

Sundheds- og Omsorgsudvalget

UDVALGSAFSNIT

Overordnet opgavebeskrivelse og mission, vision og fokusområder

Ansvarsområde

Sundheds- og Omsorgsudvalgets opgaver omfatter kommunens aktiviteter og ydelser for borgere, der modtager folkepension, personlige tillæg, helbredstillæg, boligydelse, hjemmepleje, dagtilbud, hjælpemidler, almindelige ældreboliger, plejeboliger, rehabilitering, madservice, omsorgstandpleje og træningscentre m.v.

Dertil kommer sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse for samtlige borgere i Københavns Kommune. Endvidere hører Voksentandplejen og Arbejdsmiljø København under udvalget.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er udvalgets administrative organisation, der sikrer, at udvalgets ansvarsområder og opgaver løses. Herunder ses forvaltningens mission og vision.

Mission

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen skal skabe vilkår for et godt, sundt og langt liv for københavnere.

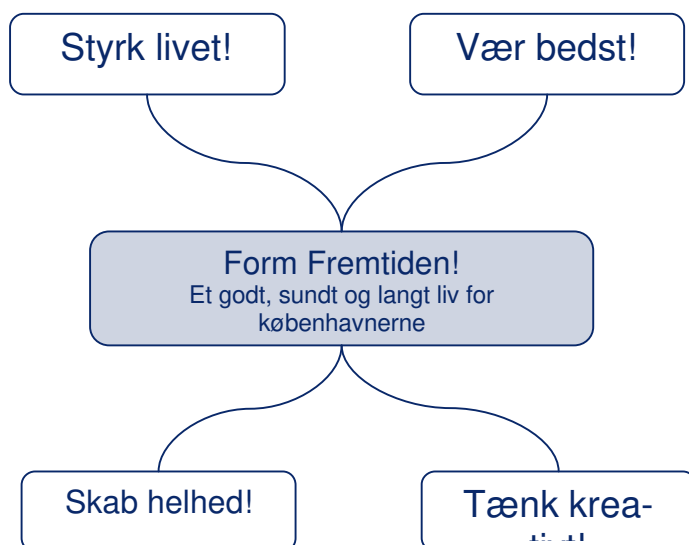
Vision

Som udgangspunkt for en nærmere operationalisering af missionen er der opstillet følgende visioner for den samlede forvaltning:

- Vi skal være kendt for resultater af høj kvalitet udviklet i dialog med borgere, brugere og medarbejdere.
- Vi skal være kendt for helhed og fleksibilitet i sine tilbud til borgere og brugere.
- Vi skal være kendt som en attraktiv arbejdsplads.
- Vi skal være kendt for en hensigtsmæssig og effektiv anvendelse af ressourcerne.

Fokusområder

På Sundheds- og Omsorgsområdet har der i forbindelse med budgetbehandlingen for 2007 været drøftelser om nogle fælles pejlemærker for de kommende års arbejde på området. Pejlemærkerne er illustreret i nedenstående figur, som tilsammen indeholder en overordnet titel ”form fremtiden” og fire fokusområder.



De fire fokusområder beskrives kortfattet herunder.

Styrk livet!

Livskvalitet for de ældre skal på dagsordenen gennem bedre livsvilkår og livsstil. Borgerne skal have forskellige valgmuligheder, så den enkelte borger selv kan træffe de valg, der har positiv betydning for deres livskvalitet. Hvis borgerne ikke har mulighed for at handle aktivt, kan de få behov for hjælp. Borgerne har forskellige forudsætninger og muligheder for at handle aktivt i forhold til en ønsket livskvalitet. Indsatsen skal derfor være målrettet borgerens behov og være tilrettelagt på en sådan måde, at borgeren oplever sammenhæng og mening med indsatsen.

Skab helheder!

Sammenhæng i indsatsen skal sikres på tværs af forvaltningernes områder i kommunen og på tværs af sektorer. Der skal være fortløbende samarbejde om at sikre og udbrede den sundhedsmæssige indsats for bymiljøet, arbejdspladsen, trafikplanlægningen, den sociale indsats m.m. Der skal også arbejdes for, at forebyggelse og sundhedsfremme bliver indarbejdet i alle forvaltningernes større politikker fremover, så den samlede kommunale indsats når ud til flest mulige borgere.

Vær bedst!

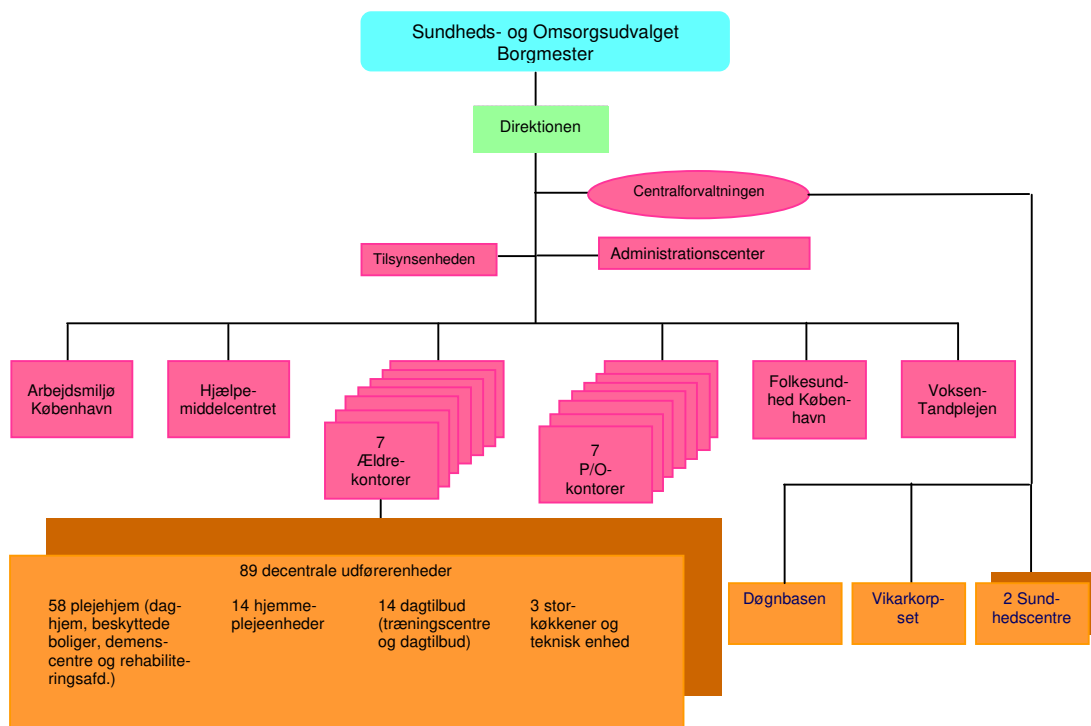
Kommunen skal tilbyde landets bedste ældrepleje til borgerne. Det kræver høj faglighed, fleksibilitet og effektivitet. Forvaltningen skal hurtigst og billigst muligt kunne levere den bedste ydelse på den måde, der passer borgeren bedst. I omverdenen skal Sundheds- og Omsorgsforvaltningen være kendt som fagligt førende på sit felt og som både effektiv og innovativ i opgaveløsningen. Der skal arbejdes med at få samarbejdspartnere både blandt virksomheder, forskningsinstitutioner og frivillige organisationer. Igennem disse indsatser skabes også grobund for god rekruttering af de dygtigste medarbejdere til plejen.

Tænk kreativt!

Nye idéer skal skabes gennem intensivt arbejde i forvaltningen og gennem involvering af borgerne og deres syn på pleje- og sundhedsområdet. Servicen til borgerne og konkrete tilbud skal udvikles gennem styrket dialog og partnerskaber med borgere og brugere samt ældreråd, boligforeninger og frivillige organisationer.

Organisationsdiagram

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens organisering er vist i nedenstående diagram.



Udvalgets udfordringer de kommende år

Sundheds- og Omsorgsudvalget står over for en række udfordringer i 2007 og fremover. De største udfordringer beskrives herunder.

Specialtilbud (demens)

I Københavns Kommune menes der at være ca. 10.000 borgere med demens. Heraf vurderes det, at mellem 1.800 og 3.000 borgere over 85 år har svær demens. Ofte kan borgere med demens ikke i samme grad som borgere med andre sundhedsproblemer give udtryk for deres egne behov og ønsker. De har derfor særlige behov for støtte og omsorg.

Kommunen har ikke som til de almindelige plejeboliger nogen pladsgaranti på demensboliger. Den gennemsnitlige ventetid til en demensbolig var i 2005 på 5,3 måneder. Der er derfor behov for, at der etableres flere pladser, der er målrettet borgere med demens. Det skal medføre, at der kan udmeldes en pladsgaranti på fire uger for også denne gruppe borgere, så den lange ventetid, der har eksisteret hidtil, undgås.

Måltider og ernæring

Ved at sætte ind med en fokuseret ernæringsindsats over for de 30 procent af ældre i hjemmeplejen og op mod 60 procent af ældre på plejehjem, som er undervægtige og småtspisende, kan man bedre vedligeholde de ældres funktionsevner og handlekompetencer, herunder egenomsorg i forhold til sundhed og sygdom. Det betyder, at tidspunktet, hvor de ældre bliver afhængige af hjælp og ressourcekrævende ydelser eller får behov for indlæggelse på sygehus, kan udskydes. Ernæringsydelse til

svage ældre i hjemmeplejen og på plejehjem bør derfor have højeste prioritet i årene fremover.

Personaleudvikling

Forudsætningen for at levere service af høj kvalitet til modtagerne af vores ydelser er, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har et personale, hvis kvalifikationer til stadighed lever op til høje krav på det faglige og personlige plan. Samtidig vil borgeren også have glæde af, at personalegennemstrømningen og sygefraværet nedbringes, fordi de så oftere vil kunne mødes af velkendte medarbejdere. Der er flere udfordringer på disse områder og der er derfor behov for en kontinuerlig og sammenhængende indsats på personaleområdet.

BUM-struktur i hele forvaltningen

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har indført BUM-modellen (dvs. adskillelse af Bestiller-Udfører-Modtager) på hjemmeplejeområdet. I forbindelse med, at BUM-modellen skal implementeres som organisations- og økonomistyringsprincip i hele forvaltningen, står forvaltningen overfor en række udfordringer i de kommende år.

BUM-modellen som organisationsprincip betyder ændringer i forvaltningskulturen og i rammerne for samarbejdet og arbejdsgangene mellem bestiller, udfører og ikke mindst borgeren (modtageren). En konsekvens er f.eks. en øget skriftlighed bl.a. i for målformuleringer og derudover et øget krav til dokumentation.

Den direkte sammenhæng i BUM-modellen mellem plejetyngde, aktivitet og økonomi betyder, at ressourcefordelingen til den enkelte udførerenhed kobles direkte til omfanget af aktivitet og plejetyngde. Dette giver store udfordringer i forhold til løbende og konstant tilpasning i forhold til den aktuelle ressourcefordeling. Endvidere betyder det et øget behov for IT understøttelse af aktiviteterne m.v. BUM-modellen giver således udfordringer for den enkelte udførerenhed i forhold til øgede krav til den løbende tilpasning bl.a. i form af ændringer i arbejdstilrettelæggelse og andre måder at organisere sig og økonomistyre på.

I forhold til selvforvaltningsprincippet på plejehjemsområdet er udfordringen at tage højde for og medtænke, hvor BUM-principperne kan styrke nogle af princippet svage sider, og samtidig få tilstræbt at ”de gode sider og ånden i selvforvaltningsprincippet” ikke undergraves.

Endelige kan lovforslaget om frit valg på plejeboliger give udfordringer i forhold til, hvordan et frit valg på plejeboliger håndteres i forhold til styrings- og opfølgingsbehov samt indpasses BUM-principperne og hvordan BUM-modellen kan understøtte en konkurrencesituation.

IT-strategi

I de seneste år er der på Sundheds- og Omsorgsområdet gjort store fremskridt inden for implementering af styringsmæssige IT-redskaber. Det største skridt er, at KOS er implementeret på hjemmeplejeområdet.

De nye udfordringer er, at KOS skal implementeres på plejehjemsområdet, for at understøtte indførelsen af BUM og styrke dokumentationen af ydelserne. De indledende skridt er taget med at der er udarbejdet faglige standarder til plejehjemsområdet.

IT-værktøjer som KOS er til både for borgerens, personalets og ledelsens skyld. For borgeren kan det sikre, at aftaler dokumenteres og hvilke ydelser der er udført, for

personalet kan det medvirke til at skabe vilkår for bedre arbejdstilrettelæggelse og dokumentation af, ydelsernes indhold og omfang, og for ledelsen kan det hjælpe til styring af aktiviteter, økonomi og personaleændringer.

Den demografiske udfordring

Der er fortsat et faldende antal ældre i København, hvilket indebærer styringsmæssige udfordringer, da det er sværere at tilpasse en organisation nedad end opad i størrelse. På hjemmeplejeområdet er der derfor fortløbende behov for væsentlige tilpasninger og optimeringer. På plejeboligområdet kræver det at kapaciteten, dvs. antallet af boliger, reduceres. Samtidig arbejdes på at forbedre boligkvaliteten ved at lukke og modernisere boligerne, så plejeboligtilbudet fremtidssikres. Den fortsatte tilpasning af organisationen til færre borgere, samtidig med at kvaliteten i ydelserne skal sikres, er en udfordring for forvaltningen.

Kommunalreformen

Den 1. januar 2007 overtager Sundheds- og Omsorgsudvalget en række forpligtelser på sundhedsområdet som følge af kommunalreformen. Det drejer sig først og fremmest om medfinansiering af regionale sundhedsydelser samt genoptræning efter sygehusindlæggelse. Områderne stiller Sundheds- og Omsorgsudvalget overfor væsentlige økonomiske såvel som organisatoriske udfordringer.

Medfinansiering af regionale sundhedsydelser. Sundheds- og Omsorgsudvalgets medfinansiering dækker dels et grundbidrag, dels et aktivitetsbaseret bidrag. Mens grundbidraget afhænger af kommunens indbyggertal og følgelig kan beregnes forholdsvis nøjagtigt, er omfanget af det aktivitetsbestemte bidrag særdeles vanskeligt at forudsige, da det afhænger af borgernes anvendelse af sundhedsvæsenet. Det gælder særligt sygesikring og behandling på sygehus.

Genoptræning. Efter sygehusindlæggelse kan borgere med nedsat funktionsevne blive tilbudt genoptræning. Denne genoptræning kan kun tildeles af sygehuset, der ligeledes kun må foretage den del af genoptræningen, der er særligt specialiseret. De øvrige genoptræningsopgaver kan som følge af kommunalreformen varetages i kommunalt regi. Kommunerne er imidlertid blevet pålagt at finansiere begge typer genoptræning.

Den fremtidige finansieringsmodel skaber betydelige og langvarige styringsproblemer for Sundheds- og Omsorgsudvalget, fordi udvalget er forpligtet til at finansiere en opgave, hvis omfang kun indirekte kan påvirkes gennem indgåelse af sundhedsaftaler med Region Hovedstaden. På kort sigt skal Sundheds- og Omsorgsudvalget endvidere integrere de nye genoptræningsopgaver i kommunens eksisterende genoptræningstilbud.

Sundhedscentre. Med kommunalreformens ikrafttræden den 1. januar 2007 sker der en ændret ansvarsfordeling på sundhedsområdet. Kommunerne bliver en integreret del af sundhedssektoren og får ansvaret for al forebyggelse, pleje og genoptræning, der ikke foregår under sygehusindlæggelse. Kommunen får også ansvaret for den patientrettede forebyggelse. Udfordringen er derfor at tilvejebringe kommunalt sundhedstilbud, der kan erstatte tilbudene i sygehusvæsenet, så kommunen på trods af finansieringsforholdene (se ovenfor) skaber egen kontrol over borgernes forløb.

De kroniske syge udgør en særlig udfordring og bliver en af de væsentligste udfordringer for kommunerne på sundhedsområdet i fremtiden. Sundhedsstyrelsens rapport om kroniske syge anbefaler, at hovedvægten af indsatsen for de kroniske syge

lægges på primærsektor, det vil sige de praktiserende læger og det kommunale sundhedsvæsen. Der er derfor udfordringer med at tilrettelægge opgavefordelingen mellem den praktiserende læge, det specialiserede niveau og det kommunale sundhedsvæsen, så borgeren med den kroniske sygdom er i fokus i stedet for systemerne. Det kommunale servicetilbud for de kronisk syge er derfor en væsentlig udfordring, der kan løses ved at etablere flere sundhedscentre i kommunen.

Overordnet prioritering i udvalget

I budgetforslaget er der i forhold til forrige år foretaget følgende prioriteringer:

Omprioriteringer, herunder prioriteringsrum (2007 P/L)	1.000 kr.
---	----------------------

I alt

<Her kan forvaltningen beskrive eventuelle bemærkninger til de valgte prioriteringer>

Udvalget har følgende udgifter

Alle beløb opgives i løbende priser	2006	2007	2008	2009	2010
Rammebelagt drift	650.215	641.849	0	0	0
Efterspørgselsstyret service	3.166.782	3.171.881	0	0	0
Anlæg	0	32.790	0	0	0
Efterspørgselsstyrede overførsler	183.619	1.960.996	0	0	0
I alt	4.000.616	5.807.516	0	0	0

Personalesituationen i forvaltningen

<Her indsættes de personalemæssige opgørelser for hele udvalget>

	2003	2004	2005
Antal årsværk			
Kønsfordeling m/k			
Gennemsnitligt sygefravær (dage pr. ansat)			

	2001	2003	2005
Medarbejdere med anden etnisk baggrund end dansk			

<Eventuelle kommentarer til udviklingen i de personalemæssige opgørelser>

Grønne budgetmål

Mål 2007	Resultatkrav 2007	Resultatkrav 2006	Resultat 2005
Grønne budgetmål vedrørende økologi	24	-	-
Ifølge Agenda 21 planen skal 75 % af den mad som serveres i kommunens køkkener og kantiner, være økologisk inden udgangen af 2008.			
Grønne budgetmål for miljøcertificering	13	1	-
Ifølge Agenda 21 planen skal alle forvaltninger være miljøcertificeret inden udgangen af 2008.			

Forudsætningen for resultatkrav for 2007 vedrørende økologi er at finansieringen imødekommes via Teknik- og Miljøforvaltningens forslag til ønskelisten.

Mål vedr. integrationsindsats

Mål 2007	Resultatkrav 2007	Resultatkrav 2006	Resultat 2005