



KØBENHAVNS KOMMUNE
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
Økonomistaben

BUDGETØNSKER

01. juni 2011

Sagsnr.
2011-37603

Dokumentnr.
2011-37774

Sagsbehandler
Heidi Lundby/Stine
Thalund Petersen

Budgetønsker 2012 - notater



Indholdsfortegnelse

Reformprogram "Aktiv og tryk hele livet"	3
Spør 1 Stærkere fællesskab	3
1. Åbne døre for civilsamfundet og opgør med ensomheden	3
2. Demensskole for pårørende og forløbsprogram for borgere med demens	5
Spør 2 Mere frihed	7
3. Fri for bleer	7
4. Nye teknologiske løsninger	8
5. Mere tid til faglig ledelse	14
6. Stærkere faglig vejledning af medarbejderne vedr. træning og sår	17
Spør 3 Større tryghed	19
7. Lindring til alvorligt syge og tidlig indsats så færre borgere indlægges	19
Spør 4 Højere faglighed	21
8. Til kamp mod nedslidning af rengøringsmedarbejderne	21
 Københavns Kommunes Sundhedspolitik "Længe leve livet"	23
Spør 2 Sund og aktiv hverdag	23
9. Sundhed i beskæftigelsesindsatsen	23
Spør 3 Mere lighed i sundhed	26
10. Idrætsfaciliteter i udsatte områder og model for multifunktionel indretning af kommunale institutioner	26
Spør 4 Bedre forebyggelse og behandling	30
11. Børn med svær overvægt	30
12. Sundhedshuse – sikring af kapacitet	32
13. Implementering af forløbsprogrammer for borgere med KOL, type 2 diabetes, hjerte-karsygdom og ældre medicinske patienter	36
14. Flere rehabiliteringsforløb til borgere med kræft - bl.a. som følge af Kræftplan III	39
15. Ensartet serviceniveau i byen for den borgerrettede forebyggelse (KRAM)	41
16. Frivillig støtte til at fastholde sund livsstil	44
Underbilag til 'Budgetønsker 2012 – notater'	46

Reformprogram ”Aktiv og tryk hele livet”

Spor 1 Stærkere fællesskab

1. Åbne døre for civilsamfundet og opgør med ensomheden

Baggrund

København skal have stærkere fællesskaber med lokale netværk med deltagelse af aktive ældre, frivillige, pårørende, foreninger og erhvervsliv.

Målet for indsatsen er, at der kommer flere aktive ældre og frivillige i Københavns Kommune, så langt flere ældre københavnere kan hjælpes til at komme ud af ensomheden. Det kræver et stærkt samarbejde mellem kommunen og civilsamfundet.

Indhold

Københavns Kommune vil revidere retningslinierne for tildeling af § 79 midler (ca. 24 mio. kr. i 2011) ud fra følgende mål:

- Støtte til ældreklubber og aktiviteter på plejecentre skal gives, så pengene hovedsageligt bruges til netværksskabende aktiviteter.
- Støtte til besøgstjenester og instruktører til fx motion prioriteres, både for borgere i eget hjem og på plejecentre
- Fælles netværksarrangementer for klubber og andre ældretilbud i lokalområderne for rekruttering af nye medlemmer (- hvert lokalområde svarer til to bydele)
- Et fælles, frivilligt oplysnings- og rekrutteringsnetværk

De nye indsatser skal tage udgangspunkt i viden om, hvem de ensomme er – og hvorfor de føler sig ensomme. Et landkort over ensomhed i Københavns Kommune: Hvor bor de, der føler sig ensomme? Hvad karakteriserer deres fysiske og psykiske tilstand? Hvad får de hjælp til?

A) Brobygger i hvert lokalområde som bindeled mellem frivillige, foreninger og kommunen

For at sikre det fulde udbytte af ovennævnte omlægning ønskes midler til at ansætte 1 fuldtidsbrobygger i hvert lokalområde, dvs. i alt 5 brobyggere, som skal være bindeled mellem frivillige, foreninger og kommunen. Brobyggerne skal løbende understøtte og motivere samarbejdet og udvidelsen af nuværende netværksaktiviteter ved brug af følgende værktøjer:

B) Opstartsmidler til at udbrede netværk med frivillige, foreninger og kommunen til plejecentre og hjemmeplejen

Der ønskes opstartsmidler i hvert af de 5 lokalområder (200.000 kr. pr lokalområde) til at udbrede netværk med frivillige og kommunen til plejecentre og hjemmeplejen. Det kan blandt andet ske gennem afholdelse af informationsarrangementer, temadage, formidling af

information om byens aktiviteter og tilbud til de ældre medborgere og konkrete samarbejdsprojekter.

C) 100 spisevenner til ældre i hele byen

Der ønskes midler til, i samarbejde med frivillige organisationer, at iværksætte, at ældre, hjemmeboende københavnere har mulighed for at få en spiseven. Indsatsen fokuseres særligt på småtspisende borgere. Det er ambitionen at facilitere 100 spisevenner. De frivillige bidrager med socialt nærvær ved måltidet - Københavns Kommune betaler udgiften til mad og transport for spiseven, og til hvervekampagne og øvrige opstartsudgifter.

D) Hjælp til opstart af madklubber drevet af frivillige

Tilbyde midlertidig opstartsstøtte af madklubber til frivillige organisationer, i områder der er uden et tilbud, og støtte madklubber med succes, så de kan udvide kapaciteten eller 'eksportere' deres tilbud til andre – eksempelvis lokale medborgerhuse eller ældreboligforeninger.

De økonomiske konsekvenser

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2012 p/l	2012	2013	2014	2015
Reviderede retningslinier for tildeling af § 79 midler	0	0	0	0
5 fuldtidsbrobyggere i lokalområderne	2.000	2.000	2.000	2.000
Opstartsmidler til at udbrede netværk i de 5 lokalområder	1.000	1.000	1.000	1.000
Spisevenner	1.000	1.000	1.000	1.000
Facilitere opstart af Madklubber	500	500	100	0
Serviceudgifter i alt	4.500	4.500	4.100	4.000

Midlerne er ikke varige midler.

Tidligere afsatte midler

Området har ikke været prioriteret i tidligere budgetaftaler fra 2009 og frem.

2. Demensskole for pårørende og forløbsprogram for borgere med demens

Baggrund

Ca. 6000 Københavnerne lever i dag med sygdommen demens. I de kommende år vil antallet af yngre borgere med demens vokse, og tilsvarende gruppen af pårørende, der er nøglen til en værdig hverdag for kommunens borgere med demens.

Demens er en kompleks sygdom og forbundet med særlige udfordringer, da borgeren med demens gradvist mister evnen til at tage vare på sig selv og definere egne behov. Foruden lægefaglig behandling og opfølgning vil borgeren med demens oftest få et stigende behov for hjælp og støtte i hverdagen, hvilket stiller krav til en sammenhængende indsats mellem sektorerne.

Demens beskrives ofte som de pårørendes sygdom, da demens ikke kun påvirker den sygdomsramte, men hele familien, og undersøgelser viser, at pårørende til mennesker med demens er mere udsatte for depression og stress.

Indhold

Demensskole for pårørende

Københavns Kommune vil etablere en demensskole, der skal sikre, at pårørende til mennesker med demens modtager den rette og nødvendige information, hjælp og støtte gennem hele sygdomsforløbet, og herved mindsker de psykiske belastninger for de pårørende.

Demensskolen skal:

- Vejlede, undervise og oplyse om demens
- Undervise i metoder til at forebygge konflikter mellem borgeren med demens og den pårørende
- Medvirke til at skabe netværk mellem pårørende til mennesker med demens

Tilbuddene til de pårørende styrkes og kvalificeres ved at inddrage organisationer som Alzheimerforeningen samt nuværende og tidligere pårørende, der kan dele ud af deres erfaringer.

Demensskolen etableres i alle lokalområder i samarbejde mellem kommunens sundhedshuse og demenscentre. Det forventes, at demensskolen vil være i kontakt med ca. 200 pårørende i hvert lokalområde årligt, og dermed gøres en betydelig indsats overfor de borgere, der som pårørende er berørt af demens. Hvert lokalområde svarer til to bydele.

Forløbsprogram for borgere med demens

Københavns Kommune har med sundhedsaftalen 2011-2014 forpligtet sig til at implementere 'Forløbsprogram for demens' i perioden 2011-2012.

Forløbsprogram for demens skal sikre, at borgeren og de pårørende oplever en sammenhængende tværsektoriel og tværfaglige indsats mellem hospital, almen praksis og kommunen, bl.a. ved tilknytning af en lægefaglig tovholder og forløbskoordinator gennem hele forløbet. Kommunen skal som udgangspunkt implementere tre minimumsstandarder:

- 'Udpegning af forløbskoordinator'
- 'Vejledning om tilbud til nydiagnosticerede'
- 'Information om tilbud til pårørende'.

Servicestyrelsen har bevilliget en mindre pulje til at understøtte den organisatoriske implementering af 'Forløbsprogram for demens' i hele Region Hovedstaden. Der ønskes derfor midler til at understøtte den konkrete implementering af forløbsprogrammet i Københavns Kommune.

De økonomiske konsekvenser

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2012 p/l	2012	2013	2014	2015
<i>Serviceudgifter:</i>				
Demensskole for pårørende	1.000	1.000	1.000	1.000
Forløbsprogram for borgere med demens	1.000	1.000	1.000	1.000
Serviceudgifter i alt	2.000	2.000	2.000	2.000

Der ansøges om varige midler.

Tidligere afsatte midler

Demensskole for pårørende og forløbsprogram for borgere med demens har ikke været prioriteret i tidligere budgetaftaler fra 2009 og frem.

Region Hovedstaden har fået bevilget 700.000 kr. af Servicestyrelsen til implementering af forløbsprogrammet for borgere med demens.

Spør 2 Mere frihed

3. Fri for bleer

Baggrund

I dag visiteres mange borgere, der lider af inkontinens, til ble eller lignende muligheder for at afhjælpe problemer med inkontinens. Undersøgelser viser, at borgere i mange tilfælde vil kunne hjælpes bedre og mere værdigt, herunder ved bækkenbundstræning, der har effekt i op til 5 år.

Målet med indsatsen er, at øge borgerens mulighed for at føre et aktivt og socialt liv, og dermed blive uafhængig af ble som hjælpemiddel. For mange er inkontinens stærkt socialt invaliderende – blandt andet på grund af lugt.

Indhold

Borgere, der ansøger om bleer til hjælpemiddel, vil blive visiteret til en tværfaglig undersøgelse af årsag til inkontinens og modtage vejledning. Indsatsen vil omfatte 500 borgere årligt. Et tværfagligt udredningsforløb vil bestå af 3 timers undersøgelse og opfølgning ved inkontinenssygeplejerske og 2 timers undersøgelse og opfølgning ved fysioterapeut.

Det forventes, at ca. 250 af disse borgere vil kunne profitere af et genoptræningsforløb, og de vil få tilbud om bækkenbundstræning. Genoptræningsforløbet vil bestå af 2 timers holdtræning i 12 uger med 8 borgere pr. hold. Der vil endvidere være behov for at indkøbe hjælpemidler i træningsøjemed.

Indholdet i indsatsen vil blive udviklet og tilpasset i opstartsåret i takt med erfaringerne med målgruppen for indsatsen.

De økonomiske konsekvenser

Der søges midler til udredningsforløb for 500 borgere årligt og midler til genoptræningsforløb for 250 borgere årligt. Der skal indkøbes ca. 25 hjælpemidler samt tilhørende engangsudstyr til ca. 2.500 kr. pr stk.

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2011 p/l	2012	2013	2014	2015
<i>Serviceudgifter:</i>				
Udredning og genoptræning	2.435	2.435	2.435	2.435
Hjælpemidler	65	65	65	65
Serviceudgifter i alt	2.500	2.500	2.500	2.500

Der ansøges om varige midler.

Tidligere afsatte midler

Området har ikke været prioriteret i tidligere budgetaftaler fra 2009 og frem.

4. Nye teknologiske løsninger

Baggrund

Nye teknologiske løsninger kan bidrage til, at flere ældre får hjælp til selv at kunne klare flere af dagligdagens opgaver og dermed forblive uafhængige af hjælp længere.

Nye teknologiske løsninger, herunder ældreegnede cykler, kan også give både frihed til at komme rundt over større distancer, og være med til at holde ældre aktive og fri for de sygdomme og skavanker, der ofte kommer af inaktivitet.

Derudover kan tunge løft og opslidende arbejdsfunktioner for mange medarbejdere klares lettere ved hjælp af teknologiske løsninger. Plejesektoren er præget af tidlig tilbagetrækning, nedslidning og ansatte, der kun bliver i jobbet i kort tid. Det kan øget brug af teknologi bidrage til at afhjælpe.

Endelig kan nye teknologiske løsninger også være med til at løfte kvaliteten i eksisterende indsatser på sundhedsområdet, fx for type 2 diabetes, hvor en telemedicinsk indsats har potentiale for at skabe bedre livskvalitet og egenomsorg hos diabetespatienten.

Der er derfor behov for investeringer i nye teknologiske løsninger, der dels hjælper ældre med at mestre eget liv, forbedrer arbejdsmiljøet, løfter kvaliteten i ydelser og bidrager til, at København er landets førende by, når det gælder brug af velfærdsteknologi. København skal være 'driver' af en sund vækst-dagsorden.

Indhold

A) Nye teknologiske løsninger til øget selvhjulpenhed hos københavnernes og lettere hverdag for medarbejderne

Der ønskes midler til afprøvning, anskaffelse og implementering af følgende nye teknologiske løsninger:

Badeløsninger til personer med funktionsnedsættelse. Der er tale om badeløsninger, der gør borgerne i stand til at tage brusebad og tørre sig selv. Der er behov for afprøvning af forskellige løsninger, herunder baderum, baderoboter, baderumsmøbler samt hjælpemidler. De nye badeløsninger afprøves på udvalgte steder, herunder nye plejecentre, eksisterende plejecentre, plejecentre med midlertidige pladser, træningscentre samt hos borgere tilknyttet hjemmeplejen for at undersøge, hvor og hvilke badeløsninger det giver mening at implementere. Der ønskes midler til ca. 10 baderum, 10 bruse- og badekabiner samt 200 baderumsmøbler og -hjælpemidler.

Spisehjælpemidler der kan hjælpe borgerne i forbindelse med spisning ved at kompensere for rystelser i arme og hænder. Nye spisehjælpemidler, fx en løftearm, afprøves hos ældre borgere, der er visiteret til ydelsen "hjælp til spisning" (ca. 1.000 borgere pr. februar

2011), og hos ældre beboere i plejeboliger, der får hjælp under måltiderne, med henblik på erfaringsopsamling og vurdering af hjælpemidlers potentiale. Der ønskes midler til afprøvning og implementering af spisehjælpemidler, i alt ca. 250 spisehjælpemidler. Erfaringerne med afprøvningen på ældreområdet kan overføres til andre forvaltninger, fx SOF.

Digitale skærmløsninger der kan understøtte ældres egne ressourcer, fx bestilling og køb af varer på internettet, deltagelse i fællesaktiviteter samt kontakt til pårørende, venner og plejepersonale. Digitale skærmløsninger afprøves i hjemmet hos borgere, der modtager hjemmepleje, hos beboere i plejeboliger samt hos plejepersonale. Afprøvningen af skærmløsninger på ældreområdet skal bidrage til implementering af nye digitale skærmløsninger. Anskaffelse og implementering af 300 digitale skærmløsninger kører som business case til budget 2012 på tværs af kommunen.

Nye teknologiske løsninger der giver en lettere hverdag for medarbejderne. Der ønskes midler til løbende og systematisk at afprøve og anskaffe de teknologiske løsninger, der har de største potentialer for at lette medarbejdernes hverdag og støtte trivslen. Derudover handler det om, at få afprøvet hvilke teknologier, der økonomisk er mest rentable. Teknologier, der kan reducere fysisk nedslidning, er eksempelvis forskellige former for lifte, mobile bad- og toiletstole samt robot-gulvvaskere. Derudover kan tale-generatorer gøre det muligt at læse fra medicinæsker, ligesom el-cykler kan være en hjælp for medarbejdere, der ellers har svært ved at komme rundt.

Afprøvningen af de nye teknologier starter med bad- og toiletstole, nye lifte, fx mobile selvkørende personlifte samt el-cykler. Dernæst afprøves robot-gulvvaskere og tale-generatorer.

Der vil være fokus på samarbejde med forskningsmiljøer og private producenter i afprøvningsfasen af de nye teknologiske løsninger.

B) Cykler i byen

Københavns Kommune vil anskaffe 100 ældreegnede cykler, herunder el-cykler og andre ældreegnede cykler, fx trehjulede. Cyklerne stilles til rådighed på aktivitetscentre og til fælles arrangementer. Andre cykler kan stilles til rådighed for ældre borgere i forbindelse med en forebyggende behandling.

Målet er, at borgerne ved at anvende cyklerne optræner eller vedligeholder nogle færdigheder, og at de samtidig får nogle gode fælles oplevelser i byens rum.

Problemer med balancen kan betyde at ældre stopper med at cykle fordi de er bange for at vælte i trafikken. Her kan fx en trehjulet cykel være en god hjælp. Det kræver imidlertid træning før man kan bruge cyklen, træning i at færdes i trafikken igen og ofte også fysisk træning for at få styrken i benene til at cykle igen.

Aktiviteter på cykel vil være et nyt tilbud til de ældre københavnere. Det vurderes at ca. 300 borgere vil få gavn af tilbuddet.

C) Tværsektoriel telemedicinsk indsats overfor borgere med type 2 diabetes

Tilbuddet om en telemedicinsk indsats målrettet borgere med type 2 diabetes skaber mulighed for tætte kontroller uden at det kræver hyppige fremmøder hos egen læge eller i diabetesambulatoriet.

Hyppige, tætte kontroller medfører bedre regulering af sygdommen og en telemedicinsk indsats med direkte opfølgning og handling fra en fagperson har potentiale for at skabe bedre livskvalitet og egenomsorg hos diabetespatienten, idet patienten medvirker aktivt til de bedst mulige resultater af behandlingen. Den nye sygeplejefaglige indsats på diabetes området forankres i Forebyggelsescenter Nørrebro og kvalitetssikres gennem supervision og rådgivning fra en speciallæge på Bispebjerg Hospital.

Mulige barrierer af organisatorisk og teknologisk karakter forebygges gennem kompetenceudvikling af personalet og retningslinier for arbejdsdeling på tværs af faggrupper og sektorer.

De økonomiske konsekvenser

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2012 p/l	2012	2013	2014	2015
<i>Serviceudgifter:</i>				
<i>Tværsektoriel telemedicinsk indsats overfor borgere med type 2 diabetes:</i>				
- Sygeplejersketimer, inkl. kompetenceudvikling	330	530	450	450
- it-understøttelse (drift af database, bredbånd mv.)	670	1.170	1.650	1.650
Serviceudgifter i alt	1.000	1.700	2.100	2.100

Der ønskes varige driftsmidler til indsatsen.

Tabel 2. Anlægsudgifter

1.000 kr. – 2012 p/l	2011	2012	2013	2014	2015	*
<i>Anlæg:</i>						
Nye teknologiske løsninger til øget selvhjulpethed hos københavnernes og lettere hverdag for medarbejderne	0	3.000	6.000	1.500	1.400	*
Indkøb af cykler og etablering af opbevaringsfaciliteter	1.800	0	0	0	0	*
Tværsætoriel telemedicinsk indsats: Udvikling af systemintegration og indkøb af måleudstyr	0	1.800	600	800	800	
Anlægsudgifter i alt	1.800	4.800	6.600	2.300	2.200	*

Note: *-markeringer betyder at bevillingen i 2011 ønskes givet som anlægsbevilling ved budgetårets start.

Tidsangivelse*Nye teknologiske løsninger til øget selvhjulpethed hos københavnernes og lettere hverdag for medarbejderne:*

I forhold til de borgerrettede teknologier vil afprøvning, anskaffelse og implementering primært finde sted i 2012 og 2013. I forhold til de medarbejderrettede teknologier er der tale om midler over en 4-årig periode til kontinuerlig afprøvning, anskaffelse og implementering af forskellige teknologier.

Tabel 3. Tidsangivelse for anlægsprojekt

Anlægsaktivitet, tidsangivelse	2012				2013				2014				2015			
	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv
- Afprøvning af badeløsninger	x	x	x	x	x	x	x	x								
- Afprøvning af spisehjælpemidler	x	x	x	x												
- Afprøvning af skærmløsninger	x	x	x	x	x	x	x	x								
- Implementering af badeløsninger							x	x	x	x	x	x	x	x		
- Implementering af spisehjælpemidler					x	x	x	x								
- Løbende afprøvning og anskaffelse af forskellige teknologier til at støtte medarbejderne	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Anlægsaktiviteterne er listet i tabellen i den prioriterede rækkefølge.

Cykler i byen:

Table 4. Tidsangivelse for anlægsprojekt

Anlægsaktivitet, tidsangivelse	2012				2013				2014				2015			
	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv
- Forprojektering afsluttet																
- Udbud gennemført																
- Anlægsbevilling givet																
- Opførelse igangsat																
- Opførelse afsluttet	x															
- Facilitet ibrugtaget	x															

Tværsæktoriel telemedicinsk indsats overfor borgere med type 2 diabetes:

Indkøb af måleudstyr er spredt ud over budgetårene 2012-2015 grundet løbende teknologiuudvikling på området og behov for at indhente erfaringer og justere i forhold til disse.

Udvikling af systemintegration påbegyndes i 2011 og afsluttes i 2012.

Risikovurdering i anlægsprojekter

Afprøvningerne af teknologiske løsninger til øget selvhjælpen hos ældre kan eventuelt vise, at de valgte løsninger ikke kan anvendes af ældre borgere eller i relationen mellem ældre borgere og medarbejdere og dermed ikke kan implementeres i det forventede omfang. Hertil kommer risici i forhold til robotløsningers modenhed. Risiciene tages med i en samlet vurdering forud for implementeringen.

Tidligere afsatte midler

Fokus på anlægsmidler til indkøb af nye teknologiske løsninger supplerer driftsindsatsen på Forskningsplejehjem Sølund for at sikre kommunens innovationskapacitet på ældreområdet.

Vedr. telemedicinsk indsats blev der afsat 1,2 mio. kr. i anlæg og 0,3 mio. kr. i drift i 2011 til at fortsætte projektet med telemedicin til kronisk syge, som hidtil har været finansieret af statslige puljemidler. Der er tale om et-årige midler, som ikke fortsætter i 2012.

Cykler har ikke været prioriteret i tidligere budgetaftaler fra 2009 og frem.

Tabel 5. Afsatte midler på området i tidligere budgetaftaler:

1.000 kr. (løbende p/l)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Afsatte midler i budgetaftale 2009:</i>							
Løftlifte på plejehjem	22.600						
<i>Afsatte midler i budgetaftale 2011:</i>							
Forsknings-plejehjem Sølund			2.000	2.000	2.000	2.000	
Telemedicin til behandling af kronisk sygdom			1.500				
Afsatte midler i alt	22.600		3.500	2.000	2.000	2.000	
Heraf forbrugt	22.600						

5. Mere tid til faglig ledelse

Baggrund

Der er behov for et fagligt løft af hjemmeplejen, som kommer borgerne til gavn i form af ydelser med højt fagligt indhold samt et skærpet og vedvarende fokus på, at borgeren hjælpes til bedst muligt at forblive aktiv og selvhjulpent længst muligt.

Det faglige løft i hjemmeplejen er sammensat af flere elementer. Vigtigst er kompetenceudvikling og supervision af medarbejderne, samt en styrkelse af gruppelederfunktionen i hjemmeplejen. Der er fire overordnede elementer, som bidrager til at støtte op omkring gruppelederfunktionen:

- Der tilknyttes en ny faglig leder til hver hjemmeplejeenhed, der i lighed med den sygeplejefaglige leder i sygeplejen, støtter op omkring den faglige udvikling af medarbejderne
- Der skabes mere tid til gruppeledernes faglige praksisnære ledelse af medarbejdere via aflastning af administrative opgaver
- Kompetenceudvikling af gruppelederne, herunder udvikling af gruppeledernes ledelses- og læringskompetencer
- Hver hjemmeplejeenhed får en udgående terapeutfaglig vejleder, der specifikt bidrager med at udvikle træningskompetencer og fastholder fokus på omstillingen af ydelser, som følger af ”Aktiv og tryk hele livet”.

Disse indsatser skal supplere den eksisterende kompetence- og ledelsesudvikling i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

I dette budgetnotat beskrives forslaget om 1 faglig leder pr. hjemmeplejeenhed, mere tid til faglig ledelse, kompetenceudvikling af gruppeledere og fælles tilgang til forandringerne på arbejdspladserne.

Indhold

1 faglig leder i hver hjemmeplejeenhed (5 i alt)

Den faglige ledelse skal udvikles med afsæt i lederens direkte kontakt med medarbejdere og borgere. Der søges midler til 5 faglige ledere i hjemmeplejen, svarende til de faglige sygeplejeledere i den kommunale sygepleje. De faglige ledere skal understøtte og udvikle kvaliteten i de leverede ydelser i samarbejde med medarbejderen eller en gruppe af medarbejdere. Behovet skønnes at være størst i hjemmeplejen. Her foregår arbejdet med borgeren adskilt fra resten af arbejdspladsen, og her skal der ske omfattende faglige og kulturelle ændringer for at sikre en gennemførelse af paradigmeskiftet. Der vil være i gennemsnit ca. 330 medarbejdere pr. faglig leder i hjemmeplejen. Medarbejderne er fordelt på ca. 13 grupper og den faglige leder vil have knap 3 timer ugentligt til hver gruppe.

Mere tid til gruppeledernes faglige praksisnære ledelse af medarbejderne

Der skal ske en styrkelse af gruppelederfunktionen i hjemmeplejen, så der skabes mere tid til den nødvendige faglige ledelse af medarbejderne.

Det gøres ved at aflaste gruppelederne for administrative opgaver. Med forslaget aflastes hver gruppeleder for administrative opgaver svarende til 1 dags arbejde om ugen. Den tid skal gruppelederen i stedet anvende til faglig udvikling og ledelse af medarbejderne. Dvs. at hver gruppe får 7,5 timer ugentligt i mere faglig ledelse end i dag. En gruppeleder leder op mod 30 medarbejdere.

Kompetenceudvikling

Samtidig afsættes midler til kompetenceudvikling af gruppelederne. Der forventes en udvikling, hvor lederen i stigende grad er synlig i det faglige læringsmiljø, og hvor medarbejderne i stigende grad synliggør de daglige faglige udfordringer i arbejdet og efterspørger støtte til løsning heraf. Gruppelederne støttes konkret ved at alle ca. 65 gruppeledere i hjemmeplejen gennemfører diplom- eller akademiuddannelse i ledelse.

Fælles tilgang til forandringerne på arbejdspladserne

Der gennemføres et projekt, der skal sikre, at ”Aktiv og tryk hele livet” får mening i praksis for medarbejderne. Medarbejderne i hjemmeplejen skal arbejde med, hvordan de hver især og sammen kan omsætte den ændrede tilgang til det daglige arbejde, og håndtere de muligheder og udfordringer de møder. Herunder kommunikere om det nye faglige grundlag med borgere og pårørende.

Det skal blandt andet ske gennem tilkøb af ydelser fra Arbejdsmiljø København med henblik på udgående støtte til linieledelsens arbejde med at gennemføre kulturforandringen, omstille arbejdspladsernes fokus og ydelsernes karakter.

Projektet skal også danne grundlag for at udvikle det fælles faglige fundament for fremtidens hjemmepleje i form af redskaber eller en værktøjskasse til medarbejderne. Det kan fx være faglig supervision, redskaber til at håndtere modstand eller teknikker til at motivere.

De økonomiske konsekvenser

Udgiften til 1 faglig leder i hver hjemmeplejeenhed, dvs. i alt 5 faglige ledere, vil være 2,5 mio. kr. årligt. Udgiften til administrativt at aflaste hver gruppeleder 1 dag ugentligt er 4,6 mio. kr. årligt og er beregnet på basis af at 5 gruppeledere deler en administrativ medarbejder. Der er tale om varige midler til begge indsatser.

Udgiften til kompetenceudvikling af alle gruppelederne udgør 3,3 mio. kr. og dækker omkostninger til akademi- eller diplomuddannelse i ledelse for alle gruppeledere i hjemmeplejen. Udgifterne for kompetenceudvikling er fordelt over en 3-årig periode for at give tid til at gennemføre uddannelsesforløbene, der typisk består af et antal moduler fordelt over 2 ½ år.

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2012 p/l	2012	2013	2014	2015
<i>Serviceudgifter:</i>				
1 faglig leder pr hjemmeplejeenhed (5 stk.)	2.500	2.500	2.500	2.500
Mere tid til gruppeledernes faglige praksisnære ledelse af medarbejderne	4.600	4.600	4.600	4.600
Kompetenceudvikling af gruppelederne	1.100	1.100	1.100	0
Projekt vedr. hvordan Aktiv og tryk hele livet får mening i praksis blandt medarbejderne	1.000	1.000	0	0
Serviceudgifter i alt	9.200	9.200	8.200	7.100

Tidsangivelse

Fælles tilgang til forandringerne på arbejdspladserne

Tabel 2. Tidsangivelse for driftsaktivitet

Driftsaktivitet, Tidsangivelse	2012				2013				2014				2015			
	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.
	k v	k v	k v	k v	k v	k v	k v	k v	k v	k v	k v	k v	k v	k v	k v	k v
- Projekt igangsat	X															
- BR-bevilling givet																
- Projekt sat i fuld drift					X											
- Projekt afsluttet									X							

Tidligere afsatte midler

Området har ikke været prioriteret i tidligere budgetaftaler fra 2009 og frem.

6. Stærkere faglig vejledning af medarbejderne vedr. træning og sår

Baggrund

Der er behov for et fagligt løft af hjemmeplejen, som kommer borgerne til gavn i form af ydelser med højt fagligt indhold samt et skærpet og vedvarende fokus på, at borgeren hjælpes til bedst muligt at forblive aktiv og selvhjulpent længst muligt.

Det faglige løft i hjemmeplejen er sammensat af flere elementer. Vigtigst er kompetenceudvikling og supervision af medarbejderne, samt en styrkelse af gruppelederfunktionen i hjemmeplejen. Der er fire overordnede elementer, som bidrager til at støtte op omkring gruppelederfunktionen:

- Der tilknyttes en ny faglig leder til hver hjemmeplejeenhed, der i lighed med den sygeplejefaglige leder i sygeplejen, støtter op omkring den faglige udvikling af medarbejderne
- Der skabes mere tid til gruppeledernes faglige praksisnære ledelse af medarbejdere via aflastning af administrative opgaver
- Kompetenceudvikling af gruppelederne, herunder udvikling af gruppeledernes ledelses- og læringskompetencer
- Hver hjemmeplejeenhed får en udgående terapeutfaglig vejleder, der specifikt bidrager med at udvikle træningskompetencer og fastholder fokus på omstillingen af ydelser, som følger af ”Aktiv og tryk hele livet”.

Disse indsats skal supplere den eksisterende kompetence- og ledelsesudvikling i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

I dette budgetnotat beskrives forslaget om 1 udgående terapeutfaglig vejleder pr. hjemmeplejeenhed og supervision og kompetenceudvikling af medarbejderne.

Indhold

5 lokale terapeutfaglige vejledere i lokalområderne

Der ansættes 5 lokale terapeutfaglige vejledere, som skal hjælpe med opstarten af træning i hverdagen i lokalområderne - hvert lokalområde svarer til to bydele. Vejlederens opgave er dels faglig - i mødet med borgeren, hvor hjælperen understøttes til faglig refleksion - og dels organisatorisk i samarbejdet på tværs af visitation, hjemmepleje og træningscentre, så det enkelte borgerforløb understøttes.

Supervision af medarbejderne vedrørende træning

Medarbejderne støttes i det faglige møde med borgeren ved en tæt supervision ved terapeuter i borgerens hjem. En enkelt intervention består af 3 timers supervision og den samlede indsats vil omfatte supervision af medarbejderen hos ca. 900 borgere årligt.

Terapeuten sætter mål for den aktiverende indsats sammen med borger og medarbejder og følger op på effekt og ny indsats. Supervisionen af medarbejderen foregår i borgers hjem ved terapeuter fra træningscentre

i forbindelse med, at borgeren er visiteret til ydelsen ”træning ved hjælper” og eventuelt genoptræning på træningscenter.

Supervision og kompetenceudvikling i sårbehandling

Behandlingen af sår kan forbedres ved at give relevante medarbejdere supervision og kompetenceudvikling i den nødvendige teknologiske ’know how’ vedr. anvendelse af fotoudveksling og sårdatabase.

Behandlingen af borgeren – sårpatienten – understøttes telemedicinsk ved anvendelse af en sårdatabase, hvor sårpatientens data, relevante undersøgelser, diagnose, behandling samt opmåling og foto af såret registreres. De relevante behandlere, i kommunen og på hospital, har adgang til databasen og det åbner mulighed for løbende faglig supervision og rådgivning fra speciallæger på hospitalet.

De økonomiske konsekvenser

Midlerne til kompetenceudvikling vedr. sår skal anvendes i 2012 og udgør 400.000 kr.

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2012 p/l	2012	2013	2014	2015
<i>Serviceudgifter:</i>				
<i>5 lokale terapeutfaglige vejledere</i>	2.000	2.000	2.000	2.000
<i>Supervision/ kompetenceudvikling træning</i>	2.600	2.600	2.600	2.600
<i>Supervision/ kompetenceudvikling sår</i>	400	0	0	0
Serviceudgifter i alt	5.000	4.600	4.600	4.600

Der søges om varige midler til de 5 terapeutfaglige vejledere og supervision af medarbejderne vedrørende træning.

Tidligere afsatte midler

Tabel 2. Afsatte midler på området i tidligere budgetaftaler:

1.000 kr. (løbende p/l)	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Afsatte midler i budgetaftale 2011:</i>						
<i>- Telemedicin til behandling af kronisk sygdom</i>		1.500				
Afsatte midler i alt		1.500				
Heraf forbrugt						

Der blev afsat 1,2 mio. kr. i anlæg og 0,3 mio. kr. i drift i 2011 til at fortsætte projektet med telemedicin til kronisk syge, som hidtil har været finansieret af statslige puljemidler. Der er tale om et-årige midler, som ikke fortsætter i 2012.

Spør 3 Større tryghed

7. Lindring til alvorligt syge og tidlig indsats så færre borgere indlægges

Baggrund

Ingen skal, uønsket, dø alene, og alle borgere skal i livets sidste fase sikres de rette tilbud. Københavns Kommune ønsker med den palliative omsorg at opnå den størst mulige livskvalitet for borgeren og dennes familie i den sidste fase af livet, samt skabe rammerne for en værdig død ved en indsats, der både er rettet mod smertelindring såvel som andre fysiske og psykologiske udfordringer.

Dette vil ske gennem en helhedsmodel og tværgående indsats målrettet svært sygdomsramte og døende københavnere. Det gælder både borgere, som bor hjemme, og borgere som bor på plejehjem.

Københavns Kommune skal også blive bedre til at gribe ind med en tidlig indsats ved almindeligt forekommende sygdomme. Dermed forebygges unødige indlæggelser for københavnere, og kommunen reducerer fremtidige udgiftsstigninger til den aktivitetsbestemte medfinansiering af sundhedsvæsenet.

Indhold

Lindring til alvorligt syge

Københavns Kommune vil danne et kommunalt udgående palliativt team, for herved at styrke og prioritere den palliative indsats

Et udgående palliativt team vil bidrage til at udvikle indsatsen på palliationsområdet, så svært sygdomsramte og døende borgere får den bedst mulige omsorg og pleje, både fysisk, psykisk og åndeligt, i deres sidste levetid. Borgerne skal sikres størst mulig livskvalitet, og rammerne for en værdig død skal være til stede. Indsatsen har også fokus på de pårørende.

Indsatsen vil fordoble den nuværende indsats, så det fremadrettet forventes at 400 borgere kan få tilbudt ydelsen.

Tidlig indsats så færre borgere indlægges

Københavns Kommune vil forebygge unødige indlæggelser ved tidligt at få øje på og reagere i forhold til borgere, der har brug for en særlig indsats i forbindelse med almindeligt forekommende sygdomme som lungebetændelse, blærebetændelse, væskemangel og brud.

En tidlig indsats, der kan forebygge hospitalsindlæggelser nødvendiggør et kompetenceløft af sygehjælpere og i et vist omfang sosu-hjælpere, og vil gøre personalegruppen bedre i stand til at observere en proces, som indebærer reduktion af funktionsevne og/eller helbredstilstand, og til at reagere på en hensigtsmæssig måde i forhold til det observerede. I alt

drejer det sig om 3250 ansatte på de københavnske plejehjem og i den københavnske hjemmepleje.

De økonomiske konsekvenser

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2012 p/l	2012	2013	2014	2015
<i>Serviceudgifter:</i>				
Etablering af udgående palliativt team	2.000	2.000	2.000	2.000
Kompetenceløft af sygehjælpere og sosu-hjælpere på plejehjem og i hjemmeplejen	1.000	300	300	300
Serviceudgifter i alt	3.000	2.300	2.300	2.300

Der ansøges om varige midler.

Udgiften til kompetenceløft af plejepersonalet kan dækkes delvist af de statslige puljemidler *'Pulje vedr. forløbs-programmer til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom'*, som SUF er tildelt t.o.m. 2012. Budgetønsket går på delvis udgiftsdækning på 1,0 mio. kr. i 2012. I 2013 og frem vil der være en mindre uddannelsesindsats af plejepersonalet – hovedsageligt som følge af et forventeligt personalemæssigt 'turn over', svarende til 300.000 kr. årligt. Midlerne hertil ansøges som varige midler.

Kompetenceløftet af plejepersonalet forventes at medføre en betragtelig reduktion af aktivitetsbestemt medfinansiering af sundhedsvæsenet, sådan at Københavns Kommune allerede i andet uddannelsesår (2013) opnår en samlet besparelse. Der er således et besparelspotential på op til 3 mio. kr. årligt på den aktivitetsbestemte medfinansiering.

Reduktionen af udgifterne til aktivitetsbestemt medfinansiering af sundhedsvæsenet fremgår ikke af oversigten, da aktivitetsbestemt medfinansiering ikke henhører under servicemållrammen. Vedlagte business case redegør dog for dette.

Tidligere afsatte midler

Området har ikke været prioriteret i tidligere budgetaftaler fra 2009 og frem.

Spør 4 Højere faglighed

8. Til kamp mod nedslidning af rengøringsmedarbejderne

Baggrund

Der er behov for at gøre en særlig indsats for at forebygge nedslidning, så berørte medarbejdere har mulighed for at beholde deres arbejde frem til pensionsalderen. Ofte er det medarbejdere med kort uddannelse og et generelt dårligt helbred, der rammes af nedslidning.

Forebyggelse af skader på bevægeapparatet og hjerte-karsygdomme, hos medarbejdere med fysisk hårdt arbejde, kræver målrettet fysisk aktivitet udover arbejdet. Dette er helt i tråd med regeringens strategi på arbejdsmiljøområdet frem mod 2020. I denne plan er det bl.a. målet at reducere antallet af overbelastninger af muskler og skelet, frem mod 2020, med 20 procent.

Indhold

Rengøringsmedarbejdere er en af de medarbejdergrupper, som er mest udsat for nedslidning som følge af fysisk hårdt og belastende arbejde. Deres fysiske helbred er ofte dårligt, ligesom de ofte er fysisk inaktive i deres fritid.

Københavns Kommune vil gennemføre en indsats overfor Sundheds- og Omsorgsforvaltningens ca. 300 rengøringsmedarbejdere for at forebygge nedslidning.

Konkret iværksættes en kaskadeindsats, hvor to kaskader af hver 60 medarbejdere indgår i et projekt, der styrker bevægeapparatet: Der arbejdes med kropsbevidsthed, sundhedsfremme, træningsfysiologi og læring af gode arbejdsbevægelser. Dette kombineres med en styrkelse af den generelle sundhedstilstand og motionsvaner, sådan at arbejdet med rengøring alt i alt bliver mindre fysisk nedslidende. Det er centralt, at forløbet kobles til den enkelte medarbejders konkrete arbejdsforhold og belastninger.

Projektforløbet indledes med et arbejdspladsbesøg, hvor deltagernes belastninger og bevægelser bliver iagttaget. Herefter følger et 10-ugers praktisk og teoretisk forløb, og endelig afsluttes projektet med yderligere et arbejdspladsbesøg, med fokus på implementering og gennemgang af arbejdsrutiner og -redskaber.

Projektets forankring og udbredelse til øvrige medarbejdere forudsætter en klar opbakning fra de lokale ledere, som aktivt forventes at støtte medarbejderne i at deltage og fastholde deres handlingsplaner fra projektet. Lederne deltager derfor også i arbejdspladsbesøgene, og går aktivt ind i indførelsen af nye og bedre arbejdsbevægelser for hele medarbejdergruppen.

I sammenhæng hermed forventes de 120 deltagere også at agere ildsjæle og 'sprede ringe i vandet': Projektets deltagere fortæller kollegaerne om projektets konkrete indhold mhp. at inspirerer dem til at benytte mindre belastende arbejdsbevægelser og træne mere.

Projektet er to årigt, men forventes at have vedvarende effekt, netop fordi medarbejdernes læring er praksisnær – forankret i arbejdslivets rutiner, der ved ledelsens mellemkomst udbredes til hele medarbejdergruppen, og dermed indgår i kulturen omkring arbejdets udførelse. Projektet bygger på idé og erfaringer fra det projekt, som i indeværende år, gennemføres i Rengøringservice i KFF – finansieret af eksterne midler fra Forebyggelsesfonden.

Effektmål

- 90 pct. af de lokale ledere arbejder aktivt med at forankre og fastholde resultater fra projektet til hele medarbejdergruppen.
- 90 pct. af rengøringsmedarbejderne har tillært sig hensigtsmæssige arbejdsbevægelser og bruger dem i hverdagen.
- 90 pct. af projektdeltagerne oplever en forbedring i deres selvvurderede helbred; en øget fysisk kapacitet og færre gener i det daglige

De økonomiske konsekvenser

Projektet udføres af Arbejdsmiljø København. Udgifterne vedrører betaling for konsulenttimer til gennemførelse af projektførelsen:

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2012 p/l	2012	2013	2014	2015
Serviceudgifter:	1.000	1.000		
Serviceudgifter i alt	1.000	1.000	0	0

Tidsangivelse

Tabel 2. Tidsangivelse for driftsaktivitet

Driftsaktivitet, tidsangivelse	2012				2013				2014				2015			
	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv
- Projekt igangsat		X														
- BR-bevilling givet	X															
- Projekt sat i fuld drift			X	X	X	X	X	X								
- Projekt afsluttet									X							

Tidligere afsatte midler

Området har ikke været prioriteret i tidligere budgetaftaler fra 2009 og frem.

Københavns Kommunes Sundhedspolitik

”Længe leve livet”

Spor 2 Sund og aktiv hverdag

9. Sundhed i beskæftigelsesindsatsen

Baggrund

Mange københavnere er syge eller har andre sundhedsmæssige problemstillinger, og nogle i et omfang, så de udgør en væsentlig barriere for at opnå eller fastholde tilknytning til arbejdsmarkedet.

Indhold

En fælles strategi mellem BIF, SUF og SOF skal styrke indsatsen for udsatte og syge borgere, forbedre deres sundhed og hjælpe dem til at fastholde eller opnå beskæftigelse. Strategien rummer 15 indsatser, som tilsammen skal bidrage til 4 effektmål om færre sygedage, bedre sundhed og øget beskæftigelse for ledige københavnere. Folkesundhed København er ansvarlig for 4 af indsatserne i strategien, og har fået midler i Sundhedsstyrelsens satspulje: ”*styrket sundhedsindsats for socialt udsatte og sårbare grupper*” til delvis finansiering af tre af disse indsatser:

Styrket indsats for ledige unge

Ledige unge tilbydes en særlig sundhedsindsats i SUF-regi med hjælp til motion og vægttab.

Styrket indsats for sygemeldte kontanthjælpsmodtagere

Forsøgsprojekt hvor sygemeldte kontanthjælpsmodtagere tilbydes målrettet sundhedsvejledning i SUF med konkrete anbefalinger til en sundere levevis.

Helhedsforståelse om sundhed i jobcentre

Udvalgte beskæftigelseskonsulenter i jobcentre undervises i sundhed og sundhedsindsatser for ledige, herunder barrierer og muligheder for et sundere liv.

Budgetønsket giver mulighed for at supplere ovennævnte indsatser ved:

- at gennemføre et 1-årigt forsøgsprojekt målrettet kvinder med etnisk minoritetsbaggrund (den 4. indsats)
- at øge volumen i de tre øvrige indsatser
- at opgradere indsats i forhold til rygning
- at skærpe målgruppen og medtage borgere i match gruppe 3 (de mest udsatte).

Kvinder med etnisk minoritetsbaggrund

Udvikling af sundhedsfremmende aktiviteter til 50 kvinder med en etnisk minoritetsbaggrund. Der bor ca. 1000 kvinder i København med etnisk

minoritetsbaggrund, som er på kontanthjælp. Mange af disse kvinder har en større sygdomsbyrde end etniske danskere, og der er således et stort potentiale for at implementere sundhedsfremmende aktiviteter.

Øget volumen i de tre øvrige indsatser

Budgetønsket vil gøre det muligt at øge måltallet i de tre øvrige indsatser, som det fremgår af nedenstående tabel.

Målgruppe	Satspulje- midler	Budget- ønske
Unge ledige	350	150
Sygemeldte kontanthjælpsmodtagere	200	100
Kvinder med minoritetsbaggrund	0	50
Beskæftigelseskonsulenter i jobcentre	80	20

Rygning som indsats opgraderes

Ca. halvdelen af de ledige ryger. Rygning er derved klart medvirkende til målgruppens generelt dårlige helbred. SUF vurderer, at der kræves en særlig indsats for at få succes med rygestop hos målgrupperne.

Skærpelse af målgruppen

Satspuljemidlerne fra Sundhedsstyrelsen er målrettet indsatser i forhold til "udsatte" ledige (matchgruppe 2). Med de supplerende midler i budgetønsket vil indsatserne også kunne målrettes et antal af de "mest udsatte" borgere, der ofte vil befinde sig i matchgruppe 3.

De økonomiske konsekvenser

Der søges om 2,5 mio. kr. årligt i 2012 og 2013, da satspuljemidlerne til den øvrige udviklingsindsats udløber ved udgangen af 2013.

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2012 p/l	2012	2013	2014	2015
<i>Serviceudgifter:</i>				
- BIF/SOF/SUF strategi	2.500	2.500	0	0
Serviceudgifter i alt	2.500	2.500	0	0

Tidsangivelse

Tabel 2. Tidsangivelse for driftsaktivitet

Driftsaktivitet, tidsangivelse	2012				2013				2014				2015			
	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv
- Projekt igangsat	X															
- Koncepter udviklet	X	X														
- Implementering startet	X	X														
- Implementering afsluttet							X									
- Projekt afsluttet								X								

Tidligere afsatte midler

Der er bevilget 5,2 mio. kr. fra Sundhedsstyrelsen i perioden 1/4 2011 – 31/3 2013 til indsatser, der supplerer denne indsats. Det er en betingelse

for Sundhedsstyrelsens satspuljemidler, at der ikke bevilges midler til samme indsats andre steder fra. Det er Sundheds- og Omsorgsforvaltningens vurdering, at indsatserne i ovennævnte budgetønske differentierer sig tilstrækkeligt klart fra satspuljeansøgningen til Sundhedsstyrelsen.

Spør 3 Mere lighed i sundhed

10. Idrætsfaciliteter i udsatte områder og model for multifunktionel indretning af kommunale institutioner

Baggrund

Målet er at fremme københavnernes fysiske aktivitetsniveau ved at inspirere til bevægelse på mange måder, herunder inspirere og motivere motionsuvante borgere i socialt udsatte områder til en mere aktiv livsstil, inspirere til bevægelse og aktiv leg i kommunens mange institutioner og ved at indtænke sundhed og bevægelse i indretningen af Københavns eksisterende og nye byrum.

I dette budgetnotat beskrives forslag om idrætsfaciliteter i udsatte områder og model for multifunktionel indretning af kommunale institutioner

Der arbejdes i øjeblikket videre med yderligere forslag målrettet social ulighed i sundhed og muligheder for øget bevægelse for alle københavnere i samarbejde mellem TMF, KFF og SUF.

Indhold

Idrætsfaciliteter i udsatte områder

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Kultur- og Fritidsforvaltningen foreslår, at der bevilges midler til anlæg af idrætsfaciliteter i områder med ringe facilitetsdækning og høj ulighed i sundhed.

Faciliteterne foreslås placeret i Kgs. Enghave og Bispebjerg, der begge er områder præget af høj social og sundhedsmæssig ulighed samt dårlig facilitetsdækning. Dette er baseret på en analyse af data fra hhv. Det Socioøkonomiske Københavnerkort (SØK), antallet af faciliteter pr. indbygger, samt Sundhedsprofilen fra 2010. I begge områder ligger desuden et forebyggelsescenter, hvor projekt "Sundhed i nærmiljøet" gennemføres. Placeringen af en idrætsfacilitet i disse områder vil kunne samtænkes med dette projekt. De to områder udpeges desuden i den nye "politik for udsatte byområder", som områder, der kræver en særlig indsats.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen og Kultur- og Fritidsforvaltningen har følgende til konkrete forslag til idrætsfaciliteter:

- Kunstgræsbaner i tilknytning til tre skoler
- Lovliggørelse af den sidste hal i Bavnehøj Remise

Kunstgræsbaner i Bispebjerg og Kgs. Enghave

Fodbold fylder meget i det københavnske aktive fritidsliv. Interessen for at spille fodbold er stor og stadigt voksende blandt både børn og voksne. Forskning har desuden vist, at fodbold i særlig høj grad har en positiv indvirkning på sundhedstilstanden. Derfor foreslås anlæg af kunstgræsbaner i tilknytning til Bavnehøj og Ellebjerg skoler i Kgs. Enghave og ved Lundehusskolen i Bispebjerg.

Kunstgræsbaner slides ikke i samme grad som græsbaner og har derfor en vedvarende og høj banekvalitet. Banerne kan anvendes hele året og døgnet rundt, forudsat at der er lysmaster. Fx kan de anvendes om dagen af skolebørn, institutioner og borgere uden for arbejdsmarkedet, mens de om aftenen kan anvendes af foreninger og selvorganiserede

En 7-mands kunstgræsbane med lys koster 4,5 mio. kr. i anlæg og 0,1 mio. kr. om året i drift.

Lovliggørelse af Parkering København-hallen på Bavnehøj, så den kan bruges som fælles facilitet for aktørerne på Bavnehøj

Bavnehøj-remise har udviklet sig til et centrum for forskellige former for ungdomskultur og aktivitetstilbud. AFUK, Copenhagen Skatepark, Københavns Projekthus og StreetMekka er så store succeser, at stederne ikke kan honorere den store efterspørgsel på aktivitetstilbud.

Den sidste ledige hal (Parkering København-hallen) på Bavnehøj står ledig, og aktørerne på Bavnehøj er interesserede i at overtage lejemålet, så det kan bruges som en fælles facilitet. Hallen har imidlertid en række udfordringer i forhold til lovliggørelse (brandsikring mv.) før den kan tages i brug af områdets eksisterende lejere. Budgetforslaget vil dække udgifter til lovliggørelse – herunder etablering af flugtveje, skiltning og nødtørftig eftergang af vinduer, porte og gulve.

Det vil koste 3 mio. kr. at lovliggøre bygningen. Det forudsættes at de nuværende aktører på området kan afholde driftsudgifterne.

Model for multifunktionel indretning af kommunale institutioner

Der udvikles og afprøves en model for, hvordan der i Københavns Ejendommers opgaveløsning systematisk kan indarbejdes overvejelser om multifunktionalitet og bevægelsesfremme. Den måde, man indretter bygninger og rum på, kan være med til at motivere og stimulere til bevægelse og fysisk aktivitet i hverdagen. Kreative, legende elementer kan medvirke til at gøre hverdagens rutiner mere aktive og sjove og dermed til at gøre det sunde valg til det lette valg. I Københavns Kommune er det Københavns Ejendomme(KEjd), der har ansvar for renovering, vedligehold og nybyggeri af kommunes bygninger.

Udvikling af modellen skal ske i tæt samarbejde mellem SUF, KFF og KEjd, og der vil også i et vist omfang skulle inddrages ekspertbistand i forhold til hvilke metoder og redskaber, der konkret kan anvendes til at skabe multifunktionel indretning. Implementering af modellen forudsætter desuden, at de medarbejdere i KEjd, der bliver ansvarlige for at bruge den, uddannes heri. Endelig er det nødvendigt, at modellen i

løbet af kort tid afprøves i praksis via et pilotprojekt på en institution, da det er væsentligt hurtigt at opnå erfaring med, hvordan modellen fungerer i praksis. Det foreslås at modellen afprøves på enten en daginstitution eller en skole, idet der her eksisterer et væsentligt potentiale for gennem de fysiske rammer at påvirke børn og unges sundhed. Andre slags bygninger, som KEjd administrerer, kan imidlertid inddrages senere i processen, hvis det skønnes muligt og relevant, fx plejehjem, sundhedshuse eller biblioteker.

Projektet koster 1 mio. kr. årligt i en treårig periode. Midlerne finansierer dels udvikling af modellen, herunder inddragelse af ekspertbistand, dels uddannelse af de relevante medarbejdere i KEjd og endelig konkrete tiltag, der fremmer multifunktionalitet og bevægelse i et pilotprojekt.

De økonomiske konsekvenser

Tabel 1. Anlægsudgifter og afledte serviceudgifter

1.000 kr. – 2012 p/l	2012	2013	2014	2015	*
<i>Anlæg:</i>					
Tre kunstgræsbaner i tilknytning til hhv. Ellebjerg Skole, Bavnehøj Skole og Lundehusskole	13.500	0	0	0	*
Lovliggørelse af Parkering København-hallen på Bavnehøj	3.000	0	0	0	
Indsats til fremme af multifunktionel indretning	1.000	1.000	1.000	0	
Anlægsudgifter i alt	17.500	1000	1000	0	
<i>Afledte serviceudgifter:</i>					
- Vedligehold og drift - Kunstgræsbaner	300	300	300	300	
- Vedligehold og drift – Lovliggørelse bavnehøj	0	0	0	0	
Afledte serviceudgifter i alt	300	300	300	300	

Tidsangivelse

Kunstgræsbaner:

En kunstgræsbane kan tages i brug ca. 6 måneder efter udmøntning af midlerne. Banerne kan kun anlægges i sommerhalvåret.

Tabel 2. Tidsangivelse for anlægsprojekt

Anlægsaktivitet, tidsangivelse	2012				2013				2014				2015			
	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv
- Forprojektering afsluttet		X														
- Udbud gennemført		X														
- Anlægsbevilling givet	X															
- Opførelse igangsat		X														
- Opførelse afsluttet		X	X													
- Facilitet ibrugtaget			X													

Lovliggørelse af Parkering København Hallen på Bavnehøj

Afsættes de ønskede beløb som foreslået fra og med budget 2012, vil lejemålet kunne benyttes i begrænset omfang i 2012.

Tabel 3. Tidsangivelse for anlægsprojekt

Anlægsaktivitet, tidsangivelse	2012				2013				2014				2015			
	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv
- Forprojektering afsluttet	X															
- Udbud gennemført		X														
- Anlægsbevilling givet	X															
- Opførelse igangsat	X															
- Opførelse afsluttet																
- Facilitet ibrugtaget		X														

Model for multifunktionel indretning af kommunale institutioner**Tabel 4. Tidsangivelse for driftsaktivitet**

Driftsaktivitet, Tidsangivelse	2012				2013				2014			
	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv
- Modeludvikling påbegyndt	x											
- BR-bevilling givet	x											
- Modeludvikling og udvælgelse af pilotprojekt		X	x									
- Afprøvning af model				x	x	x	x					
- Evaluering og justering af model efter afprøvning								x	x	x	x	
- Projekt afsluttet												x

Flere forvaltninger/udvalg

Budgetønsket om flere idrætsfaciliteter i udsatte områder fremsættes af både Kultur- og Fritidsudvalget og Sundheds- og Omsorgsudvalget. Budgetmidlerne vil tilfalde Kultur- og Fritidsforvaltningen.

Indsatsen vedrørende model for multifunktionel indretning af kommunale institutioner gennemføres i samarbejde mellem Kultur- og Fritidsforvaltningen og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Tidligere afsatte midler

Der har ikke tidligere være afsat midler til budgetønsket.

Spør 4 Bedre forebyggelse og behandling

11. Børn med svær overvægt

Baggrund

Målet er at etablere et tilbud, som giver alle børn i kommunen lige mulighed for at få hjælp til vægttab. BørnevægtsCentret tilbyder hjælp til vægttab til børn og familier i udvalgte dele af Københavns Kommune. På nuværende tidspunkt er det børn fra bydelene Amager, Valby, Vesterbro-Kgs. Enghave, Nørrebro samt Bispebjerg, der har mulighed for at benytte centrets tilbud. Bydelene Indre By, Østerbro, Vanløse og Brønshøj-Husum er således *ikke* omfattet af tilbuddet.

Indhold

Såfremt budgetønsket vedtages, vil der blive lige vilkår for alle børn med svær overvægt og deres familier i Københavns Kommune. Alle børn, som opfylder centrets inklusionskriterier, kan med en udvidelse få adgang til tilbuddet.

Tilbudene i BørnevægtsCentret(BVC) består i familiesamtaler (individuelt forløb á 6-8 samtaler), familiegrupper (6 mødegange), ”Puls” (et motionstilbud), Madtilbud/madværksted, forældresamtaler med psykolog samt telefonrådgivning.

Den forventede effekt er at:

- reducere antallet af børn med svær overvægt i Københavns Kommune ved at tilbyde børn med svær overvægt og deres familier hjælp til vægttab
- hjælpe til bedre livskvalitet
- udvikle procedure, i tæt samarbejde med Børne- og Ungdomsforvaltningen, for samarbejdet om tidlig opsporing af overvægt.

Centret er forankret under Folkesundhed København, og er én af flere indsatser under bevillingen ”Øget sundhed for børn”. Der er igangsat en evaluering af centret, som vil være færdig december 2012.

De økonomiske konsekvenser

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2012 p/l	2012	2013	2014	2015
<i>Serviceudgifter:</i>				
-Stillinger BVC	500	500	700	700
-Husleje	100	100	100	100
-Drift	200	200	200	200
-Sundhedsplejen	200	200		
Serviceudgifter i alt	1.000	1.000	1.000	1.000

Der ønskes en udvidelse af BørneVægtsCentrets budget på 1 mio. kr. årligt i varige midler.

Tidsangivelse

Indsatsen er igangværende og blev sat i drift i december 2009.

Tidligere afsatte midler

Tabel 2. Afsatte midler på området i tidligere budgetaftaler:

1.000 kr. (løbende p/l)	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Afsatte midler i budgetaftale 2009:</i>						
<i>- Øget sundhed for børn</i>	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000
Afsatte midler i alt	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000
Heraf forbrugt	9.661					

BørneVægtsCentret er en del af bevillingen på 10 mio. kr. til ”Øget sundhed for børn” i budgetaftale 2009.

12. Sundhedshuse – sikring af kapacitet

Baggrund

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i foråret 2011 gennemført en evaluering af sundhedshusene, som viser at:

1. Sundhedshusene løser en kapacitetsmæssig udfordring på en økonomisk hensigtsmæssig måde:

- Sundhedshusene skaber ikke i sig selv yderligere behov for serviceydelser på sundhedsområdet, men udgør en nødvendig fysisk ramme for placering af de lovbundne sundhedsopgaver inden for genoptræning, indsats overfor borgere med kronisk sygdom og sygepleje.
- Den nødvendige kapacitetsudvidelse, som følge af opgaveovertagelsen på træningsområdet ifm. kommunalreformen, er implementeret i sundhedshusene, med afsæt i en bæredygtighedstanke i forhold til økonomi og faglighed.

2. De kommunale sundhedsopgaver er i fortsat vækst:

- På **genoptræningsområdet** som følge af den fortsatte vækst i almene genoptræningsplaner fra hospitalerne. Således er antallet af forløb i kommunale træningscentre tredoblet fra 4.695 i 2006 til et forventet antal på 13.858 i 2011.
- Ift. **kroniske sygdomme** som følge af nye aftaler med region i Sundhedsaftalerne samt en stadig voksende andel af borgere med kronisk sygdom. Den demografiske udvikling medfører, at målgruppen forventes at blive øget med 15% frem til 2020.
- På **sygeplejeområdet** som følge af øget specialisering på hospitalerne, stadig hurtigere udskrivning og flytning af stadig mere komplekse opgaver. Målet er at 90% af borgerne i målgruppen skal modtage sygepleje på klinik. Med den nuværende kapacitet kan kun op til 42% af borgerne modtage sygepleje på klinik.

3. Sundhedshusene udgør den rigtige driftsunderstøttende struktur:

- Moderniseringen af de københavnske plejehjem har medført en nødvendig og hensigtsmæssig flytning af træningscentrene til sundhedshusene, hvormed der blev skabt nutidige rammer henvendt til alle aldersgrupper.
- Effekten af det borgernære sundhedsvæsen skabes i de enkelte indsatser, men den fortsatte udvikling i mængden af opgaver – indholdsmæssigt og omfangsmæssigt – gør, at en fragmenteret opgaveløsning ikke længere udgør et bæredygtigt alternativ til sundhedshusene.
- Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vurderer, at den nuværende placering af de hidtil etablerede sundhedshuse er den mest hensigtsmæssige ift. økonomi, og at opgaverne ikke kan placeres andre steder. Der vil således heller ikke være økonomiske gevinster i form af huslejereduktioner ved at sprede sundhedsindsatsen på fragmenterede adresser rundt om i byen, da

der også i dette tilfælde skal betales markedsleje for de nye arealer som, det er tilfældet med de nuværende sundhedshuse.

4. Den optimale struktur for sundhedshusene har 3 niveauer:

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vurderer, at den optimale struktur for sundhedshuse udgøres af tre typer af sundhedshuse, differentieret på baggrund af det nødvendige befolkningsgrundlag for tilbudene indeholdt i sundhedshusene:

1. Bydækkende sundhedshuse (dækker hele København)
2. 5 Område-sundhedshuse (dækker 2 bydele)
3. 5 Satellit-sundhedshuse/Sygeplejeklinikker (dækker 1 bydel)

På baggrund heraf, er hovedanbefalingen:

- At sundhedshuse konsolideres i en struktur med specialiserede bydækkende sundhedshuse, fem område-sundhedshuse og fem satellit-sundhedshuse.
- At der tilføres den nødvendige finansiering for at udrulle og konsolidere sundhedshusstrukturen.

Indhold

Budgetnotatet beskriver de økonomiske konsekvenser af udrulning af sundhedshuse:

- Etablering af 4 nye satellit-sundhedshuse / sygeplejeklinikker.
- Tilførsel af varig driftsfinansiering fra budget 2014 og frem mhp. fastholdelse af nuværende serviceniveau.
- Etablering af sundhedshus Østerbro.

De økonomiske konsekvenser

Satellit-sundhedshuse: Etablering af Sygeplejeklinikker

Beregninger viser, at for at nå målet på 90% af målgruppen i sygeplejeklinikkerne, er det nødvendigt med en sygeplejeklinik pr. bydel. For at opnå dette er det nødvendigt at udvide kapaciteten med fire klinikker (to i 2012 og to i 2013) i bydelene Amager, Brønshøj-Husum, Indre By og Valby. Satellit-sundhedshuse placeres i bydele uden område-sundhedshuse forankret omkring sygeplejeklinikker. Anlægsudgifterne forventes at udgøre 1 mio. kr. pr. klinik svarende til i alt 4 mio. kr. Driftsudgifterne til sygeplejeklinikkerne finansieres via sparede udgifter på grund af kortere vejtid.

Område-sundhedshuse: Fastholdelse af nuværende serviceniveau

22,8 mio. kr. til drift af sundhedshuse, som er afsat i budgetaftale 2010, ophører med udgangen af 2013. Midlerne finansierer de lovpligtige opgaver i sundhedshusene. Det er således en forudsætning for fuld udrulning af 5-strukturen, at denne finansiering ikke bortfalder.

Etablering af sundhedshus Østerbro:

Etablering af Sundhedshus Østerbro indebærer, at de samlokaliserede enheder på Østerbro udbygges til et område-sundhedshus, hvormed to træningscentre lægges sammen, og der suppleres med tilbud fra øvrige forvaltninger og almen praksis. Udbygningen finansieres af anlægsbevillingen på 15 mio. kr. i 2012, bevilliget med den politiske aftale København i Vækst, hvor det fremgår at udmøntningen af midlerne afventer resultatet af evaluering og analyse af Sundhedshusene.

*

Ensartet serviceniveau:

Ovenstående beskrivelse retter sig udelukkende mod kapaciteten med udgangspunkt i fastholdelse af det eksisterende serviceniveau. Derudover beskrives i selvstændige budgetnotater budgetønsker, der indebærer udvidelse af nuværende aktiviteter i sundhedshuse mhp. at skabe et ensartet serviceniveau over hele byen:

- Implementering af forløbsprogrammer for borgere med KOL, type 2 diabetes og hjertekarsygdom
- Flere rehabiliteringsforløb til borgere med kræft bl.a. som følge af Kræftplan III
- Styrket indsats for den borgerrettede forebyggelse (KRAM)

Udgifterne hertil er også indsat i nedenstående tabel.

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2012 p/l	2012	2013	2014	2015
<i>Serviceudgifter:</i>				
Sikring af sundhedshusenes kapacitet			22.800	22.800
Fastholdelse af service i alt			22.800	22.800
<i>Udvidelse af serviceniveau:</i>				
Implementering af forløbsprogrammer for borgere med KOL, type 2 diabetes og hjertekarsygdom		1.000	1.000	1.000
Flere rehabiliteringsforløb til borgere med kræft bl.a. som følge af Kræftplan III	3.600	4.700	5.400	5.400
Styrket indsats for den borgerrettede forebyggelse (KRAM)	5.500	5.500	5.500	5.500
Udvidelse af serviceniveau I alt:	9.100	11.200	11.900	11.900
Serviceudgifter I alt	9.100	11.200	34.700	34.700

Tabel 2. Anlægsudgifter

1.000 kr. – 2012 p/l	2011	2012	2013	2014	2015	*
<i>Anlæg:</i>						
Etablering af 4 nye sygeplejeklinikker		2.000	2.000			
Etablering af sundhedshus Østerbro – finansieret af København i Vækst						
Anlægsudgifter i alt		2.000	2.000			

Tidsangivelse**Tabel 3. Tidsangivelse for anlægsprojekt**

Anlægsaktivitet, Tidsangivelse	2012				2013				2014				2015			
	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv
- Forprojektering afsluttet	X				X											
- Udbud gennemført																
- Anlægsbevilling givet	X				X											
- Opførelse igangsat	X				X											
- Opførelse afsluttet				X				X								
- Facilitet ibrugtaget					X				X							

Afsatte midler i tidligere budgetaftaler**Tabel 4. Afsatte midler på området i tidligere budgetaftaler**

1.000 kr. (løbende p/l)	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Afsatte midler i budgetaftale 2010</i>						
Anlæg: sundhedshus Voldparkens Skole*	19.300					
Drift: sundhedshus Vanløse - Inaktive børn		3.300	3.300	3.300	3.300	3.300
Drift af sundhedshus Vesterbro, Amager og Vanløse	14.200	22.200	22.200	22.200		
<i>Afsatte midler i budgetaftale 2011</i>						
Anlæg: sundhedshus Nørrebro		7.500				
<i>Afsatte midler i overførselssag fra 2010, København i Vækst</i>						
Anlæg: etablering af sundhedshus Østerbro			15.000			
Afsatte midler i alt	33.500	33.000	40.500	25.500	3.300	3.300

* Anlægssagen vedr. etablering af sundhedshus på Voldparkens skole er efterfølgende blevet annulleret og af bevillingen på 19,3 mio. kr. er 8,5 mio. kr. omprioriteret til finansiering af etablering af sundhedshus Vanløse og 10,8 mio. kr. tilbageført til kommunekassen

13. Implementering af forløbsprogrammer for borgere med KOL, type 2 diabetes, hjerte-karsygdom og ældre medicinske patienter

Baggrund

Som led i implementeringen af de regionale forløbsprogrammer, under Sundhedsaftalen 2011-2014, arbejdes der med at kvalitetssikre rehabiliteringsindsatsen i Københavns Kommune, hvilket sker via diagnosespecifikke, tværsektorielle forløbsbeskrivelser, som er det faglige omdrejningspunkt for rehabiliteringsindsatsen i forebyggelsescentrene. Københavns Kommune tilbyder et evidensbaseret rehabiliteringsforløb til borgere med KOL, type 2 diabetes eller hjerte-karsygdom.

Sundhedsaftalen 2011-2014 har også fokus på, at der for svage, ældre borgere er en række kritiske overgange og faser, efter indlæggelse og ved skift mellem kommunale enheder. Det stiller store krav til fokus på forløb og overgange mellem enheder i kommunen og samarbejdet med almen praksis og hospitaler. Det stiller også krav til den kommunale sygeplejers koordination, særligt ved tilrettelæggelsen af indsatsen til borgere med komplekse sundhedsproblemer, flere samtidige sygdomme og et højt forbrug af sundhedsydelse på både hospital, i almen praksis og i kommunen.

Indhold

A) Implementering af forløbsprogrammer for borgere med KOL, type 2 diabetes og hjerte-karsygdom

For at sikre den faglige kvalitet af rehabiliteringsindsatsen, ensartethed i kommunens tilbud og for at sikre borgerne en sammenhængende indsats på tværs af kommune, hospital og almen praksis er der behov for central koordination og faglig opfølgning.

Der er dels tale om kvalitetsudvikling og faglig controlling internt i kommunen. Derudover er der tale om et samarbejde med 4 hospitaler og de ca. 330 praktiserende læger i kommunen. Det sker bl.a. ved ansættelse af praksiskonsulenter (praktiserende læge) i alle bydele.

Indsatsen er til og med 2012 finansieret af statslige puljemidler. Når puljemidlerne bortfalder, vil kommunen få sværere ved at leve op til indholdet i de regionale forløbsprogrammer, som man har forpligtet sig på.

B) Implementering af forløbsprogram for ældre medicinske patienter

Den styrkede indsats for ældre medicinske patienter består af tre elementer:

Forløbskoordination

For at imødekomme behovet for koordination har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen udviklet sygeplejeydelsen *forløbskoordination*. Målgruppen er dels borgere i overgangsfaser, dels borgere i eget hjem,

som har flere kroniske sygdomme, alvorlig sygdom eller uafklarede sygdomsproblematikker. Forløbskoordinationen er forankret i den kommunale sygepleje, men omfatter også hjemmeplejen.

Forløbskoordinationen kommer borgeren til gode, fordi vigtig information ikke tabes i overgangsfaser, fordi borgerens medicinliste bliver opdateret, og fordi sygeplejen og hjemmeplejen sikrer et helhedsorienteret samarbejde om den enkelte borger. Borgeren styrkes og fastholdes desuden i videst mulig omfang i motivation og egenomsorg. Ydelsen er udviklet og afprøvet for statslige projektmidler, som ophører ved udgangen af 2012, hvorefter ydelsen er ufinansieret.

Indsatsen forløbskoordination i den kommunale sygepleje dækker ca. 180 borgerforløb årligt.

Udvikling og implementering af en overgangsmodel

Der skal udvikles en overgangsmodel, der sikrer en sammenhængende og koordineret indsats mellem enheder i kommunen, så vigtig information om borgere videregives og anvendes af alle enheder og borgeren føler sig tryk under hele forløbet.

Eksempelvis gennem udvikling af en særlig flytteprocedure suppleret med en overleveringskonference eller en udgående funktion fra de midlertidige pladser, der følger med borgeren med ud i det nye tilbud nogle dage mhp. at videregive vigtig information om borgeren til det overtagende personale.

Ovenstående forventes at skabe en bedre og tryggere overgang for borgeren, da den modtagende enhed vil få bedre muligheder for at imødekomme de særlige pleje- og omsorgsmæssige behov, som borgeren har fra starten af forløbet. Ressourcemæssigt vil det sandsynligvis mindske behovet for tungere plejepakker, specialpakke og/eller fast vagt, supervision mv., som kan følge af en vanskelig overgang.

Optimeret forløbsprogram for den ældre medicinske patient

Region Hovedstaden har i Ældreplan 2011 afsat midler til sammenhængende patientforløb for den ældre medicinske patient. Et af projekterne vedrører ”Optimeret forløbsprogram for den ældre medicinske patient”. Deltagelsen i projektet forudsætter, at der afsættes projektmidler i en 3-årig periode mhp. først at indgå i en tværsektoriel udvikling af et regionalt forløbsprogram og derefter i udviklingen af en lokal forløbsbeskrivelse for Københavns Kommune. Herefter vil der være løbende koordinering og udvikling af forløbsprogrammet.

De 3 ovennævnte elementer vil bidrage til at skabe sammenhængende forløb for de ældre medicinske patienter internt i kommunen og tværsektorielt. Dette vil skabe bedre livskvalitet for den enkelte borger samt forebygge komplikationer og sygdomsudvikling for borgere med kronisk sygdom.

De økonomiske konsekvenser

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2012 p/l	2012	2013	2014	2015
<i>Serviceudgifter:</i>				
Styrket rehabiliteringsindsats for borgere med KOL, type 2 diabetes og hjerte-karsygdom	-	1.000	1.000	1.000
Sygeplejetimer til forløbskoordination	-	1.000	1.000	1.000
Overgangsmodel: udgående funktioner	2.000	2.000	2.000	2.000
Optimeret forløbsprogram for ældre medicinske patienter	900	900	900	900
Serviceudgifter i alt	2.900	4.900	4.900	4.900

Der ansøges om varige midler.

Tidsangivelse

Tabel 2. Tidsangivelse for driftsaktivitet

Driftsaktivitet, tidsangivelse	2012				2013				2014				2015			
	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv
Styrket indsats for borgere med KOL, type 2 diabetes og hjerte-karsygdom	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Tidligere afsatte midler

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen blev i 2009 bevilget 16,4 mio. kr., svarende til 5,5 mio. kr. årligt, af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses pulje vedrørende forløbsprogrammer, til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom i perioden 2010-2012.

Styrket rehabiliteringsindsats for borgere med KOL, type 2 diabetes og hjerte-karsygdom samt ydelsen forløbskoordination er udviklet ved hjælp af ovennævnte projektmidler. Projektmidlerne udløber ved udgangen af 2012.

14. Flere rehabiliteringsforløb til borgere med kræft - bl.a. som følge af Kræftplan III

Baggrund

Der er ca. 2.400 nye tilfælde af kræft om året i Københavns Kommune. Det vurderes, at 2/3 dele af borgerne vil have behov for rehabilitering, svarende til ca. 1.600 forløb, hvor det forventes at hospitalerne vil henvise ca. 1.400 borgere til Sundhedscentret for Kræfttramte. Med åbningen af det nye Sundhedscenter for Kræfttramte vil der være mulighed for gradvist at øge patientindtaget fra 800 til 1.400 forløb om året, svarende til den forventede efterspørgsel frem til 2014.

Behovet for at øge patientindtaget skyldes dels, at hospitalsafdelinger i øget omfang henviser via genoptræningsplaner, og dels, at der er kommet et øget fokus på kræftrehabilitering som følge af vedtagelsen af den nationale kræftplan III. Der er som følge heraf behov for tilførsel af ekstra midler til at finansiere stigningen i antallet af forløb.

Indhold

Sundhedscenter for Kræfttramte flytter sommeren 2011 til et nybygget hus på Nørre Allé. Med flytningen vil patientindtaget kunne øges fra ca. 800 forløb i 2011 til 1.100 forløb i 2012, 1.250 forløb i 2013 og 1.400 forløb i 2014. I 2010 modtog 786 borgere med kræft et rehabiliteringsforløb.

Midlerne vil medvirke til, at københavnere kan modtage et rehabiliteringsforløb, og at Københavns Kommune kan efterleve behovet for flere rehabiliteringsforløb, grundet den stigende nationale aktivitet på kræftområdet. Formålet med et rehabiliteringsforløb er, at den kræfttramte borger oplever størst mulig tilpasning til et aktivt hverdagsliv med eller efter kræftsygdom og behandling.

De økonomiske konsekvenser

Der søges om 3,6 mio.kr. i 2012, 4,7 mio.kr. i 2013 og 5,4 mio.kr. i 2014 og frem. De samlede økonomiske konsekvenser af forslaget fremgår af nedenstående tabel 1. Der er ingen anlægsudgifter forbundet med budgetønsket.

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2012 p/l	2012	2013	2014	2015
<i>Serviceudgifter:</i>				
Øget patientindtag for Sundhedscenter for Kræfttramte	3.600	4.700	5.400	5.400
Serviceudgifter i alt	3.600	4.700	5.400	5.400*

* Der er tale om en varig bevilling

Tidsangivelse

Tabel 2. Tidsangivelse for driftsaktivitet

Driftsaktivitet, tidsangivelse	2012				2013				2014				2015			
	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv
- Øget patient indtag (forløber over hele perioden)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Tidligere afsatte midler

Der er i alt bevilget 45 mio.kr. til anlæg af et nyt og større Sundhedscenter for Kræftramte med placering på Nørre Allé.

Tabel 3. Afsatte midler på området i tidligere budgetaftaler:

1.000 kr. (løbende p/l)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Afsatte midler i budgetaftale 2009:</i>							
Anlægsudgifter til etablering af Sundhedscenter for Kræftramte	22.500	22.500					
<i>Afsatte midler i budgetaftale 2010:</i>							
<i>Afsatte midler i budgetaftale 2011:</i>							
Forskningssamarbejde om kræft og rehabilitering			2.600	2.600	2.600	2.600	
<i>Overførselssag for budget 2010 – København i Vækst:</i>							
Udgifter til bl.a. nye træningsfaciliteter			1.500				
Afsatte midler i alt	22.500	22.500	4.100	2.600	2.600	2.600	
Heraf forbrugt	22.500	22.500					

15. Ensartet serviceniveau i byen for den borgerrettede forebyggelse (KRAM)

Baggrund

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen ønsker at sikre et ensartet serviceniveau i byen for den borgerrettede forebyggelse, således at dette kan understøtte målsætninger i Sundhedspolitikken.

Indhold

Det nye borgernære sundhedsvæsens overordnede mål er at være med til at forbedre sundheden for borgere i alle aldre og samfundslag og være det naturlige sted at henvende sig, når det handler om de sundhedstilbud, der ligger udenfor hospitalerne. Blandt tilbudene indgår som et væsentligt element de borgerrettede forebyggelsestilbud rettet især mod KRAM-faktorerne, som forebyggelsescentrene tilbyder.

Den borgerrettede forebyggelse i forebyggelsescentrene består i dag af seks tilbud. Tilbudene er målrettet borgere, som er i risiko for at udvikle sygdom, og derfor har brug for individuel vejledning og hjælp til at forbedre deres sundhedsadfærd. Tilbudene befinder sig i forskellige stadier af udvikling, implementering og drift og er udrullet forskelligt i forebyggelsescentrene.

Nedenstående skema viser tilbudenes udrulning og status i de fem forebyggelsescentre i 2011. Ved fuld udrulning vil tilbudene blive tilbudt i alle 5 forebyggelsescentre – bortset fra Motion XL, hvor særlige forhold gør sig gældende, og hvor en fuld udrulning derfor - kun vil være i to forebyggelsescentre (Vesterbro og Amager).

Tabel 1. Borgerrettet forebyggelse - status og udrulning 2011

Tilbud	Status	Forebyggelsescenter				
		Østerbro	Nørrebro	Vesterbro	Amager	Vanløse
Sundhedsrådgivning	Impl.			X	X	
Motion og kost i dit Forebyggelsescenter	Drift	X	X	X	X	X
Motion XL	Drift			X		
Rygestop	Drift	X	X	X	X	X
Etniske sundhedsformidlere	Drift	X	X	X	X	X
Samtale om alkohol	Impl.			X	X	

Budgetforslaget gør det muligt at sammensætte en standardpakke, som alle forebyggelsescentrene som udgangspunkt har. Standardpakken rummer tilbud på alle KRAM-områder (MKDF, Rygestop, samtale om alkohol) for alle borgere (Etniske sundhedsformidlere) samt optimal visitering og koordinering mellem tilbudene (Sundhedsrådgivningen). En sådan standardpakke vil give følgende primære gevinster:

- Det vil lette borgernes adgang til tilbudene, fordi kommunikationen til borgere og almen praksis omkring centrenes tilbud vil være mere klar og entydig.
- Borgerne undgår at skulle omvisiteres mellem centrene.
- Arbejdet vil blive mere effektivt og kvaliteten højnes, fordi arbejds gange kan standardiseres og effektiviseres.

De nuværende tilbud er kort beskrevet i det efterfølgende.

Sundhedsrådgivning

Er både en selvstændig kort intervention (1 times varighed) og et tilbud om visitation til andre borgerrettede tilbud i forebyggelsescentre. Formålet er at rådgive borgerne om sundhed og sund livsstil, som kan igangsætte og støtte handling mod en sundere livsstil på egen hånd eller i strukturerede forløb i forebyggelsescentre. Sundhedsrådgivningen sikrer en optimal udnyttelse af de enkelte tilbud samt samspillet mellem disse.

Motion og Kost i Dit Forebyggelsescenter (MKDF)

Støtter voksne borgere i at opnå bedre motions- og kostvaner via individuelt tilpassede forløb, der kan bestå af motionsvejledning, fysisk træning og kostvejledning.

Motion XL

Er opbygget på samme måde som MKDF, men henvender sig til svært overvægtige borgere med BMI over 35.

Rygestop

Der afholdes rygestopkurser i alle bydele. Målgruppen er voksne rygere, der ønsker at stoppe.

Etniske sundhedsformidlere

Sundhedsformidlere med en etnisk minoritetsbaggrund er uddannet til at skabe ændringer i målgruppens viden, holdninger, overbevisninger eller adfærd.

Samtale om alkohol

Er et tilbud om samtale om alkoholvaner for borgere med et stort og/eller skadeligt alkoholforbrug og deres pårørende med det formål at støtte til at ændre alkoholvaner og eventuelt tage imod tilbud om behandling.

De økonomiske konsekvenser

Med udgangspunkt i den nuværende bevilling vil det koste 5,5 mio. kr. årligt at gennemføre den fulde udrulning. Hovedparten af midlerne skal anvendes til Sundhedsrådgivningen, idet der i 2012 ikke er midler til at videreføre det nuværende tilbud i to forebyggelsescentre. Desuden ønskes det at gøre Sundhedsrådgivningen bydækkende, således at tilbuddet findes i alle fem forebyggelsescentre.

Beløb i 1.000 kr.	
Sundhedsrådgivning	4.000
MKDF	1.000
Motion XL	0
Rygestop	0
Etniske sundhedsformidlere	0
Samtale om alkohol	500
Samlet	5.500

Tabel 2. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2012 p/l	2012	2013	2014	2015
<i>Serviceudgifter:</i>				
- Ensartet serviceniveau i byen for den borgerrettede forebyggelse	5.500	5.500	5.500	5.500
Serviceudgifter i alt	5.500	5.500	5.500	5.500

Tidligere afsatte midler

Der er tidligere bevilget midler til området i forbindelse med budgetforliget for 2010. Ved budgetforliget blev der afsat midler til sundhedshusene, og herunder også til borgerrettet forebyggelse i forebyggelsescentrene.

Tabel 3. Afsatte midler på området i tidligere budgetaftaler

1.000 kr. (løbende p/l)	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Afsatte midler i budgetaftale 2009:</i>						
<i>Afsatte midler i budgetaftale 2010 1):</i>						
- Sundhedshuse – øvrige	9.100	12.900	12.900	12.900		
<i>Afsatte midler i budgetaftale 2011:</i>						
Afsatte midler i alt	9.100	12.900	12.900	12.900		
Heraf forbrugt	9.100	-	-	-	-	-

De samlede midler til sundhedshusene var 14,2 mio. kr. 2010 og 22,2 mio. kr. i hvert af årene 2011 – 2013.

16. Frivillig støtte til at fastholde sund livsstil

Baggrund

Målet er at støtte borgere i at fastholde deres nye sunde livsstil efter forløb i forebyggelsescentrene. Når flere borgere fortsætter med sund og aktiv livsstil efter et endt forløb i forebyggelsescentrene, får tilbuddene en større sundhedsmæssig effekt.

Indhold

Indsatsen for at opnå en mere effektiv udslusning rummer blandt andet opfølgende samtaler og et øget og mere formaliseret samarbejde (partnerskabsaftaler) mellem foreningslivet og forebyggelsescentrene.

Siden 2008 er der blevet arbejdet målrettet med at udsluse borgere fra forebyggelsescentrene til lokale motionstilbud, også kaldet aktiv udslusning. Erfaringerne viser, at den nuværende udslusningsmodel med fordel kan udbygges med et mere formaliseret samarbejde med foreningslivet. Den udbyggede udslusningsmodel udarbejdes i samarbejde med Kultur- og Fritidsforvaltningen (KFF) og afprøves som pilotprojekt med involvering af tre forebyggelsescentre.

Indsatsen skal foregå på 3 forebyggelsescentre. På Center 1 fortsætter den nuværende udslusningsmodel, på Center 2 suppleres modellen med to opfølgende samtaler efter forløbet, og på Center 3 suppleres både med opfølgende samtaler og styrket foreningsindsats.

Ved en styrket foreningsindsats forstås, at 2-4 foreninger indgår partnerskabsaftaler med forebyggelsescentrene. I disse aftaler beskrives, hvordan foreninger og forebyggelsescentrene kan udvikle deres samarbejde således, at udslusningen fra forebyggelsescenter til forening i højere grad vil lykkes. Der kan være mange forskellige temaer i spil i forbindelse med at belyse hvordan foreningslivet og forebyggelsescentrene kan opnå et bedre samarbejde, med henblik på bedre udslusning. Nedenfor er angivet nogle eksempler:

- Øget kendskab og deltagelse til hinandens aktiviteter
- Muligheder for lån af lokaler
- Kompetenceudvikling i henhold til at opnå mere viden om målgruppen af motionsuvante voksne
- Overgang fra kommune til forening
- Frafaldsproblematik

Indsatsen gives til alle deltagere i *Motion og kost i dit forebyggelsescenter* som deltager i motionsaktiviteter, dvs. fysisk træning eller motionsvejledning. Det forventes, at 300 borgere, vil gennemføre udslusningen i projektperioden og derved kunne medvirke i indsatsens evaluering.

Borgerne vil via et styrket samarbejde mellem forebyggelsescentrene og lokale foreninger blandt andet opleve, at der er flere og bedre

motionstilbud at vælge mellem efter et forløb i sundhedshuset og at opfølgningssamtaler øger motivationen for at fastholde de nye motionsvaner.

Foreningerne vil via et styrket samarbejde med forebyggelsescentrene og de centrale forvaltninger blandt andet opleve, at få flere deltagere til foreningen, få økonomisk hjælp til målrettede aktiviteter for målgruppen og blive understøttet administrativt i deres daglige drift med tilskudsansøgninger, lokaleanvisninger, træneruddannelse mv.

SUF og KFF ønsker, at både modellerne samt processen mellem forvaltningerne bliver evalueret, med henblik på at identificere modellernes effekt og dokumentere samarbejdets potentiale og udfordringer.

Indsatsen påbegyndes august 2012 og afsluttes juni 2014.

På områderne kost, rygning og alkohol er der ikke på samme måde blevet arbejdet målrettet med den aktive udslusning, men pilotprojektet på motionsområdet forventes at kunne give nyttige erfaringer for en senere udvikling af aktiv udslusning på disse områder.

De økonomiske konsekvenser

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2012 p/l	2012	2013	2014	2015
<i>Serviceudgifter:</i>				
Opfølgende samtaler og partnerskabsaftaler	1.100	1.500	1.300	
Serviceudgifter i alt	1.100	1.500	1.300	0

Tidsangivelse

Tabel 2. Tidsangivelse for driftsaktivitet

Driftsaktivitet, tidsangivelse	2012				2013				2014				2015			
	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv	1. kv	2. kv	3. kv	4. kv
- Projekt igangsat			X													
- BR-bevilling givet		X														
- Projekt sat i fuld drift																
- Projekt afsluttet										X						

Tidligere afsatte midler

Området har ikke været prioriteret i tidligere budgetaftaler fra 2009 og frem.

Underbilag til 'Budgetønsker 2012 – notater'

Budgetønske 7 'Lindring til alvorligt syge og tidlig indsats så færre borgere indlægges'

Business case om reduktion af forebyggelige indlæggelser fra hjemmepleje, plejehjem og rehabiliteringspladser

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har kontakt med en række ældre borgere gennem hjemmeplejen, plejehjem og midlertidige døgnpladser. Gennem en tidlig indsats (bedre observation og reaktion) kan kommunen bidrage til at forebygge, at borgerens funktionsevne eller sundhedstilstand bliver yderligere forværret og dermed kræver hospitalsindlæggelse. Dette vil reducere kommunens udgifter til den aktivitetsbestemte medfinansiering af sundhedsvæsenet.

HOVEDPUNKTER

Nærværende business case beskriver en indsats, der indebærer:

1. at der i 2012 og frem gennemføres et kompetenceløft af de korttidsuddannede i SUF med henblik på at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser af borgere, som modtager hjemmehjælp, bor på plejehjem eller har midlertidigt ophold på en rehabiliteringsafdeling.
2. at udviklingen og gennemførelsen af kompetenceløftet forankres i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.
3. at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i løbet af 2011 udvikler et måleredskab (byggende på en kommende lovgivning), som gør det muligt for den enkelte enhed (plejehjem, rehabiliteringsafdeling og hjemmeplejeenhed) at se, hvor mange forebyggelige indlæggelser der har været i en forudgående periode.

PROBLEMSTILLING SAMT POLITISK OG STRATEGISK FORANKRING

Projektets baggrund og formål

Generelt er sygehusforbruget stigende med alderen - dette gælder også antallet af indlæggelser. På hospitalerne og blandt de kommunale sygeplejersker er der en opfattelse af, at en del af de ældre borgeres indlæggelser kan forebygges ved en tidlig indsats fra det plejepersonale, som har kontakt med borgerne, sådan at funktionsevne

og sundhedstilstand bevares i videst muligt omfang. Dette gælder hjemmeboende borgere, såvel som borgere på plejehjem og med en midlertidig døgnplads.

Nærværende projektet bygger på en forudsætning om, at et kompetenceløft af det kortest uddannede plejepersonale vil skærpe deres evne til at observere en proces, der indebærer reduktion af funktionsevne og/eller helbredstilstand, og til at reagere på en hensigtsmæssig måde i forhold til det observerede. Det drejer sig om personale i hjemmeplejen, på plejehjem og på midlertidige kommunale døgnpladser (i dette tilfælde rehabiliteringspladser).

Det er projektets grundidé, at et kompetenceløft af plejepersonalet vil bidrage til en reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser, og derved en reduktion i den kommunale medfinansiering af disse indlæggelser. Dette vil efter en indledende periode skabe en nettobesparelse for kommunen samtidig med, at de ældre borgere undgår unødvendige hospitalsindlæggelser.

I Københavns Kommune er der, i begyndelsen af 2011, 55.000 borgere på 65+ år. Heraf har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen dagligt kontakt med følgende antal borgere i runde tal:

Hjemmeplejen, inkl. sygepleje	16.000
Plejehjemspladser	3.550
Midlertidige døgnpladser	250

Samtlige 65+ årige havde i 2009 år 32.000 somatiske indlæggelser.

Der er foreløbig udpeget følgende 9 diagnoser, hvor kommunerne kan forebygge indlæggelser gennem rettidig omsorg: nedre luftvejssygdom (bl.a. lungebetændelse eller KOL), urinvejsinfektion, brud, dehydrering, ernæringsbetinget blodmangel, tarminfektion, forstoppelse, sociale forhold og liggesår. Endvidere diabetes for borgere, som bor på plejehjem eller opholder sig på en midlertidig døgnplads (rehabilitering). Samlet er der altså tale om 9-10 diagnoser – 9 i hjemmeplejen og 10 på plejehjem og midlertidige døgnpladser. Det er antagelsen, at kommunen kan reducere antallet af indlæggelser på disse diagnoser, hvis kommunen har kontakt med borgere op til det der ellers ville have været indlæggelsesdagen. Samlet skønnes det, at der årligt er mindst 4.000 indlæggelser på ovennævnte diagnoser.

Ud af disse 4.000 indlæggelser skønnes det, at der årligt er ca. 2.000 indlæggelser, hvor borgeren enten havde mindst et besøg af hjemmeplejen inden for de sidste 10 dage før indlæggelsesdagen eller som blev indlagt fra plejehjem eller en midlertidig døgnplads. Således skønnes der at være en ”bruttogruppe” på omkring 2.000 indlæggelser, hvoraf kommunen kan forebygge nogle gennem rettidig omsorg.

Andre diagnoser end ovennævnte kan måske også komme på tale. For eksempel indlæggelser som følge af diabetisk fodsår og vand i kroppen på grund af dårlig medicinsk regulering af vanddrivende medicin. Fokus i denne business case er dog ovennævnte 9-10 diagnoser.

LØSNINGSBESKRIVELSE

Kompetenceløftet

Der er brug for et kompetenceløft af sygehjælpere og i et vist omfang SOSU-hjælpere i hjemmeplejen, på plejehjem og på midlertidige kommunale døgnpladser - i dette tilfælde rehabiliteringspladser. I alt vedrører indsatsen 3.250 medarbejdere. Kompetenceløftet vil primært foregå i AMU-regi (se nedenfor) men indsatsen kan også inddrage sidemandsoplæringen.

Kompetenceløftet af plejepersonalet iværksættes primo 2012, hvor 2.600 medarbejdere får deres uddannelse. De resterende 650 ansatte får deres kompetenceløft i begyndelsen af 2013. Endelig forventes det - med afsæt i en personaleomsætning på 10 pct. om årets - at yderligere 325 ansatte skal kompetenceløftes i 2013, samt i 2014 og 2015.

Måltal

Der skal defineres en baseline for antal indlæggelser fra hjemmepleje og bo-pladser. Grundlaget skal være indlæggelserne i både 2009 og 2010. Disse sammenvejes med køns- og aldersgrupper. Denne baseline fremskrives for hvert af årene i 2011 – 2015.

Fremskrivningen sker køns- og alders justeret. Herefter beslutes det, hvilke måltal, som skal være gældende for 2013 (som er det første år, hvor alt personalet er kompetenceløftet fra årets start).

Tabel 1. Forventet reduktion i antallet af forebyggelige indlæggelser 2012 – 2015.

	2012	2013	2014	2015
Fra plejehjem	180	425	450	450
Fra rehabiliteringspladser	60	140	150	150
Fra hjemmepleje	210	500	525	525
I alt	450	1.065	1.125	1.125

Det ses af tabel 1, at i kompetenceløft-året, som finder sted igennem hele 2012, vil resultatet af indsatsen være 40 pct. af resultatet de år, hvor reduktionen kan slå fuldt igennem, som følge af, at alle er

uddannede. Ovenstående er måltal. De skal tilpasses den fremskrevne baseline – og dermed skal måltallene også køns- og aldersjusteres.

ØKONOMI

Udregningerne bygger på følgende antagelser: Der er ansat 1.300 SOSU-hjælpere og 200 sygehjælpere i hjemmeplejen. Der er endvidere ansat 1.500 SOSU-hjælpere ved de kommunale døgnpladser og 250 sygehjælpere.

Disse i alt 3.250 medarbejdere får et kursus på 6,5 timer i AMU regi. Arbejdsgiver modtager en VEU-godtgørelse på 83 kr. per time, som medarbejderen deltager i. Der er ingen betaling for deltagelsen i AMU-kurset, hverken for medarbejderen eller for arbejdsgiveren. Dog er det indregnet, at arbejdsgiveren har en udgift på 100 kr. per deltager til frokost mv. Udgiften til vikar er sat til 210 kr. i timen. Kurset er ikke en del af det nuværende udbud af AMU-kurser. Det skal først udvikles, godkendes og gøres landsdækkende.

Uddannelsen af de 2.600 påbegyndes i januar 2012 og forventes gennemført i løbet af de første 11 måneder af 2012. Det forudsættes, at holdstørrelserne er på 20. Dette indebærer, at der i gennemsnit skal gennemføres undervisning på to hold på alle ugens mandage, tirsdag, onsdage og torsdage i ovennævnte 11 måneders periode, bortset ferieperioder. Endvidere gennemføres undervisning i december 2012, da der i løbet af året vil være nye ansatte, som også skal have et kompetenceløft.

I 2012 uddannes 2.600 medarbejdere. I 2013 uddannes de resterende $3.250 - 2.600 = 650$ ansatte. Og både 2012 og 2013 får alle nyansatte sygehjælpere og SOSU-hjælpere et kursus på 6,5 timer i tidlig indsats.

Endvidere antages, at de borgere, som får forebygget en indlæggelse, har en udgift til hjemmehjælp. Den antages, at være på 500 kr. om dagen. Når borgeren kommer på hospitalet sparer kommunen udgiften til hjemmehjælp. Hvis borgeren er indlagt i 5 dage er besparelsen på 2.500 kr. på hjemmehjælp. Til gengæld har kommunen en udgift til medfinansiering af indlæggelsen på 5.000 kr. Således har kommunen en nettoudgift i forbindelse med indlæggelser på 2.500 kr. – hvilket spares for hver indlæggelse der forebygges.

Der er ingen ændringer i udgifterne på døgnpladserne, når borgeren indlægges på hospital.

Tabel 2. Forslagets samlede økonomiske konsekvenser (1.000 kr. 2012 p/l)

	2012	2013	2014	2015
<i>Serviceudgifter</i>				
Vikarudgifter mm.	4.500	500	500	500
VEU-godtgørelse	-1.500	-200	-200	-200
Finansieret af statslige midler	-2.000			
Serviceudgifter i alt	1.000	300	300	300
Sparet medfinansiering	1.700	3.900	4.300	4.300
Samlet effekt	-700	-3.600	-4.000	-4.000

Det fremgår af tabel 2, at udgifterne forbundet med indsatsen kan finansieres af de sparede udgifter til medfinansiering. Da udgifterne til aktivitetsbestemt medfinansiering ikke er serviceudgifter medfører dette, at der skal overføres budgetmidler fra medfinansiering til serviceudgifter svarende til 1,0 mio. kr. i 2012 og 0,3 mio. kr. hvert år fremover. Dette medfører, at driftsomkostningerne vil kræve servicemåltal, mens gevinsterne vil falde på den aktivitetsbestemte medfinansiering af sundhedsvæsnet, som ikke indgår i servicemålrammen. Business casen betyder dermed et større træk på servicemålrammen, men vil for kommunens samlede økonomi være en gevinst, idet den modvirker udgiftsvækst.

På grund af personalemæssigt ”turn over” vil der også være uddannelse af nyansatte i årene 2013-2015 (og dermed også vikarudgifter mm.).

Baggrund for tabel 3: Det første år vil der blive brugt 150 timer på at få AMU (EPOS) til at oprette kurset. Det giver en omkostning på 84.000 kr. Endelig vil der være en del logistik med at finde vikarer og planlægge den enkelte medarbejdes kursusdeltagelse og få indplaceret vikarer i de enkelte lokalområders plejehjem og på plejehjemmene. Den omkostning er sat til 266.000 kr. i 2012 og 70.000 kr. + 14.000 kr. = 84.000 kr. i 2013 samt 14.000 kr. (nyansatte) i 2014 og 2015. Kursusgangsætning og logistik er takseret til en omkostnings-timeløn på 560 kr..

Tabel 3. Ressourceforbrug i projektet til igangsættelse og drift

Internt ressourceforbrug i projektet				
Årsværk	0,5	0,12	0,02	0,02
Omkostning kr.	350.000	84.000	14.000	14.000
Personalemæssige konsekvenser (Angives i årsværk. Økonomisk sum indregnes i gevinst ovenfor. Reduktioner angives med minus)	0,5	0,12	0,02	0,02

Bemærk, at i tabel 3 er omkostningsrækken indregnet ovenfor i driftsomkostningerne i tabel 3 (og tabel 2).

GEVINSTER

Tabel 4. Gevinster ved projektet.

Gevinst	Hvordan opnås gevinsten	Ansvarlig for opfølgning	Forventet afslutningsdato	Hvordan måles gevinsten
1. Sparet medfinansiering	Ved at forebygge indlæggelser	Plejhjemsforstanderne, lederne af rehabiliteringsafdelingerne samt lederne af hjemmeplejeenhederne og den ”nye” sygeplejefaglige leder i hvert lokalområde. Sundhedsstaben (og Dokumentationsstaben) skal medvirke til at de lokale ”udførelsenheder” får de rigtige tal til tiden. Her afventes bl.a. ny lovgivning, som forventes at træde i kraft 1. juli 2011.	Fortsætter	Gennem KØS ved at sammenholde baseline med de givne måltal.

Som det fremgår af tabel 4 er gevinsten for Københavns Kommune, en besparelse på medfinansiering, når en indlæggelse forebygges. Ligeledes forebygges unødvendige indlæggelser for borgerne.

RISICI

Det er vanskeligt at fastlægge hvor mange forebyggelige indlæggelser – som selv den bedst fungerende organisation – alligevel må acceptere. Årsagerne til indlæggelser kan være uforudsigelighed, pludselig forværring af sundhedstilstanden og dårlig kommunikation i en stor (tvær)sektoriel organisation. I denne sammenhæng udgøres organisationen af egen læge, vagtlæge, sygehus og kommunen, samt pårørende og borgeren selv.

Samlet risikovurdering

Høj risiko	
Middel risiko	X
Lav risiko	

Under forudsætning af, at der afsættes midler til kompetenceløftet, må risikoen siges at være middel.