

Bilag 3: Udvalgsafsnit

Sundheds- og Omsorgsudvalgets Budget 2013

Sundheds- og Omsorgsudvalgets opgaver:

Sundheds- og Omsorgsudvalget har det overordnede ansvar for sundheds- og omsorgsmæssige opgaver i forhold til kommunens ældre borgere. Ansvar omfatter så forskellige opgaver som træning, hjemmepleje, sygepleje, pleje- og ældreboliger, hjælpemidler, madservice, tandpleje og aktivitetstilbud.

Sundheds- og Omsorgsudvalget har endvidere ansvar for en række opgaver i forhold til samtlige københavnere. Det gælder sundhedsfremme og forebyggelse, rehabilitering, genoptræning efter sundhedsloven, vederlagsfri fysioterapi samt samarbejde med regionen omkring udmøntning af sundhedsaftaler, herunder tilrettelæggelsen af indlæggelser og udskrivninger samt medfinansiering af sygehusbehandling og sygesikring. Ligeledes hører Arbejdsmiljø København og Københavns Kommunes elevadministration under udvalget.

Sundheds- og Omsorgsudvalgets primære fokusområder er forankret i sundhedspolitikken *"Længe Leve København"* samt reformprogrammet *"Aktiv og Tryk Hele Livet"* for ældrepleje og sundhed i Københavns Kommune.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er udvalgets administrative organisation, der sikrer, at udvalgets ansvarsområder og opgaver varetages.

Mission

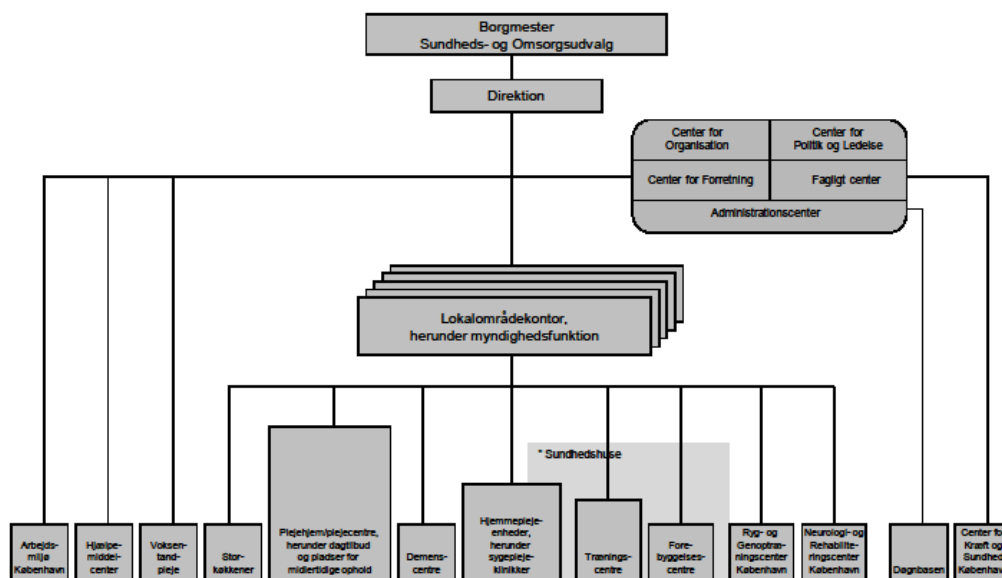
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen skal skabe vilkår for et godt, sundt og langt liv for københavnere.

Vision

- **Borgerne som ressource** - *de er en del af løsningen*. Vi skal understøtte sammenhængende forløb for borgerne, og stå for integration af sundhedsfremme og forebyggelse i opgaveløsningen.
- **Gennemsigtighed** - *tydelige afgørelser, serviceniveau og kvalitet*. Al visitationspraksis skal hvile på et ensartet grundlag, så der sikres entydig vurdering af borgerne og målrettede tilbud i bæredygtige lokalområder.
- **Faglighed** - *den bedste viden, læring og kunnen omsat til handling*. Fagligheden skal udvikles og styrkes både i bredden og i dybden. For at understøtte dette skal skabes et fælles fagligt grundlag i organisationen gennem en stærkere faglig styring og praksisnær udvikling.

Organisationsdiagram

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens organisering er vist i nedenstående diagram.



* Sundeshuse samler en række forskellige sundheds tilbud til borgeme under et tag

Sundheds- og Omsorgsudvalgets samlede udgifter

Tabel 1. Sundheds- og Omsorgsudvalgets samlede udgifter

mio. kr. (løbende priser)	2013	2014	2015	2016
Serviceudgifter	4.423,0	4.503,8	4.572,8	4.664,4
- heraf demografiregulerede service	3.607,5	3.671,1	3.783,3	3.861,3
Anlæg	48,8	44,7	13,6	12,6
Overførsler mv.	1.783,1	1.788,7	1.814,1	1.813,7
Finansposter	81,9	67,9	65,4	82,8
I alt	6.336,8	6.405,1	6.465,9	6.573,6

Administrationsudgifter

Sundheds- og Udvalgets administrationsudgifter er blevet reduceret med ca. 75 mio. kr. fra 2011 til 2012, hvilket primært skyldes overførslen af pensionsområdet fra Sundheds- og Omsorgsudvalget til Københavns Borgerservice. Fra 2012 til 2013 reduceres administrationsudgifterne med 132,6 mio. kr. som følge af krav om omkontering af det administrative overhead vedr. mellemkommunal afregning på plejehjemsområdet fra funktion 6.45.51.1 til funktion 5.32.32.1.

Tabel 2. Administrationsudgifter 2011 til 2013

mio. kr. (løbende priser)	2011	2012	2013
Administrationsudgifter	342,7	267,4	134,8

Note: Administrationsudgifter defineres som nettoudgifter på funktion 6.45.51.1

Sundheds- og Omsorgsudvalgets udfordringer de kommende år:

Sundheds- og Omsorgsudvalget står over for en række udfordringer i 2012 og fremover:

Omstilling fra passiv til aktiv hjælp

Aktiv og tryk hele livet er et politisk program, der skal reformere indsatsen for ældre og syge københavnere i de kommende år. Reformprogrammet skal sikre, at københavnere får den bedst mulige og mest effektive hjælp, hvis de bliver svækket af alder eller sygdom. Det er reformprogrammets samlede mål at løfte københavnernes livskvalitet og helbred frem mod 2015. Men nytænkningen skal også føre til billigere, smartere og fagligt bedre løsninger, fordi det de næste mange år er nødvendigt at prioritere ressourcerne.

Et vigtigt fokus er at sikre et fortsat aktivt liv for de ældre. Der er evidens for, at deltagelse i aktiviteter forbedrer ældre menneskers selvvurderede helbred og dermed forebygger udvikling af sygdom, forbedrer det sociale netværk og kan fremme livskvalitet, glæde, selvtillid og selvværd. Et fortsat aktivt liv for de ældre understøttes via fokus på samarbejdet med frivillige organisationer, aktivitetstilbud samt inddragelse af borgerens ressourcer i pleje- og omsorgsydelser og omlægning af praktisk hjælp og personlig pleje fra passiv og kompenserende til mere borgerinddragende og støttende med fokus på at gøre borgeren aktiv og selvhjulpne. Der investeres samtidig i hverdagsrehabilitering, herunder vejledning og træning, og i teknologiske løsninger som fx plejetoiletter, spisehjælpemidler og baderumsløsninger, der hjælper ældre med at mestre eget liv.

De ældre, som har mulighed for at blive selvhjulpne, støttes på denne måde til at kunne klare sig selv mest muligt, mens der frigøres ressourcer til at de ældre, som har et stort plejebehov, får mere, bedre og højt professionaliseret hjælp.

Kost til ældre

Sundheds- og Omsorgsudvalget står foran vedtagelse af en ny Mad- og måltidspolitik i 2012. Mad og måltider er en væsentlig del af en kvalitetsfyldt pleje, omsorg og behandling, som det er ambitionen at yde til de københavnske ældre.

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fokus på, at udvikle kosttilbuddene til kommunens ældre borgere med henblik på at sikre en fælles høj standard af velsmagende, økologisk mad af høj kulinarisk kvalitet til de ældre, der modtager et tilbud om mad. Fokus er også på den største faglige udfordring indenfor kostområdet til ældre, som er underernæring. Der arbejdes målrettet med ernæringsvurdering, ernæringsterapi og de bedst mulige rammer for måltidet på plejehjem. I hjemmeplejen tilbydes ernæringsterapi til ca. 800 borgere i hjemmeplejen om året. Der er viden om at problemer med at tygge og synke er en af de største årsag til underernæring hos ældre, derfor skal næste ernæringsindsats rettes mod denne problemstilling.

Det nye borgernære sundhedsvæsen

Kommunerne er en central aktør i det nye borgernære sundhedsvæsen. Som følge af blandt andet det stigende antal kronikere vil der være et stigende pres på udgifterne til sundhedsvæsenet og et behov for at udvikle sundhedsvæsenet, så opgaverne løses på det lavest mulige omkostningsniveau. Samtidig er Sundheds- og Omsorgsudvalgets eksisterende opgavesæt udfordret af, at hospitalerne udvikler sig i retning mod en mere specialiseret og effektiv opgaveløsning, hvor stadig kortere indlæggelsestid påvirker opgaverne i kommunen.

De nye og ændrede sundhedsopgaver betyder, at kommunen skal have fokus på udvikling og tilrettelæggelse af det samlede opgavesæt på hele sundhedsområdet, herunder både på forebyggelse, tidlig opsporing og rehabilitering. Udviklingen af

tilbud og ydelser skal afspejle viden om sundhedstilstand og livsstil hos borgerne samt viden om effekten af indsatser.

Kommunens rolle i patientforløbet

Sundheds- og Omsorgsudvalget forfølger i lyset af ovennævnte paradigmeskifte sin udarbejdede strategi for det nye borgernære sundhedsvæsen. Strategien skal understøtte, at den kommunale sundhedsindsats afspejles i hele borgerforløbet fra tidlig opsporing, forebyggelse af indlæggelser, hjemtagning af færdigbehandlede borgere, opfølgning efter indlæggelse, rehabilitering og palliation. Der igangsættes en række nye tiltag i 2012, herunder pilotforsøg på 5 plejehjem i forhold til forebyggelse af indlæggelser og etablering af en tværfaglig udredningsenhed i samarbejde med Bispebjerg Hospital, som har til formål at sikre hurtig udredning, vurdering og igangsætning af behandling af sårbare ældre med henblik på at forebygge indlæggelser.

Sundhedshuse som infrastruktur i det borgernære sundhedsvæsen

I København er sundhedshusene rammen om en række sundhedstilbud til borgerne og i sundhedspolitikken *Længe Leve København* er sundhedshusene tiltænkt en central rolle i at nå målene om sunde borgere i København. Evalueringen af sundhedshusene fra foråret 2011 viser, at de udgør den rigtige driftsunderstøttende struktur for en effektiv sundhedsindsats.

Den politisk besluttede fem-struktur for sundhedshuse vil være fuldt implementeret primo 2014, hvor sundhedshuset for Indre By/Østerbro står klar. Som aftalt i budgetaftale 2012 drøftes finansiering til videreførelse af sundhedshusene i forbindelse med budget 2013. Sundheds- og Omsorgsudvalget har til brug for drøftelserne udarbejdet forslag til fremadrettet finansiering af driftsopgaven på sundhedsområdet, som er delvist finansieret ved midlertidig kommunal bevilling, der ophører i 2014.

Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed

Sundheds- og Omsorgsudvalget har ansvar for både at skabe rammer for en sund levevis og etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. En væsentlig del af københavnere er inaktive, ryger, har et risikabelt alkoholforbrug eller spiser usundt, og er dermed i risiko for at få forringet deres sundhedstilstand. Der er således fortsat et stort potentiale i at styrke forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatsen med henblik på at mindske risikoen for kronisk sygdom, øge middellevetiden og øge antallet af gode leveår.

Der er derfor udviklet en række nye effektive forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser målrettet fysisk aktivitet, rygning, kost og alkohol og fra 2012 er tilbuddene gjort bydækkende. Der indhentes samtidig erfaringer om effekten af indsatser og hvordan de bedst gennemføres, så sundhedsindsatsen kan målrettes der hvor den har størst effekt. Fokus på etableringen af sundhedsfremmende rammer på tværs af kommunens forvaltninger indgår i Københavns Kommunes sundhedspolitik "*Længe Leve København*".

Demografisk udvikling og modernisering af plejeboliger

Antallet af københavnere er steget og samtidig er befolkningssammensætningen ændret med flere yngre og færre ældre borgere. Fra og med 2008 er kurven dog vendt, således at det samlede antal af ældre borgere nu stiger. De ældste årgange bliver dog fortsat mindre.

Den demografiske udvikling er en styringsmæssig udfordring for Sundheds- og Omsorgsudvalget. På den ene side har der over en årrække været behov for færre *almene* plejeboliger og ældreboliger og på den anden side er der et stigende behov for nye og *mere specialiserede* tilbud i tiden fremover.

Udviklingen håndteres ved at etablere nye botilbud til borgere med særlige pleje- og omsorgsbehov og ved at sætte fokus på at udvikle fremtidens plejehjem i det igangværende arbejde med velfærdsteknologisk modelplejehjem. Samtidig afvikles overskydende plejeboliger som led i en omfattende modernisering af Sundheds- og Omsorgsudvalgets utidssvarende plejeboliger. Med budget 2011 blev der afsat midler til at fortsætte moderniseringsplanen, således at hele plejeboligmassen vil fremstå moderne og attraktiv i 2022.

Kompetence- og kvalitetsudvikling

Kompetenceudvikling af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens medarbejdere er en vedvarende udfordring. Det nye borgernære sundhedsvæsen har medført, at såvel sygeplejersker som øvrigt plejepersonale skal varetage pleje og omsorg for borgere, der blive udskrevet fra hospital fortsat tidligere i deres patientforløb. De mere pleje- og behandlingskrævende borgere samt forvaltningens særlige fokus på blandt andet pleje og omsorg til borgere med demens, omstillingen fra passiv til aktiv hjælp og faglig kvalitet i hjemme- og sygeplejen, stiller nye krav til kompetencer hos medarbejderne.

Sundheds- og Omsorgsudvalget løfter også en stor del af Københavns Kommunes lovpligtige uddannelse af sosu-elever. Der blev i 2011 optaget 1.387 sosu-elever i praktik i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Ansatte i Sundheds- og Omsorgsudvalget

Tabel 3. Ansatte under Sundheds- og Omsorgsudvalget

	2009	2010	2011
Antal årsværk	8.567	8.733	8.391
Kønsfordeling m/k	15% / 85%	16% / 84%	15,5% / 84,5%
Gennemsnitligt sygefravær (dage pr. ansat)	20,6	19,0	18,0
Medarbejdere med anden etnisk baggrund end dansk	18,7%	21%	22%

Kilde: Opus (årsværk og kønsfordeling), Rubin (sygefravær), Rubin og Danmarks Statistik (medarbejdere med anden etnisk baggrund – ikke-vestlig oprindelse)

Note: I opgørelsen af medarbejdere med anden etnisk baggrund end dansk defineres personer med dansk oprindelse som personer – uanset fødested – der har mindst én forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark. Gruppen af vestlige lande defineres som: Alle EU-lande, Island, Norge, Andorra, Liechtenstein, Monaco, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, New Zealand, Canada, USA og Australien. Gruppen af ikke-vestlige lande defineres som alle andre lande end de førnævnte og Danmark.