

## FORTEGNELSE OVER ORIENTERINGMATERIALE

til medlemmerne af Sundheds- og Omsorgsudvalget

### Materiale omdelt til udvalget på mødet den 9. juni 2011

- Embedsmandsdeltagelse den 9. juni 2011
- "Længe leve København" Københavns Kommunes Sundhedspolitik 2011-2014, trykt udgave.
- Til punkt 3: Notat om effektivitet af genoptræning, patientrettet forebyggelse, borgerrettet forebyggelse og sygepleje
- Til punkt 5: Notat om demografi og den forventede udvikling i ledige ældreboliger i Københavns Kommune
- Brev fra De københavnske Ældreråd vedr. dagsordenen til Sundheds- og Omsorgsudvalgets møde den 9. juni 2011
- Svar til ældrerådene fra Sundheds – og Omsorgsborgmester Ninna Thomsen vedr. dagsorden til Sundheds – og Omsorgsudvalgets møde d. 9. juni 2011
- Brev til Helle Ulrichsen fra Direktør Anne Mette Fugleholm vedr. Sundhedshus Vanløse
- Kommende sager til Sundheds- og Omsorgsudvalget

### Omdeles særskilt

- Bilag til dagsordenpunkt 2: Notat om Budgetønske: Bevægelsesfremmende byrumsfaciliteter.

### Fremlagt i mødelokalet

- Ældresagens frivilligpolitik 2011
- Magasinet Social Fokus
- Magasinet Miljø og Sundhed, maj 2011



**Embedsmandsdeltagelse til det ordinære møde i Sundheds- og Omsorgsudvalget den 9. juni 2011**

**Direktionen:**

Administrerende direktør Lene Sillasen

Direktør Hanne Baastrup

Direktør Anne Mette Fugleholm

**Center for Politik og Ledelse**

Sekretariatschef Jesper Olsen

Udvalgssekretær Michala Jessen

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

Økonomichef Carsten Riis og chefkonsulent Ian Røpke

**Punkt 3: Evaluering af sundhedshuse**

Sundhedschef Jens Egsgaard og fuldmægtig Louise Stage

**Punkt 4: Kvartalsrapport 1. kvartal 2011**

Dokumentationschef Thomas Karlsson

**Punkt 5: Løsningsplan for tilpasning af ældreboligkapaciteten i Københavns Kommune**

Leder af Boligsekretariatet Per Christensen

**Punkt 6: Beretning om magtanvendelse og andre indgreb i voksnes selvbestemmelsesret**

Leder af Juridisk Sekretariat Lone Ahm Hansen



## Effektvurdering af genoptræning, patientrettet forebyggelse, borgerrettet forebyggelse og sygepleje

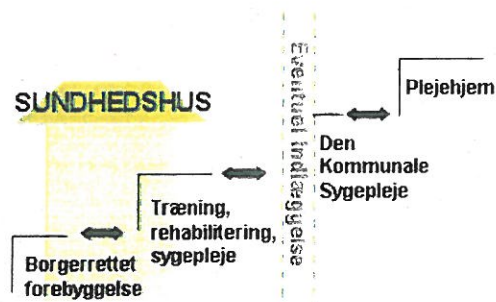
I budgetforliget for 2011 blev det aftalt, at de eksisterende sundhedshuse skulle evalueres. I forbindelse hermed er følgende notat om effektvurdering af indsatser i sundhedshuse udarbejdet. Notatet er et supplement til evalueringen.

### Forventet effekt af sundhedshuse

Etableringen af sundhedshuse er et udtryk for en samlet optimering af det borgernære sundhedsvæsen med henblik på at bremse udgiftsudviklingen i årene fremover både i forhold til kommunale og regionale ydelser gennem:

- Forbedring af borgernes funktionsniveau
- Forebyggelse af livsstilssygdomme
- Øget mestring af egen sygdom

Figuren nedenfor illustrerer, hvorledes indsatserne i sundhedshuset kan forsinke sygdomsopståen og sygdomsprogression.



Der er evidens for, at de tilbud og ydelser sundhedshusene har, virker. De bygger, som beskrevet i det efterfølgende, på evidens og best practice. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen arbejder løbende på at udvikle kvalitetsindikatorer, der kan måle effekten i forhold til den enkelte borger. Der er samtidig et behov for at tydeliggøre den mere konkrete sammenhæng mellem en specifik indsats og effekten af denne. I et fremadrettet perspektiv vil Sundheds- og Omsorgsforvaltningen udvikle dette område.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen arbejder desuden på at skabe ny viden, bl.a. gennem en forstærket kommunal forskningsindsats. I budgetaftalen for Københavns Kommune 2011 blev det således besluttet at afsætte midler til oprettelsen af et forskningsprofessorat indenfor rehabilitering, samt udarbejdelse af en samlet og prioriteret forskningsstrategi på det kommunale område.

01-06-2011

Sagsnr.  
2011-75266

Dokumentnr.  
2011-389033

Sagsbehandler  
Anna Bachmann Boje/  
Louise Stage

**Center for Faglig  
Udvikling -  
Sundhedsstaben**

Sjællandsgade 40 H, 2,  
318  
2200 København N

Telefon  
3530 3438

E-mail  
Z29E@suf.kk.dk

www.kk.dk

I det følgende gennemgås hvert af de i evalueringen beskrevne områder med henblik på at kortlægge tilgængelig viden om effekter af de konkrete indsatser i sundhedshuse.

### **Effekt af genoptræning**

Genoptræningsindsatsen er beskrevet i standardiserede forløbsbeskrivelser, som bygger på bedst tilgængelige viden og best practice. Som led i en løbende kvalitetssikring og -udvikling gennemføres audit på hver enkelt diagnose/målgruppe. Derudover samarbejder Københavns Kommune med Region Hovedstaden om udarbejdelsen af evidensbaserede tværsektorielle forløbsbeskrivelser i sundhedsaftaleregi.

Der er evidens for, at træning medfører signifikante forbedringer i funktionsevne og fysisk kapacitet<sup>1</sup>. Desuden har fysisk træning en positiv effekt på udførelsen af dagligdagsaktiviteter hos den ældre målgruppe<sup>2</sup> og modvirker hermed de typiske konsekvenser af fald i fysisk kapacitet, som er afhængighed af andre og behov for hjælp til dagligdagsaktiviteter.

Standardforløbene indeholder primært holdtræning med muskelstyrketræning og kredsløbstræning som faste elementer på tværs af diagnoser/målgrupper. Hermed tager genoptræningsindsatsen afsæt i den bedst tilgængelige viden og best practice<sup>3</sup>. Holdtræning har desuden andre effekter i form af gruppedynamik, og ved at deltagerne fungerer som rollemodeller for hinanden i forhold til livsstilsændringer og fastholdelse af træningseffekt<sup>4</sup>.

I 2008 blev genoptræningsindsatsen leveret af træningscentrene i kommunen evalueret<sup>5</sup>. Evalueringen viste, at forbedringerne i funktionsniveau fremkom dels ved styrketræning på hold, dels ved træning i dagligdagsaktiviteter, samt at effekten var afhængig af træningshyppighed. Borgerens motivation fremhæves som vigtig for opnåelse af effekt. Denne viden er indarbejdet i standardforløbene i form af tid til individuel samtale og undersøgelse af borgeren ved opstarten af genoptræning, hvor blandt andet borgers motivation, mål med træningsindsatsen og funktionsevne afdækkes.

I forhold til de kommunale specialer på genoptræningsområdet arbejdes med implementeringen af gældende kliniske retningslinjer, forløbsprogrammer mv. Som et eksempel herpå kan nævnes

<sup>1</sup> Puggaard, L: Ældretræning i et MTV perspektiv. Servicestyrelsen 2010.

<sup>2</sup> Beyer, N, 2010.

<sup>3</sup> Klarlund B, Saltin B: Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. Sundhedsstyrelsen 2003.

<sup>4</sup> <http://www.patientuddannelse.info/> og Poulsen, DV: Holdtræning, didaktiske perspektiver på grundtræning. 2009.

<sup>5</sup> Hansen EB m.fl: Genoptræning i kommunale træningscentre – dokumentation af effekterne. Forum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service. 2008.

implementeringen af MTV rapporten for apopleksi i det kommunale speciale for neurologi.

### **Effekt af patientrettet forebyggelse**

Standarder for rehabiliteringsforløb er beskrevet i forløbsbeskrivelser for Københavns Kommune for henholdsvis KOL og type 2 diabetes. Forløbene er tilrettelagt på baggrund af tilgængelig evidens og "best practice" om hvad der virker. Herunder bl.a. erfaringer fra projektet: "Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge" (SIKS)<sup>6</sup>.

I 2004 påbegyndte Bispebjerg Hospital, Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning, herunder Sundhedscenter Østerbro hvor den kommunale rehabilitering foregik, og de praktiserende læger på Østerbro udviklingsprojektet SIKS. I projektperioden fik 564 personer tilbudt et rehabiliteringsforløb i Sundhedscenter Østerbro.

Evaluering af projektet viste, at det var lykkedes at etablere effektive rehabiliteringstilbud i kommunalt regi, som borgerne var meget tilfredse med. Borgere, der gennemførte et rehabiliteringsforløb opnåede signifikant forbedret fysisk funktionsevne. Blandt borgere med type 2 diabetes og KOL afspejledes de objektive målte forbedringer i den subjektive vurdering af funktionsevne. I alle patientgrupper blev livskvaliteten ligeledes forbedret på parametre som fysisk funktion, alment helbred og energi. For borgere med type 2 diabetes sås endvidere en signifikant forbedring i glykæmisk kontrol og lipidprofil, svarende til en risikoreduktion på 20% for udvikling af alvorlige komplikationer til diabetessygdommen. Deltagerne opnåede endvidere en signifikant forbedring i ernæringstilstanden.

Et nyligt kandidatspeciale<sup>7</sup> har undersøgt effekten af et 12-ugers fysisk træningsforløb (dvs. et enkeltstående tilbud i et rehabiliteringsforløb) i kommunalt regi med udgangspunkt i Forebyggelsescenter Østerbro. Studiet indikerer, at fysisk træning som en del af den patientrettede forebyggelse, kan forbedre maksimal iltoptagelse, muskelstyrke, selv vurderet helbred og kardiovaskulære risikomarkører. De samlede effekter ser ud til at påvirke morbiditet, mortalitet, livskvalitet og funktionsevne. Efter seks måneder påvises der stadig en positiv effekt.

---

<sup>6</sup> Borg et. al. Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge – Evaluering af et samarbejdsprojekt mellem Bispebjerg Hospital, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune og praktiserende læger på Østerbro. Københavns Kommune 2008.

<sup>7</sup> H, Hansen. Effekt af 12 ugers superviseret trænings- og motionsvejlednings intervention – på aerob kapacitet, muskelstyrke, fysisk aktivitetsniveau, selv vurderet helbred og kardiovaskulære risikofaktorer hos personer med livsstilssygdomme. 2011.

### Effekt af borgerrettet forebyggelse

Effektiv borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme kræver en kombineret strategi af strukturelle indsatser, kampagner og individorienterede indsatser. De borgerrettede tilbud i sundhedshusene er for de flestes vedkommende individorienterede indsatser rettet mod de væsentligste risikofaktorer for dårligt helbred, kroniske sygdomme og for tidlig død, nemlig rygning, alkohol, fysisk inaktivitet og kost. Rygning er den forebyggelige risikoadfærd, der resulterer i flest kroniske sygdomme og for tidlig død i Danmark. Et stort alkoholforbrug øger risikoen for en lang række alvorlige sygdomme. Usunde kostvaner giver danskerne en større risiko for bl.a. overvægt, diabetes og hjertekarsygdomme. Endelig påvirker manglende fysisk aktivitet borgernes sundhed og livskvalitet.

#### *Motion og Kost i Dit Forebyggelsescenter (MKDF)*

Formålet med MKDF er at støtte voksne borgere til at opnå bedre motions- og kostvaner. Dette opnås gennem individuelt tilpassede forløb med udgangspunkt i metoder som handlekompetence, anerkendende tilgang, empowerment og self-efficacy. MKDF er baseret på Kost og Motion På Recept, som viste effekt på deltagernes vægt og kondital mv.<sup>8</sup>. MKDF er internt evalueret med bl.a. følgende resultater:

- Ni ud af ti har fået bedre motionsvaner efter forløbet, og af disse angiver ni ud af ti, at de fastholder deres nye vaner 3 måneder efter forløbet.
- 11 deltagere i den fysiske træning har gennemsnitligt forbedret deres kondital med 16%.

#### *Motion XL*

Motion XL er opbygget efter samme principper som MKDF. Motion XL blev opstartet på baggrund af et projekt på Rigshospitalet, der viste, at indsatsen nedsatte deltagernes risiko for slagtilfælde, hjerneblødning og iskæmisk hjertesygdom.

#### *Rygestoprådgivning og rygestopkurser*

Formålet med rygestopkurserne er at bidrage til at nedbringe antallet af voksne rygere, og de afholdes efter et koncept udviklet af Kræftens Bekæmpelse. Metoden er undersøgt af Sundhedsstyrelsen<sup>9</sup>, og det er fundet, at rygeafvænning i grupper fordobler sandsynligheden for at være røgfri efter 6 måneder sammenlignet med ingen intervention eller et selvhjælpsprogram. Udtræk fra den nationale Rygestopbase<sup>10</sup> viser følgende for København:

- 65% af de, der har gennemført et rygestopkursus, er røgfri ved kursets afslutning.

<sup>8</sup> Petersen & Ibsen 2009; Roessler, Ibsen, Saltin & Sørensen 2007.

<sup>9</sup> Metoder til rygeafvænning – dokumentation og anbefalinger, 2003.

<sup>10</sup> Rygestopbasens årsrapport 2009, Bispebjerg Hospital 2010.

- 41% af de, der har gennemført et rygestopkursus, er røgfri efter 6 måneder.

#### *Sundhed på Dit Sprog*

Det langsigtede formål med indsatsen er at forbedre sundhedstilstanden blandt etniske minoriteter. Indsatsen er baseret på erfaringer fra Holland med "peer education", som er en sundhedspædagogisk metode. Indsatsen monitoreres løbende og en kvalitativ evaluering viste bl.a.<sup>11</sup>:

- De fleste deltagere udtrykker, at de har tilegnet sig sundhedsrelevant viden, og at den undervisning, som de har fået, er relevant for både dem og deres familiers sundhed.

Det er vurderingen, at denne indsats desuden har medvirket til, at en større andel af borgere med etnisk minoritetsbaggrund også har taget imod tilbud om fx rehabilitering.

#### *Sundhedsrådgivning*

Sundhedsrådgivningen fungerer primært som indgangsport og koordinerende led mellem borger og alle forebyggelsescentrenes tilbud. Sekundært fungerer sundhedsrådgivningen som selvstændigt kortvarig intervention med det formål at igangsætte bedre sundhedsvaner. Rådgivningen er ikke evalueret.

#### *Alkoholrådgivning*

Formålet med rådgivningen er at reducere antallet af voksne borgere med et risikabelt alkoholforbrug, og at tilbyde pårørende råd og vejledning. Tilbuddet er baseret på forskning, der viser, at korte interventioner bl.a. udført af sundhedsprofessionelle i primær sektor er effektive i forhold til at støtte ikke-afhængige borgere i at ændre alkoholvaner<sup>12</sup>. Screening og kort intervention er blandt de bedst forebyggende indsatser ud af 25 vurderet ud fra cost-effectiveness og effekt på helbredet<sup>13</sup>.

#### *BørnevægtsCentret*

BørnevægtsCentrets behandlingstilbud er baseret på en svensk evidensbaseret familierapimodel<sup>14</sup>, som er forankret i systemisk familierapi og tilgangen er løsningsfokuseret.

BørnevægtsCentret er ved at blive evalueret af Statens Institut for Folkesundhed. De første resultater foreligger i efteråret 2011; den endelige evaluering foreligger ultimo 2012.

#### *Forebyggende hjemmebesøg*

Der er udviklet en ny model for forebyggende hjemmebesøg, som er ved at blive implementeret og forventes endeligt udrullet med

<sup>11</sup> Evaluering af "Sundhed på dit sprog", Kristine Halling Hansen et al. 2009.

<sup>12</sup> Nielsen et al., 2008.

<sup>13</sup> Solbjerg LI et al., 2008.

<sup>14</sup> Nowicka P, Flodmark CE: Family therapy as a model for treating childhood obesity: useful tools for clinicians. Clin. Child Psychol Psychiatry 2011, 16:129-145.

udgangen af 2011. Der er planlagt evaluering af modellen ultimo 2011.

Dertil kommer en række tilbud, der endnu ikke er opstartet. Det omfatter: Sundhedstilbud til fysisk inaktive børn og unge i udvalgt bydel (Husum), Indsats overfor social ulighed i sundhed i beskæftigelsesindsatsen gennem et samarbejde med øvrige forvaltninger i "BIF/SUF/SOF-strategien" samt "Indsats overfor social ulighed i nærmiljøet". Evaluering af disse tilbud er planlagt som led i udviklingen og implementeringen af tilbuddene.

### **Effekt af sygepleje**

Sygeplejeklinikkerne tilgodeser en række af de udfordringer Den Kommunale Sygepleje står overfor som konsekvens af opgaveglidningen fra hospital til kommune og vækst i antallet af borgere med kroniske lidelser. Fokus bliver i tiltagende grad på mere kompleks sygepleje og udvikling af specialistfunktioner. Sygeplejeklinikkerne understøtter den faglige og organisatoriske udvikling af den kommunale sygepleje, hvilket er afgørende for at kunne tilgodese ovenstående krav.

Klinikkerne er evalueret i 2009, og jf. ønske fra Sundheds- og Omsorgsudvalget april 2010 evalueres klinikkerne igen medio 2011, hvilket er under effektivering.





27. april 2011

Sagsbehandler  
PCH

### Revideret notat vedrørende demografi og den forventede udvikling i ledige ældreboliger i Københavns Kommune

Antallet af ældre over 75 år - som er ældreboligernes primære målgruppe - er siden 2000 faldet signifikant i Københavns Kommune. I perioden 2000 til 2010 faldt antallet fra ca. 39.200 til 25.400 personer, svarende til en reduktion på ca. 35 %. Faldet forventes at fortsætte frem til ca. 2017, hvorefter befolkningsprognosen indikere at udviklingen vender og der kommer svagt flere ældre i den berørte alderskategori. I perioden 2010 - 2020 forventes faldet samlet set at være på ca. 9 %.

Ses demografiudviklingen i forhold til antallet af ældreboliger var der i 2000 ca. 11 boliger pr. 100 borgere over 75 år, mens der i 2010 er ca. 16 boliger. Fremskrives udviklingen vil der i 2020 - og dermed efter at demografien er vendt - være lige under 17 boliger pr. 100 borgere over 75 år, jf. nedenstående tabel:

	2000	2005	2010	2015	2020
Ældre + 75 år	39.220	31.190	25.401	22.287	23.289
Antal ældreboliger (SUF)	4.255	4.255	4.120*	3.942*	3.942*
Ældreboliger pr. 100 ældre + 75 år	10,85	13,64	16,22	17,69	16,93

\*) antal bolig nedskrevet som følge af konverteringer til Socialforvaltningen

Uden yderligere kompenserende kapacitetsreducerede tiltag vil antallet af ældreboliger samlet set i perioden 2000 - 2020 være forøget med 56 % set i forhold til udviklingen i målgruppens størrelse.

Hvis antallet af ældreboliger havde fulgt demografiudviklingen (som den gør på plejeboligområdet) skulle der i 2010 - alt andet lige - have været ca. 2.750 ældreboliger og i 2020 ca. 2.500 boliger.

### Udviklingen i tomme ældreboliger

Antallet af tomme ældreboliger har siden 2005 været under kraftig vækst, dels som følge af den fortsatte demografiske udvikling, dels på grund af vigende søgning fra de berettigede målgrupper. Der var pr. april 2011 i alt 149 tomme boliger.

Følgende vurderes at have indflydelse på udviklingen i antallet af ledige ældreboliger:

- Der er et betydeligt efterslæb i relation til tilpasningen af ældreboligkapaciteten som følge af manglende reduktion i forhold til demografiudviklingen fra 2000. Dette efterslæb influerer på mængden af tomme ældreboliger og dermed på antallet af boliger som skal tages ud af ældreboligkapaciteten fremadrettet.

Økonomistaben -  
Boligsekretariatet

Sjællandsgade 40, H420  
2200 København N

Telefon  
3530 3258

E-mail  
Hh69@suf.kk.dk

EAN nummer  
5798009290809

www.kk.dk

- Antallet af ældre over 75 år falder i perioden 2010-2015 med 12 %. Antallet forventes at falde yderligere frem til 2017, hvorefter befolkningsprognosen indikere at udviklingen vender og der kommer svagt flere ældre i den berørte alderskategori.
- Antallet af ansøgninger til ældreboliger er faldet fra ca. 1.360 i 2005 til ca. 1.100 i 2010, svarende til en reduktion på ca. 19 %. Tilsvarende er antallet af godkendte ansøgninger til en ældrebolig faldet fra ca. 930 i 2005 til ca. 750 i 2010. Differencen mellem antallet af ansøgninger og godkendte ansøgninger skyldes i 55 % af tilfældene, at borgeren trækker ansøgningen tilbage, dødsfald, borgeren bliver sideløbende godkendt til anden boligtype (plejehjem) etc. Af de ca. 750 godkendte ansøgninger i 2010 er ca. 500 borgere faktisk indflyttet i en ældrebolig, svarende til ca. 66 %. Differencen mellem godkendt ansøgning og faktisk indflytning skyldes ligeledes at borgeren trækker ansøgningen tilbage mv.
- I starten af 1990'erne blev 250 moderniserede pensionistboliger tilbudt pensionister (de oprindelige beboere) som ikke var visiteret til en ældrebolig. Der er i dag ca. 100 af disse beboere tilbage. Når denne boligtype fraflyttes af de oprindelige beboere registreres boligen som en ældrebolig (i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen). Antallet af ældreboliger vil dermed stige i takt med fraflytningerne. Det er vurderingen, at dette vil medføre, at antallet af ledige ældreboliger vil stige yderligere.
- Antallet af borgere anvist af kommunen via den boligsociale venteliste til svært uudlejelige ældreboliger har siden 2007 været stærkt faldende fra 45 anviste boliger i 2007 til 0 anviste boliger i dag. Dette skyldes at Socialforvaltningen i dag anviser deres klienter til de ældreboliger, som er konverteret fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen til Socialforvaltningen. Herudfra er det vurderingen, at ophøret af visitation af denne målgruppe til Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ældreboliger er og vil være en medvirkende årsag til, at antallet af ledige ældreboliger nu og fremadrettet stiger.
- Antallet af ældreboliger er af historiske årsager fordelt skævt imellem de forskellige bydele med en klar overpræsentation af boliger i forhold til antallet af ældre i eksempelvis Kgs. Enghave og en underpræsentation på Østerbro. En række bydele med relativt mange ældreboliger (Kgs. Enghave, Nørrebro og Nordvest) betragtes endvidere af de ældre som boligsociale udviklingsområde og de ønsker ikke at overtage en bolig i disse områder men foretrækker at vente på en ledig bolig i andre og for dem mere attraktive områder.
- I løbet af de seneste år er det vurderingen, at den ældre borger i stigende omfang generelt set stiller større krav til den fysiske ind-

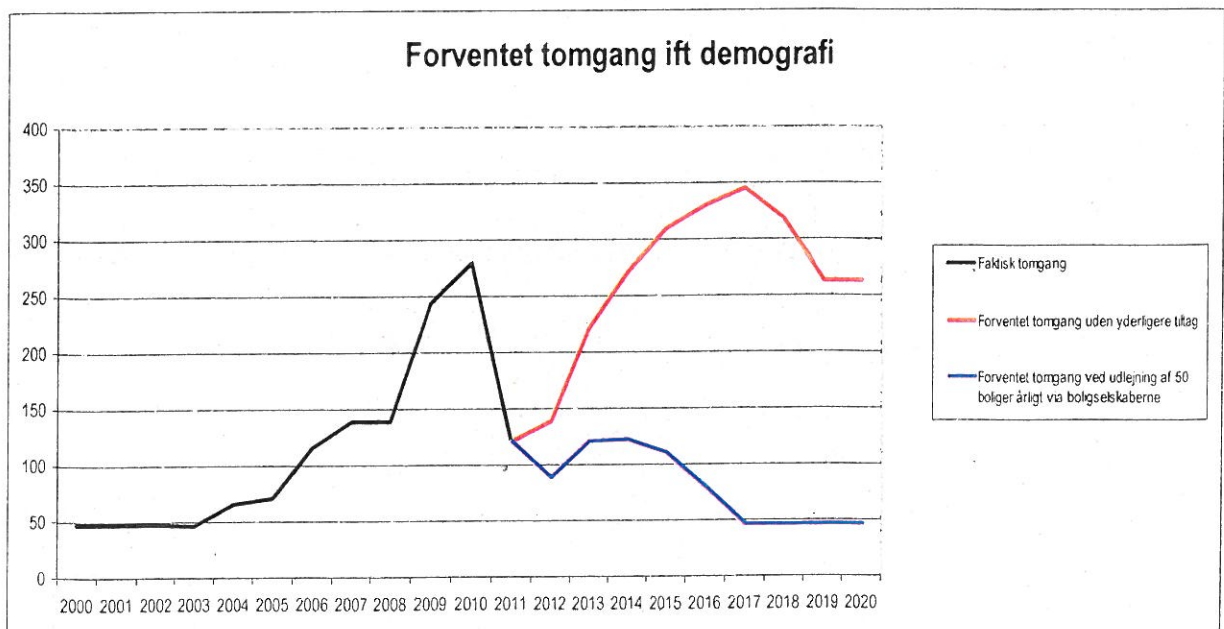
retning af de ældreboliger, som kommunen har anvisningsret til. Det er vurderingen, at de øgede krav fra den ældre borger, formenligt vil blive forstærket i de kommende år og at det vil påvirke den vigende søgning, således at antallet af ledige ældreboliger vil stige yderligere.

- Endvidere skal man være opmærksom på, at en række socioøkonomiske forhold i retning af f.eks. et øget økonomisk råderum hos den enkelte borger vil kunne medføre, at borgeren vil have en mere kritisk tilgang til fremtidige krav til og valg af bolig.
- Modsatrettet ovenstående tendenser er nye grupper begyndt mere signifikant at flytte ind i de ledige ældreboliger. Der er i dag eksempelvis udlejet 122 boliger til studerende (mod ca. 25 for bare 2 år siden). Endvidere må den nye udlejningsaftale omkring ledige ældreboliger forventes at have en vis effekt på ledighedsudviklingen.

### Konklusion

Antallet af ældre over 75 år falder i perioden 2010 -2015 med 12 % og i perioden 2010 – 2020 med 9 %. Indregnes udelukkende den demografiske udvikling i tomgangsledigheden (som pt. er på 149) vil der – alt andet lige - være ca. 300 ledige ældreboliger i 2015 og 350 i 2020.

Såfremt der kan udlejes 50 ekstra boliger pr. år (dvs. 50 boliger i 2011, 100 boliger i 2012 osv.) til andre grupper vil tomgangsledigheden – alt andet lige – over tid nærme sig det naturlige ledighedsniveau (der ligger på ca. 50 boliger som følge af ind- og udflytninger).



Det skal bemærkes, at den faktiske ledighedsudvikling vil afhænge af antallet af boliger der udlejes til andre målgrupper og i særdeleshed det fremtidige søgemønster fra den visiterede målgruppe.



Den 7. juni 2011

Sundheds- og Omsorgsborgmester Ninna Thomsen  
Københavns Rådhus  
1599 København V

Kære borgmester

Vedr. dagsordenen til mødet i Sundheds- og Omsorgsudvalget den 9. juni 2011.

Ældrerådernes Forretningsudvalg havde på sit møde i dag bl.a. lejlighed til at gennemgå dagsordenen til mødet i udvalget den 9. juni 2011.

Ældrerådernes høringsvar foreligger i sagen om magtanvendelse, men ældrerådene finder det meget væsentligt, at man også bliver inddraget i det materiale, der nu foreligger i følgende 3 sager på dagsordenen:

- Aktiv & Tryk hele livet
- Evaluering af sundhedshuse
- Løsningsplan for tilpasning af ældreboligkapaciteten i Københavns Kommune

Rådene forventer, at de nævnte sager bliver sendt til høring efter behandlingen i udvalget den 9. juni 2011.

Med venlig hilsen

På rådernes vegne

Bent Johansen

Annette Hellmann

Formand

Næstformand



De Københavnske Ældreråd  
Sekretariatet  
Henrik Pontoppidans Vej 2  
2200 København N

09-06-2011

Sagsnr.  
2011-78865

Dokumentnr.  
2011-408889

**Kære Bent Johansen og Annette Hellmann**

Tak for brev af 7. juni, hvor I anmoder om at 3 sager, der behandles på Sundheds- og Omsorgsudvalgets møde den 9. juni, bliver sendt til høring efter udvalgets behandling.

Til sagen vedr. "Reformprogram - Aktiv og tryk hele livet" skal jeg bemærke, at Ældrerådet i perioden fra den 8. april til den 6. maj har fået reformprogrammet i høring, og at Ældrerådet den 9. maj afgav høringssvar. Efterfølgende holdt jeg den 13. maj møde med formændene for Ældrerådene om programmet. Denne høring lå til grund for udvalgets behandling.

Udkastet til reformprogram med tilhørende budgetnotater, som er fremsendt til udvalgets møde, er justeringer, der er foretaget på baggrund af udvalgets behandling den 19. maj. Der er ikke praksis for, at sådanne justeringer mellem to udvalgsbehandlinger sendes i en særskilt høring.

Jeg vil dog gerne kvittere for den store interesse og opbakning Ældrerådene har givet til reformprogrammet og ser frem til et fortsat tæt samarbejde og dialog med Ældrerådene herom.

De konkrete forslag, der er en udløber af reformprogrammet vil blive sendt i høring efter sædvanlig praksis, efterhånden som de forelægges udvalget i forbindelse med implementering.

Omkring budgetforslagene, der indgår i budgetforhandlingerne vedr. 2012 kan det i øvrigt oplyses, at de efter sædvanlig praksis vil blive sendt i høring hos Ældrerådene i august måned, som led i Økonomiudvalgets behandling af forslaget til budget 2012.

Til sagen vedrørende "Evaluering af Sundhedshuse" kan jeg oplyse, at der er tale om en sag, der vedrører en intern budgetevaluering af de eksisterende sundhedshuse som aftalt i budgetaftalen for 2011.

**Sundheds- og  
Omsorgsborgmesteren**

Rådhuset  
1599 København V

Telefon  
3366 3366

Direkte telefon  
3366 2380

E-mail  
borgmesteren@suf.kk.dk

EAN nummer  
5798009290304  
www.kk.dk

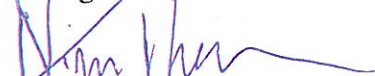
Sagen om "Evaluering af Sundhedshuse" er en konsolidering af en tidligere beslutning, som Ældrerådet er blevet hørt i under behandlingen af sagen om "Udbygning af Sundhedshuse" i mødet den 25. juni 2009, og der er ikke tale om en ny beslutning, der skal sendes i høring.

Jeg vil gerne kvittere for Ældrerådernes interesse i den fortsatte udvikling af sundhedshusene og ser frem til at fortsætte dialogen herom.

Vedrørende sagen om "Løsningsplan for tilpasning af ældreboligkapaciteten i Københavns Kommune" skal jeg henvise til, at forslaget er en del af det materiale vedr. budgettet, der har været i høring hos Ældrerådene i forbindelse med budget 2012 (bilag 5 om strukturelle ubalancer side 7), og at Ældrerådene har udtalt sig om dette i forbindelse med budgetforslaget, der blev behandlet af udvalget den 7. april, hvilket også indgik i udvalgets behandling. Der har derfor ikke været grundlag for en fornyet høring.

Jeg vil dog på baggrund af jeres henvendelse bede forvaltningen om at stille sig til rådighed for en nærmere orientering herom på et af jeres kommende møder.

Venlig hilsen



Ninna Thomsen



08-06-2011

Sagsnr.  
2010-138614

Dokumentnr.  
2011-406433

Kære Helle Ulrichsen

Københavns Kommune arbejder systematisk med at skabe infrastruktur og det rette faglige grundlag for løsning af sundhedsopgaver i fremtidens sundhedsvæsen. Samarbejde med regionens hospitaler og almen praksis er et afgørende element heri. Et af de højt prioriterede indsatsområder i Københavns Kommune er etablering af sundhedshuse. Sundhedshuse udgør den organisatoriske ramme for udvikling af det borgernære sundhedsvæsen og udgør samtidig en mulighed for samlokalisering af kommunale sundhedstilbud og andre aktører i sundhedsvæsenet.

Københavns Kommune ser særligt perspektiver i, at praktiserende læger flytter ind i sundhedshusene, så samarbejdet mellem almen praksis og kommunen kan udvikles.

Aktuelt åbner der et nyt sundhedshus i Vanløse, hvor lægerne Ulla Marslew og Morten Randløv ønsker at flytte ind.

De pågældende læger har i dag praksis på Frederikssundsvej 195, 2700 Brønshøj. Københavns Kommune er oplyst om, at de har optageområde i de københavnske bydele Vanløse, Brønshøj og Husum. Lægernes aktuelle fysiske rammer er i dag små, utidssvarende med ringe adgang for handikappede samt ringe mulighed for at rumme nødvendigt klinikpersonale. Lægerne har gennem længere tid afsøgt muligheder for at finde større lokaler.

Lægerne har ansøgt samarbejdsudvalget for almen praksis om tilladelse til at flytte praksis til nye lokaler i Sundhedshus Vanløse. Samarbejdsudvalget har behandlet ansøgningen den 26. maj og har meddelt lægerne afslag på deres ansøgning.

Københavns Kommune har modtaget kopi af afgørelsen fra lægerne. Afslaget begrundes med, at der er tale om flytning fra et praksisområde til et andet, og at der med flytningen vil ske forringelser og blive dårligere lægedækning for borgere i Brønshøj-Husum.

Københavns Kommune undrer sig over, at afgørelsen alene tager udgangspunkt i det formelle grundlag om praksisplanens forudsætninger for lægedækning og at der ikke i afgørelsen tages hensyn til den konkrete situation omkring lægernes nuværende fysiske rammer. Flytningen af lægepraksis til sundhedshus vil give gode muligheder for at skabe en moderne og fremtidssikret lægepraksis.

#### Direktionen

Sjællandsgade 40  
Anneks I  
2200 København N

Telefon  
3530 3530

Direkte telefon  
3530 3135

E-mail  
amf@suf.kk.dk

EAN nummer  
5798009290205

www.kk.dk



Københavns Kommune er bekendt med, at der fra Region Hovedstadens side også arbejdes med udvikling og oprettelse af sundhedshuse og at dette bl.a. vil indgå i praksisplaner og den samlede sundhedsplanlægning i de kommende år. Københavns kommune deler praksisplanens vision om samling af almen praksis i større enheder og tættere samspil i det sammenhængende sundhedsvæsen.

Kapaciteter vedr. almen praksis i Københavns Kommune er kendetegnet ved små fysiske rammer, mange solopraksis og få praksis med gode adgangsforhold og hensigtsmæssig indretning for handicappede. Handicaprådet i Københavns Kommune er til stadighed opmærksom på at forberede forholdene for handicappede i almen praksis i kommunen. Der er stærkt brug for, at der er flere praktiserende læger, der får gode forhold for handicappede. Den planlagte lægepraksis i sundhedshuset i Vanløse er netop indrettet med fokus på handicaptilgængelighed.

Københavns Kommunes støtter målet om ligelig lægedækning i kommunens bydele og er enig i, at lægerne som udgangspunkt bør drive deres praksis i de respektive praksisområder. Københavns Kommune ser samtidig perspektiver i, at der i særlige situationer dispenseres herfra. Københavns Kommune finder, at der i det aktuelle tilfælde er tale om en særlig situation, hvor flytning af lægenes praksis til Sundhedshus Vanløse både vil afhjælpe lægenes nuværende mangelfulde fysiske rammer og give mulighed for konkret at understøtte udviklingen i almen praksis ved at afprøve nye modeller for samarbejdet mellem kommunale borgernære sundhedstilbud og almen praksis.

Københavns Kommune skal derfor anmode om, at sagen genoptages til fornyet behandling og at ovenstående aspekter inddrages heri.

Jeg ser frem til din tilbagemelding.

Med venlig hilsen



Anne Mette Fugleholm



### **Til Sundheds - og Omsorgsudvalget**

#### **Kommende sager omdelt på mødet den 9. juni 2011**

Oversigten er omdelt på mødet den 9. juni 2011.  
Der tages forbehold for ændringer.

Sagsnr.  
2011-6449

Dokumentnr.  
2011-410972

#### **Sundheds – og Omsorgsudvalgets møde den 23. juni 2011**

1. Antal forskellige hjælpere i hjemmet og centrale organisatoriske retningslinier i hjemmeplejen
2. Genberegning af priser
3. Budget 2012 – takster
4. Fornyelse af kontrakter for praktisk og personlig hjælp samt madservice med udbringning
5. Lejekontrakt til Sundhedshus Nørrebro
6. Tilsynsredegørelse for 2010
7. Pulje til renovering af boliger med 24 timers ophold
8. Studietur – efterår 2011

Sagsbehandler  
Clara Dawe

#### **Sundheds – og Omsorgsudvalgets møde d. 18. august**

1. Augustprognose 2011 – halvårsregnskab
2. Demografertilpasning
3. Fællesindstilling med SOF – Overflytning af ældreboliger Bjergvænget
4. Fællesindstilling – BIF, SUF og SOF strategien
5. Kapacitetsplan på demensområdet (masterplan)
6. Demens - status
7. Samlokalisering af Vesterbro/Kgs. Enghave/Valby (fortrolig)
8. Høring om Grundbudget 2012 – Kejd
9. Bevillingsmæssige ændringer

#### **Sundheds – og Omsorgsudvalgets møde d. 8. september**

1. Forskningsplan for SUF

**CPL Sekretariatet**

Rådhuset, 102  
1599 København V

E-mail  
BH6M@suf.kk.dk

www.kk.dk



## **Budgetønske: Bevægelsesfremmende byrumsfaciliteter**

### **Baggrund**

I Københavns Kommunes nye sundhedspolitik "Længe Leve København" er en af målsætningerne, at københavnere skal have lige muligheder for at leve et sundt og aktivt liv. Sådan er det ikke i dag, hvor der er en markant ulighed i sundhed mellem forskellige grupper af københavnere.

I sundhedspolitikken er det særligt fokus på social ulighed i nærmiljøet i følgende tre bydele: Nørrebro/Bispebjerg, Vesterbro/Kgs. Enghave og Amager Vest. Samtidig har TMF under overskriften "Ingen ghettoer i København" opstillet en målsætning om, at ingen områder i byen skal adskille sig negativt – socialt eller fysisk – fra den høje standard i byen som helhed. Der er udpeget 6 udsatte områder<sup>1</sup> i byen: Nørrebro, Sundholmsområdet, Bispebjerg, Vesterbro/Kgs. Enghave/Sydhavnen, Husum/Tingbjerg samt Vigerslev/Valby.

Ved etablering af bevægelsesfremmende byrumsfaciliteter vil der være særligt fokus på at sikre, at de udsatte bydele bliver prioriteret.

Sundheden kan styrkes ved at være fysisk aktiv, idet fysisk aktivitet virker forebyggende i forhold til en lang række sygdomme. Samtidig er der psykiske og sociale gevinster ved fysisk aktivitet i form af øget energi, trivsel og samvær med andre.

Det fysiske miljø har betydning for fysisk aktivitet. Det gælder ikke mindst i forhold til udformningen af det nærmiljø, hvor folk bor og færdes i det daglige. Forskning peger således på, at en mere aktiv livsstil kræver, at der i nærheden af boligen er nem adgang til forskellige former for fysisk udfoldelse. Faciliteter i nærmiljøet er vigtige i indsatsen for at få inaktive i gang med fysisk aktivitet.

### **Indhold**

Det foreslås, at der gennemføres en massiv satsning for, at gøre København til en aktiv by i bevægelse. Dette kan gøres ved at afsætte i alt 300 mio. kr. i anlægsmidler over en 4-årig periode til etablering af bevægelsesfremmende byrumsfaciliteter.

Følgende budgetønsker er udtryk for en langsigtet strategi, der skal normalisere leg og bevægelse som en del af gadebilledet, og gøre det mere synligt og lettilgængeligt i byen.

Forslagene indeholder dels indsatser, der ligger i forlængelse af den allerede igangværende reovering og udvikling af kommunens facili-

<sup>1</sup> Et udsat byområde er et kvarter, der oplever stigende sociale problemer, fysisk nedslidning og utidssvarende boligforhold

01-06-2011

Sagsnr.  
2011-52617

Dokumentnr.  
2011-396468

Sagsbehandler  
Sofie Gorm Hansen  
Tom Fro Pedersen  
Carsten Riis

**Folkesundhed  
København**

Sjællandsgade 40 I, 2  
2200 København N

Telefon  
3530 4504

E-mail  
ZA6T@suf.kk.dk

www.kk.dk

teter og byrum – og dels helt nye og banebrydende bevægelsesfremmende initiativer.

Der foreslås faciliteter grupperet under tre temaer. Forslagene kræver yderligere konkretisering, inden de realiseres. I den forbindelse vil det være relevant at samtænke forslagene med de ønsker og behov, der anskueliggøres i lokaludvalgenes bydelsplaner samt i forbindelse med områdefornyelserne, herunder hvor faciliteterne konkret skal placeres.

### Børn og unge

77 % af unge i 7.-9. klasse er fysisk aktive mindre end den anbefalede time dagligt. Hvis der er faciliteter der inspirerer til leg og bevægelse, der hvor børn og unge færdes i det daglige, vil det motivere dem til at være mere aktive. Der er derfor behov for at prioritere anlæggelse af byrumsfaciliteter, der særligt retter sig mod at inspirere børn og unge til aktiv leg og bevægelse.

- *Bevægelsesfremmende legepladser – renovering og nyanlæg.* BUF renoverer hvert år legepladser på skoler og fritidshjem via en varig driftsbevilling hertil. Prioriteringen af hvilke legepladser, der skal udvælges til renovering, sker ud fra kriterier om sikkerhed og legeværdi. Bevægelsesfremme indgår ikke i denne prioritering. Det foreslås derfor, at bevillige midler til at supplere BUF's renovering, således at der etableres legepladser, der inviterer til en højere grad af fysisk aktivitet. I 2011 har BUU udvalgt følgende skolars legepladser til renovering: Bavnehøj, Sjelør, Husum og Hansted skoler. Derudover kan Amager Fælled Skole vælges, idet denne skole er profilskole i forhold til sundhed. Samtidig ligger den i det områdeløftede Sundholmshøj kvarter, og indgår i dermed i TMF's og BUF's fælles arbejde med at fremme skolen som kvarterets samlingspunkt og stolthed. Yderligere foreslås, at der bevilliges midler til nyanlæg af bevægelsesfremmende legepladser i områder med få legepladser. Lokaludvalget har peget på Mozarts Plads i Kongens Enghave som en mulighed. Der søges om 38 mio. kr. i anlægsudgifter i 2012.
- *Udendørs dansefaciliteter.* Det foreslås at etablere faciliteter, der inviterer til dans. Byrum udnyttes oftest til leg og bevægelse af drenge, f.eks. i forbindelse med boldspil eller skateaktiviteter. Der er derfor brug for byrum, der særligt henvender sig til piger ved, at de er designet med henblik på at appellere til denne målgruppe. En dansefacilitet kunne opfylde dette behov, særligt hvis den blev kombineret med interaktive elementer. KFF vurderer i deres notat "10 nærdrætsanlæg der rykker", at det vil koste omkring 2,3 mio. kr. i prisniveau 2012, at anlægge en dansescene, og ca. 400.000 kr. i prisniveau 2012 per interaktivt legeredskab. Der kunne f.eks. placeres en dansefacilitet på Litauens plads på Vesterbro. Her er der allerede etableret boldspilsaktiviteter i den ene ende, og den anden ende kunne

derfor passende indrettes med aktiviteter, der henvender sig til piger. Der søges om 5 mio. kr. i anlægsudgifter i 2012. De afledte serviceudgifter til vedligeholdelse vil være på 2,0 mio. kr. årligt (dog mindre i anlægsperioden).

- *Naturcenter ved Nordmolen.* Amager Strand ønskes udbygget som helårligt udflugtsmål. I den forbindelse er helårsaktiviteter - gerne med mulighed for at komme indendørs - vigtige, ikke mindst når der gælder børn og børnefamilier. Naturcentrets primære målgruppe er børn i alderen 0-10 år med deres voksne samt skoleklasser, foreninger/interessegrupper og uorganiserede. Naturoplevelse og bevægelsesaktiviteter er fællesnævneren, og huset skal være udgangspunkt for leg, læring, aktiviteter og naturformidling. Projektet understøtter sundhedspolitikken "Længe leve København" og målsætningerne om øget brug og opholdstid i byens parker og naturområder jævnfør "Miljømetropolen – Vores Vision CPH 2015" og "Metropol for Mennesker". Dette budgetønske indgår også som en del af i TMF's budgetønske vedrørende Amager Strandpark. Der søges om 1,6 mio. kr. i anlægsudgifter i 2012. Lønudgifter udgør 0,25 mio. kr. i 2013 og fra 2014 og frem 1 mio. kr. årligt.

#### Social ulighed i sundhed

Der er tydelige forskelle i sundheden imellem de forskellige dele af København, da nogle områder har en større andel af kortuddannede, dårligt stillede borgere, som generelt har en dårligere sundhedstilstand end andre borgere. Der skal i etablering af nye faciliteter tænkes i målretning af motionsuvalte børn og voksne. Sundhedspolitikken peger særligt på områderne Nørrebro/Bispebjerg, Vesterbro/Kgs. Enghave og Amager Vest, som også indgår i kommunes plan for udsatte byområder.

- *Fitnesspladser.* Som beskrevet i KFF har i notat "10 næridrætsanlæg der rykker" beskrevet en model, hvor en fitnessplads bygges op af mange i forvejen velkendte indendørs træningsredskaber. På en fitnessplads vil der således være mulighed for at træne både styrke og balance. En fitnessplads kan f.eks. placeres i forbindelse med løberuter, så den får karakter af et pit stop, eller i umiddelbar nærhed af legepladser. Fitnesspladserne skal etableres, så de særligt appellere til voksne, herunder sårbare og udsatte borgere. KFF vurderer, at en fitnessplads på 300 m<sup>2</sup> vil koste 875.000 kr. i prisniveau 2012. TMF har i Vigerslevparken og i Grøndalsparken erfaringer med at etablere bevægelsesfremmende elementer i tilknytning til legepladser. Der søges om 5 mio. kr. i anlægsudgifter i 2012. De afledte serviceudgifter til vedligeholdelse vil være på 2,0 mio. kr. årligt (dog mindre i anlægsperioden).
- *Playspots.* Nedslag i byrummet eksempelvis på Vesterbro og Amager, der fremmer bevægelse og leg og pirrer øjet i form af

overraskende, udfordrende og visuelt fængende "Playspots". Æstetiske elementer tilpasset konteksten, der får kroppen til at hoppe, svinge, hive, snurre, trække og dreje. Tanken er ikke, at man skal opholde sig ved disse "playspots" i lang tid, men blot få pulsen op. TMF vurderer foreløbigt at gennemsnitsprisen for et "playspots" er 1.000.000 kr. Der søges om 26 mio. kr. i anlægsudgifter i 2012. De afledte serviceudgifter til vedligeholdelse vil være på 7,2 mio. kr. årligt (dog mindre i anlægsperioden).

### *Innovative byrum*

Skæve og anderledes byrumsfaciliteter vækker opsigt i bybilledet og kan være med til at sende et signal om, hvilken slags by København er og vil være. Ved at etablere faciliteter i byrummet, der på nye måder inviterer til bevægelse, indsamles erfaringer i forhold til, hvad der får borgerne i København til at være mere aktive i byrummet. Det foreslås derfor at anlægge faciliteter, som på nye måder inspirerer til bevægelse.

- *Cykelbænke*. Bænke hvor man kan side og samtidig træde rundt i pedaler kendes fra bl.a. Bilbao (se billede her: [http://www.nijha.nl/referentieplekken/ref\\_id=27/](http://www.nijha.nl/referentieplekken/ref_id=27/)) . Cykelbænke vil appellere til både børn og voksne, og kan også med fordel anvendes af ældre. Cykelbænke vil desuden være et skævt og anderledes islæt i gadebilledet, og vil bidrage til et billede af København som en by i bevægelse. Der kunne f.eks. placeres cykelbænke foran det nye bibliotek i Nordvest, hvor mange mennesker hver dag kommer og går. Der søges om 1 mio. kr. i anlægsudgifter i 2012.
- *Digitale lommeparker - Copenhagen Interactive Playfield*. Flere og flere børn bruger i stigende grad deres tid ved en computer. Copenhagen Interactive Playfield er et bud på, hvordan interaktivitet kan bringes ud i det offentlige rum, så børnene kan lege og udfolde sig her. Tanken er, at Københavns Kommune skal bidrage med grund og økonomiske midler, mens IT-Universitetet, DTU og andre partnere bidrager med viden og teknologisk innovation. På den måde kan der i fællesskab skabes nye måder at lege på samt nye virksomheder i København. TMF vurderer, at en digital lommepark koster 10 mio. kr. at etablere. Der søges om 10 mio. kr. i anlægsudgifter i 2012. De afledte serviceudgifter til vedligeholdelse vil være på 3,0 mio. kr. årligt (dog mindre i anlægsperioden).
- *Vanddrætslegepladser*. Pladsen er beskrevet i KFF's notat "10 nærdrætsanlæg der rykker". Vanddrætslegepladsen kan indeholde en række forskellige idræts- og legeredskaber, der med et fælles udgangspunkt i vand giver muligheder for fysisk aktivitet. Pladsen kan f.eks. indeholde skulpturer med vanddyser,

der kan klatres på, og vandkanoner og 'vandrende' vandstråler, der kan løbes igennem. For at udvide rammerne for den fysiske aktivitet kan vandkanonerne være drevet af cykler og ro-maskiner. Dermed bliver samarbejde og fysisk aktivitet en naturlig del af legen, ligesom det vil være oplagt, at forældre og andre voksne også deltager. KFF vurderer, at en vandidrætsle-geplads på 400m2 vil koste ca. 4,8 mio. kr. at anlægge, sva-rende til 4,9 mio. kr. i prisniveau 2012. Der søges om 10 mio. kr. i anlægsudgifter i 2012. De afledte serviceudgifter til vedli-geholdelse vil være på 2,5 mio. kr. årligt (dog mindre i an-lægsperioden).

### De økonomiske konsekvenser

Der søges samlet om anlægsmidler for 300 mio. kr. med heraf afledte serviceudgifter på 5,6 mio. kr. i 2013, 10,4 mio. kr. i 2014 og 16,7 mio. i 2015 og de efterfølgende år.

**Tabel 1. Anlægsudgifter og afledte serviceudgifter**

1.000 kr. – 2012 p/l	2012	2013	2014	2015
<i>Anlæg:</i>				
Bevægelsesfremmende legepladser	38.000	38.000	24.000	24.000
Udendørs dansefaciliteter	5.000	5.000	5.000	5.000
Fitnesspladser	5.000	5.000	5.000	5.000
Playspots	26.000	20.000	13.000	13.000
Cykelbænke	1.000	500	500	500
Digitale lommeparker	10.000	10.000	10.000	
Vandidrætslegeplads	10.000	8.000	5.000	2.000
Naturcenter ved Nordmolen	1.600	4.900		
<b>Anlægsudgifter i alt</b>	<b>96.600</b>	<b>91.400</b>	<b>62.500</b>	<b>49.500</b>
<i>Afledte serviceudgifter:</i>				
Udendørs dansefaciliteter		500	1.000	2.000
Fitnesspladser		500	1.000	2.000
Playspots		2.600	4.600	7.200
Digitale lommeparker		1.000	2.000	3.000
Vandidrætslegeplads		1.000	1.800	2.500
<b>Afledte serviceudgifter i alt</b>	<b>0</b>	<b>5.600</b>	<b>10.400</b>	<b>16.700</b>

De afledte serviceudgifter, som udgør midler til vedligeholdelse mv., er beregnet som 10 % af anlægsudgifterne, på de områder, hvor det ikke forventes at kunne indgå i den generelle vedligeholdelse. Mere præcise estimater foreligger ultimo juli 2011.

**Tabel 2. Serviceudgifter**

1.000 kr. – 2012 p/l	2012	2013	2014	2015
<i>Serviceudgifter:</i>				
Naturcenter ved Nordmolen *	0	250	1.000	1.000

<b>Serviceudgifter i alt</b>	<b>0</b>	<b>250</b>	<b>1.000</b>	<b>1.000</b>
------------------------------	----------	------------	--------------	--------------

*\* Naturcentret forventes jf. tidsplanen at kunne ibrugtages i 4. kvartal 2013. Serviceudgifterne er tilsvarende lave i 2013.*

#### **Tidsangivelse**

Der vil blive udarbejdet konkrete tidsplaner i forbindelse med konkretisering af de enkelte anlæg.

#### **Flere forvaltninger/udvalg**

Indsatserne skal gennemføres i et samarbejde mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Teknik- og Miljøforvaltningen, Kultur- og Fritidsforvaltningen samt Børne- og Ungdomsforvaltningen.