600
<b>Afsatte midler i alt</b>	<b>1.200</b>	<b>1.200</b>	<b>600</b>

## Henvisninger

Evaluering af det udgående neurorehabiliteringsteam (rapport)

<http://www.kk.dk/sites/default/files/edoc/2c6195dc-a613-487f-92cd-d3c4032f04a0/2c4d5c9e-ab8c-4809-b3c7-966c02e93de2/Attachments/15382018-18624225-1.PDF>

## Færre sygemeldte københavnere - nedbringelse af ventetiden hos Ryg- og Genoptræningscenter København

Budgetønsket er bestilt af Sundheds- og Omsorgsudvalget på udvalgsrådet d. 9. juni 2016.

### Baggrund

Udredningsforløb for ryg- og nakkepatienter er lovmæssigt en regional opgave, der er omfattet af udredningsgarantien på 4 uger - ventetiden på det regionale tilbud ved Glostrup Hospitals Rygcenter er dog i juni 2016 på 11 uger, og Glostrup Hospital overholder dermed ikke fristen for den maksimale ventetid.

Ryg- og nakkeproblemer udfordrer borgernes livskvalitet og tilknytning til arbejdsmarkedet. Lænderygmerter er *den* kroniske sygdom, som forårsager flest tabte år, i form af for tidlig død og nedsat funktionsevne for københavnere, og lænderygmerter er årsagen til 20 pct. af alle sygedage i Danmark og 10 pct. af alle førtidspensioner. I sammenhæng hermed vedtog Borgerrepræsentationen i 2003 (BR 367/03) at fortsætte finansieringen af, at lægehenviste københavnere med ryg- og nakkeproblemer tilbydes en tværfaglig udredning og behandling ved Ryg- og Genoptræningscenter København, der har et tæt samarbejde med Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen om henvisning af nysygemeldte rygpatienter. Borgernes tværfaglige udredning og behandling på Ryg- og Genoptræningscenter København sker ved fysioterapeut, kiropraktor, speciallæge i reumatologi samt en socialrådgiver.

Ventetiden til et udrednings- og behandlingsforløb på Ryg- og Genoptræningscenter København er steget markant. Fra uge 1 til 22 i 2016, har ventetiden i gennemsnit været 51 hverdage. I den tilsvarende periode i 2015 var ventetiden i gennemsnit 16 hverdage. Stigningen i ventetid er sammenhængende med stigning i antallet af københavnske, lægehenviste borgere til Ryg- og Genoptræningscenter København: Antallet af henviste københavnere med ryg og nakkeproblemer er steget fra 2.361 i 2012 til 2.903 i 2015 – og stigningen er fortsat ind i 2016, hvor antallet af henviste indtil uge 22 er 18 % højere end tilsvarende uger i 2015.

### Indhold

Der ønskes midler til nedbringelse af ventetiden på udrednings- og behandlingsforløb på Ryg- og Genoptræningscenter København for lægehenviste borgere med ryg- og nakkeproblemer. Københavns Kommune har ikke en politisk fastsat maksimal ventetid på den tværfaglige udredning af borgere med ryg- og nakkeproblemer, men ambitionen med nærværende forslag er, at ventetiden nedbringes til 4 uger (20 hverdage) fra de nuværende 51 hverdage, svarende til ventetidsgarantien på det regionale udredningsforløb for ryg og nakkepatienter. Konkret nedbringes ventetiden ved at ansætte yderligere 1 kiropraktor og 3 fysioterapeuter til varetagelse af udredning og behandling.

Eksekveringsparat?	JA / NEJ
Udvalgsbehandlet (SOU)	
Kan igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	JA

Høringproces?	JA / NEJ
Projekt hørt i BYK (anlægsprojekter)	NEJ
Projekt hørt i Kejd (anlægsprojekter)	NEJ
Projekt hørt i KS (IT-projekter)	NEJ

### Oærorndede målsætninger og effekter

Københavns Kommune har med sin sundhedspolitik (2015-2025) forpligtet sig til at øge den sociale lighed i sundhed, og Ryg- og Genoptræningscenter København er en af vejene. Data fra et nyligt gennemført forskningsprojekt på Ryg- og Genoptræningscentret viser, at 50 % af borgerne, der er tilknyttet centret, er uden uddannelse eller har en kort uddannelse, og at 50 % af borgerne oplever en psykisk belastning på grund af deres helbredssituation. Data fra forskningsprojektet viser samtidig, at effekten af behandling på Ryg- og Genoptræningscenter København er betydelig: Ved behandlingsstart er 50 % sygemeldte, ved afslutningen af behandlingen er 32 % sygemeldte og efter et år er dette reduceret yderligere til 16 % sygemeldte.

Tabel 1: Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

(Del)aktivitet	Afledt effekt
<i>- Lægehenviste københavnske borgere modtager udredning og behandling ved Ryg- og Genoptræningscenter København, med en maksimal ventetid på 4 uger.</i>	<i>- Tidlig udredning og behandling af lægehenviste københavnere med ryg- og nakkeproblemer medfører at flere borgere kommer hurtigere ud af sygemeldingsperioden. Desuden vil flere borgere komme hurtigere ud af den psykisk belastende uvished om job og helbredstilstand, hurtigere tilbage til arbejdet og dermed hurtigere væk fra offentlig forsørgelse tilbage i lønarbejde.</i>

### Bydel og adresse

Budgetnotatet er bydækkende.

### Økonomi

Der ønskes yderligere midler til udredning og behandlingsforløb for borgere med rygproblemer på Ryg- og Genoptræningscenter København, om end dette lovmæssigt er en regional opgave, der er omfattet af udredningsgarantien på 4 uger.

### Tabel til udgifter til service

Tabel 2. Serviceudgifter

(1.000 kr. – 2017 p/1)	Udvalg	Bevilling	Funktion	2017	2018	2019	2020	I alt
3 årsværk til fysioterapeuter og 1 årsværk til en kiropraktor.	SOU	1201 – Sundhed	4.62.88.1	1.500	2.000	2.000	2.000	7.500
<b>Udgifter til service i alt</b>	<b>SOU</b>	<b>1201</b>	<b>4.62.88.1</b>	<b>1.500</b>	<b>2.000</b>	<b>2.000</b>	<b>2.000</b>	<b>7.500</b>

Midlerne ønskes varigt.

### Risikovurdering

Udredningsforløb for ryg- og nakkepatienter er lovmæssigt er en regional opgave. Region Hovedstaden har dog hidtil ikke kunnet løfte denne opgave inden for ventetidsgarantien for udredning på 4 uger. På grund af lange ventetider har Københavns Kommune siden 2003 haft et supplerende tilbud om tværfaglig udredning ved Ryg- og Genoptræningscenter København. Afsættelse af yderligere midler til Ryg- og Genoptræningscenter København vil dog kunne have en afsmittende

effekt i forhold til opgaveglidning mellem regionen og kommunerne, hvorfor en udvidelse ikke anses for at være hensigtsmæssig.

## **Bevillingstekniske oplysninger**

### **Tidligere afsatte midler**

-

## Bedre, mere individuel pleje for københavnere på plejecentre via fleksible, rullende vagtplaner

Budgetønsket er bestilt af Sundheds- og Omsorgsborgmester Ninna Thomsen, SF.

### 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, en bedre videndeling på tværs, så beboernes individuelle behov i endnu højere grad kan tilgodeses. Det viser erfaringerne fra demenscentret Aalholmehjemmet. Alligevel viger mange plejecentre tilbage for en omlægning af vagterne, fordi erfaringer også viser, at det er tidskrævende og kompliceret.

### Indhold

Det foreslås, at der gennemføres et pilotforsøg med omlægning af faste dag- og aftenvagter til mere fleksible og rullende vagter på to af kommunens almindelige plejecentre. Erfaringerne fra Aalholmehjemmet inddrages i forsøget. 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.

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 har en række konsekvenser for medarbejdernes løn- og arbejdsforhold: Da aflønningen er højere i aften- og nattetimerne end i dagtimerne, vil fx en medarbejders overgang til færre aftenvagter skulle 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 og vil opløse de nuværende arbejdsfællesskaber. Erfaringerne fra Aalholmehjemmet viser således også, at det er væsentligt, at medarbejderne involveres i udviklingen af nye

### BUDGETNOTAT

Eksekveringsparat?	JA / NEJ
Udvalgsbehandlet (SOU)	
Kan igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	JA

Høringproces?	JA / NEJ
Projekt hørt i BYK (anlægsprojekter)	NEJ
Projekt hørt i Kejd (anlægsprojekter)	NEJ
Projekt hørt i KS (IT-projekter)	NEJ

vagtplanlægningsmodeller. Med nærværende budgetønske søges der derfor om midler til vikardækning af medarbejdere, kompetenceudvikling i vagtplanlægning samt bistand fra en konsulent med viden om vagtomlægning, der kan facilitere processerne, sådan at forskellige modeller for omlægning med inddragelse af medarbejderne kan afprøves. Der søges også om midler til juridisk bistand, så det sikres, at overenskomster og lokalaftaler overholdes. Det vurderes, at en sådan juridisk vejledning ligger ud over den service Koncern Service generelt tilbyder. Endeligt søges der om midler til en ledelseskonsulent, der kan give plejehjemsledere/gruppeledere sparring, så omlægningen håndteres på bedst mulige vis.

Forvaltningen udvælger to af kommunes plejecentre til forsøget - 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. Undervejs i pilotprojektet, mens der eksperimenteres med forskellige former for omlægning, kan der blive tale om midlertidige øgede lønudgifter på de to involverede plejecentre. Disse udgifter håndteres internt i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Målsætningen er, at en fremtidig omlægning på alle Københavns plejecentre bliver omkostningsneutral, hvorfor de afprøvede metoder også dokumenteres systematisk.

#### *Overordnede målsætninger og effekter*

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.

Tabel 1: Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

<b>(Del)aktivitet</b>	<b>Afledt effekt</b>
<i>Afprøvning af modeller for rullende og fleksible dag- og aftenvagter</i>	<i>Plejepersonalet får et tættere kendskab til den enkelte beboer, og der bliver bedre mulighed for at imødekomme beboerens individuelle ønsker og behov. Der udvikles en fælles kultur på plejecentrene.</i>  <i>Udvikling af modeller for fleksible og rullende vagtplaner, som alle kommunens plejecentre efterfølgende kan implementere</i>

#### **Bydel og adresse**

Plejecentrene udvælges i samråd med Sundheds- og Omsorgsforvaltningens lokalområder, såfremt budgetønsket tildeles midler.

## 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.

### Tabel til udgifter til service

Tabel 2. Service

<i>(1.000 kr. – 2017 p/1)</i>	Udvalg	Bevilling	Funktion	2017	2018	I alt
Kompetenceudvikling, vikardækning, konsulentbistand samt evaluering/dokumentation	SOU	Ældre 1202	5.32.32.1	394	131	525
<b>Udgifter til service i alt</b>	SOU	Ældre 1202	5.32.32.1	<b>394</b>	<b>131</b>	<b>525</b>

### Risikovurdering

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

## Bevillingstekniske oplysninger

### Tidligere afsatte midler

Der er ikke tidligere afsat midler til indsatsen.

## Bedre borgerinddragelse på sundhedsområdet

Notatet er bestilt af Sundheds- og Omsorgsudvalget på udvalgsmødet 9. juni 2016, som følge af et medlemsforslag fra Socialdemokraterne, Radikale Venstre og Socialistisk Folkeparti.

### Baggrund

Erfaringer fra England og Skotland viser, at det er muligt at styrke brugerinddragelsen og kvaliteten af kerneydelserne inden for sundheds- og omsorgsområdet med en uafhængig non-profit web-plattform. Her kan patienter skrive om deres oplevelser og erfaringer med sundhedsvæsenet samtidig med, at driftsledere, fx på hospitaler, kan give direkte tilbagemeldinger til de pågældende brugere. Den britiske web-plattform 'Patient Opinion'<sup>2</sup> har fungeret siden 2013, og baseret på positive erfaringer blev der i 2015 lanceret et pilotprojekt med en tilsvarende web-plattform kaldet "Care Opinion"<sup>3</sup>

"Care Opinion" fokuserer på "social care services", som ligger tættere på Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ydelsesområder og repræsenterer et solidt erfaringsgrundlag og en afprøvet platform, der kan være med til sikre bedre brugerinddragelse og styrket kvalitet på sundheds- og omsorgsområdet i København.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen gennemfører allerede i dag brugerundersøgelser, som både i omfang og indhold er blandt de mest ambitiøse på ældre- og sundhedsområdet i Danmark. En web-plattform til indsamling af brugeroplevelser og -holdninger vil kunne supplere brugerundersøgelserne på en række områder, som samlet set vil repræsentere en styrkelse af forvaltningens brugerinddragelse.

Det skotsk/engelske system er baseret på, at web-plattformen er etableret og drevet af den uafhængige non-profit aktør Patient Opinion. Den uafhængige aktør har ansvaret for at moderere indlæg fra brugerne. Myndighederne, dvs. kommuner, regioner og hospitaler kan blive en del af systemet gennem abonnementsydelse for at få deres driftsenheder med i konceptet.

### Indhold

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har undersøgt om en web-plattform som "Care Opinion" kan overføres og bruges på sundheds- og omsorgsområdet i København. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har været i dialog med de ansvarlige for "Care Opinion" i England og Skotland for at høre om deres erfaringer, og om web plattformen kunne overføres til sundheds- og omsorgsområdet i Københavns Kommune.

De britiske erfaringer viser, at det ikke er hensigtsmæssigt, at drive webplattformen i offentligt regi, men at man i stedet bør overlade driften til en uafhængig part, fx i form af en patientforening. De primære argumenter for en uafhængig organisatorisk forankring er:

Eksekveringsparat?	JA / NEJ
Udvalgsbehandlet (SOU)	
Kan igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	NEJ

Høringproces?	JA / NEJ
Projekt hørt i BYK (anlægsprojekter)	NEJ
Projekt hørt i Kejd (anlægsprojekter)	NEJ
Projekt hørt i KS (IT-projekter)	NEJ

<sup>2</sup> <https://www.patientopinion.org.uk>

<sup>3</sup> <http://careopinion.org.uk/>



- Uafhængig organisatorisk placering er mest hensigtsmæssig ift. bæredygtighed. Hvis hjemmesiden på et tidspunkt udvides til også at omfatte andre kommuner, andre serviceområder eller andre sektorer (fx hospitaler), er det uhensigtsmæssigt med forankring i SUF. Og hvis hjemmesiden på sigt gøres national, så lever den videre, hvorimod en SUF-hjemmeside ville skulle lukkes, hvis der kom et konkurrerende nationalt initiativ.
- Det ville være nødvendigt med NemID-login, hvis en offentlig myndighed som Københavns Kommune skal drive løsningen. Det vil dels udelukke nogle brugere og erfaringsmæssigt ville mange brugere se NemID som en barriere for overhovedet at bruge webplatformen. En evt. britiske pendanter til NemID har ikke har relevans for UK, da hjemmesiden netop ikke ligger under en myndighed.
- De skotske myndigheder prøvede oprindelig selv, at etablere et tilsvarende system og dermed meget lig det, som kunne blive løsningen i København, men lykkedes ikke – og overgik de til Patient Opinion. I 2013 prøvede englænderne ligeledes at etablere eget "Care Connect", som de brugte 200.000£ på, men lukkede efter et år, fordi de ikke kunne tiltrække brugere. Derpå vendte også briterne sig mod Patient Opinions koncept.
- Patient Opinion har udbredt deres koncept til bl.a. Australien gennem en franchise-model. Der skal ansøges om at blive franchisetager – og her lægger Patient Opinion særligt vægt på, at ansøgeren er uafhængigt af det offentlige sundhedsvæsen. Det er derfor meget tvivlsomt om Københavns Kommune kan blive en franchisetager.

Med afsæt i ovenstående erfaringer, og da det er tvivlsomt om Københavns Kommune kan blive franchisetager, så anbefales det, at der ikke arbejdes videre med en model, hvor Københavns Kommune driver en web-platform som "Patient Opinion". Derimod kan det undersøges om en patientforening i Danmark ville være interesseret i at indgå i et samarbejde med Patient Opinion om etablering i Danmark.

#### *Overordnede målsætninger og effekter*

Det overordnede mål med etableringen af web-platformen er at øge såvel den faglige som den brugeroplevede kvalitet af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens kerneydelser gennem øget brugerinddragelse. Med web-portalen opnås et brugerstyret input til konkret problemløsning og til driftsledernes, forvaltningens og det politiske niveaus overordnede og generelle arbejde med kvalitetsudvikling.

#### **Økonomi**

##### **Tabel til udgifter til service**

Overslag over omkostninger ved opstart og drift af webplatformen i fire år. Udgifterne ville skulle fordeles mellem os, evt. andre aktører og en non-profit organisation.

Tabel 1. Serviceudgifter

<i>(1.000 kr. – 2017 p/l)</i>	Udvalg	Bevilling	Funktion	2017	2018	2019	2020	I alt
Etableringsomkostninger	SOU	1202 Ældre	5.32.32.1	200				200
Oversættelse til DK (al tekst i systemet skal oversættes til dansk)	SOU	1202 Ældre	5.32.32.1	200				200
Løbende drift og vedligehold	SOU	1202 Ældre	5.32.32.1		200	200	200	600
Projektmedarbejdere	SOU	1202 Ældre	5.32.32.1	1.000	1.500	1.500	1.500	5.500
Information til borgere om systemet og oplæring af udvalgte medarbejdere/ledere i SUF, der skal besvare indlæg fra borgere.	SOU	1202 Ældre	5.32.32.1		200			200
Interne administrative omkostninger (behandling af data fra systemet og løbende monitorering af indlæg/svar)	SOU	1202 Ældre	5.32.32.1	500	500	500	500	2.000
<b>Udgifter til service i alt</b>	<b>SOU</b>	<b>1202 Ældre</b>	<b>5.32.32.1</b>	<b>1.900</b>	<b>2.400</b>	<b>2.200</b>	<b>2.200</b>	<b>8.700</b>

### Risikovurdering

Realiseringen af projektet forudsætter, at en patientforening, fx Danske Patienter, indvilliger i et samarbejde om etablering af web-plattformen. Selvom erfaringerne fra UK ser lovende ud ift. engagement fra brugerne, så kan det ikke udelukkes, at danske brugere vil have mindre lyst til at give offentligt feedback på et patientforløb i det danske sundhedsvæsen. Når systemet er etableret kommer brugerne ikke af sig selv. Erfaringerne fra Patient Opinion viser, at det kræver en dedikeret indsats i 3-5 år, før der opnås en kritisk masse af brugerindlæg, som kan bruges til analyser.

## SO34 Videreførelse af bevillingsudløb vedr. Indvandrere Kvindecentret, FAKTI og Kringlebakken

Budgetønsket er bestilt af Socialdemokratiet og Enhedslisten i både Socialforvaltningen og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

### Baggrund

Budgetønsket er bestilt af Socialdemokraterne og Enhedslisten på baggrund af et brev sendt til Socialudvalget fra Indvandrere Kvindecentret, FAKTI og Kringlebakken. Brevet omhandler et ønske om, at Socialudvalget viderefører driftsbevillingerne til de tre organisationer varigt. Indvandrere Kvindecentret, FAKTI og Kringlebakken modtager alle tilskud fra Socialforvaltningen, der står til at udløbe i perioden 2016-2018. De tre organisationer søger om varige driftstilskud, der vil dække samtlige bevillingsudløb. Herunder den samlede bevilling til sygeplejersker, der udløber med udgangen af 2016, samt driftsbevillingerne, der udløber med udgangen af 2017 og 2018.

### Indhold

Der søges om en varig videreførelse af driftstilskuddet til Indvandrere 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. Videre er målgruppen ofte eneforsørgende 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 sundhedsområdet. 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. Indvandrere Kvindecentrets indsatser fokuserer på enlige og eneforsørgende indvandrerkvinder og deres tilknytning til arbejdsmarkedet. FAKTI er et kulturhus og henvender især til indvandrerkvinder med PTSD eller depressioner. Kringlebakken arbejder med indvandrerkvinder med små børn og piger mellem 12 og 18 år. Samlet sikrer de tre organisationer en helhedsorienteret indsats til målgruppen.

Eksekveringsparat?	JA / NEJ
Udvalgsbehandlet (SOU og SU)	
Kan igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	JA

Høringproces?	JA / NEJ
Projekt hørt i BYK (anlægsprojekter)	NEJ
Projekt hørt i Kejd (anlægsprojekter)	NEJ
Projekt hørt i KS (IT-projekter)	NEJ

### 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.

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.

Derudover opfordres centrene fortsat til at sikre brobygning til eksisterende sundhedstilbud i nærområdet, samt relevante bydækkende sundhedsindsatser og henvisningsmuligheder hertil, som eksempelvis Center for Diabetes'.

Tabel 1: Oversigt over aktiviteter og afledt effekt

(Del)aktivitet	Afledt effekt
- Bevilling til to sygeplejersker	- udvidet åbningstid for sundhedstjek hos Indvandrer Kvindecentret - nyoprettet 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, søn og motorik, svømmeundervisning, samt sundhedsfremme og sprogtilegnelse hos Kringlebakken
- Styrkede kompetencer hos minoritetskinder i København	- flere minoritetskinder vil komme nærmere uddannelse og beskæftigelse - flere minoritetskinder vil engagere sig i lokalsamfundet og bryde den sociale isolation - indsatserne vil understøtte den sociale mobilitet for flere minoritetskinder
- Dansk undervisning og integrationsvejledning	- styrket integration af minoritetskinder og deres børn - deres børn vil klare sig bedre i skolen

### 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.

### Økonomi

Der søges om varige driftstilskud til de tre organisationer, på 1,6 mio. kr. i 2017, hvoraf bevillingsudløbet udgør 1,2 mio. kr., 7,7 mio. kr. i 2018,

hvoraf bevillingsudløbet udgør 6,8 mio. kr., og 8,4 mio. kr. fra og med 2019, hvoraf bevillingsudløbet udgør 7,5 mio. kr.

Indvandrer Kvindecetret modtager i dag et driftstilskud fra Københavns Kommune på 2,3 mio. kr. årligt i perioden 2014-2017. De søger om driftstilskud på 3 mio. kr. fra og med 2018, hvoraf bevillingsudløbet udgør 2,3 mio. kr.

FAKTI får 1,8 mio. kr. årligt i perioden 2014-2017, hvoraf 0,4 mio. kr. føres videre til og med udgangen af 2018. De søger om driftstilskud på 2,2 mio. kr. i 2018, hvoraf bevillingsudløbet udgør 1,4 mio. kr., og om driftstilskud på 2,6 mio. kr. fra og med 2019, hvoraf bevillingsudløbet udgør 0,4 mio. kr.

Kringlebakken får 2,15 mio. kr. årligt i perioden 2014-2017, hvoraf 0,25 mio. kr. føres videre til og med udgangen af 2018. De søger om driftstilskud på 2,4 mio. kr. i 2018, hvoraf bevillingsudløbet udgør 1,9 mio. kr., og om driftstilskud på 2,7 mio. kr. fra og med 2019, hvoraf bevillingsudløbet udgør 0,25 mio. kr.

Derudover modtog de tre organisationer en samlet bevilling på 1,2 mio. kr. i 2014 til ansættelse af to sygeplejersker, som udløber med udgangen af 2016. De tre organisationer søger om videreførelse af tilskud til sygeplejersker på 1,6 mio. kr. i 2017, hvoraf bevillingsudløbet udgør 1,2 mio. kr. Fra og med 2018 indgår tilskuddet i de samlede beløb som organisationerne søger.

Indvandrer Kvindecetret modtog i 2015 0,9 mio. kr. i andre bevillinger. FAKTI og Kringlebakken modtog i 2015 henholdsvis 0,4 og 0,1 mio. kr. i andre bevillinger. Tabel 2 viser de tre organisationers behov for driftsmidler i perioden 2017-2020.

### Tabel til udgifter til service

Tabel 2. Serviceudgifter

(1.000 kr. – 2017 p/1)	2017	2018	2019	2020	I alt
Kringlebakken	283	2.430	2.700	2.700	8.113
FAKTI	591	2.227	2.650	2.650	8.118
Indvandrer Kvindecetret	283	3.000	3.000	3.000	9.283
<b>Udgifter til service i alt</b>	<b>1.567</b>	<b>7.657</b>	<b>8.350</b>	<b>8.350</b>	<b>25.514</b>

### Risikovurdering

For alle tre organisationer er bevillingerne afgørende for videre drift og udvikling.

### Tidligere afsatte midler

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

Tabel 3. Tidligere afsatte midler på området

<i>(1.000 kr., løbende p/l)</i>	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Budgetaftale 2013							
Overførselssagen 2012-2013							
Budgetaftale 2014			6,7	6,7	6,7	5,6	
Overførselssagen 2013-2014							
Budgetaftale 2015				0,7	0,7	0,7	0,7
Overførselssagen 2014-2015							
Budgetaftale 2016							
<b>Afsatte midler i alt</b>			<b>6,7</b>	<b>7,4</b>	<b>7,4</b>	<b>6,3</b>	<b>0,7</b>