



KØBENHAVNS KOMMUNE

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
Økonomistaben

BUDGETØNSKER

7. juni 2012

Sagsnr.
2012-36001

Dokumentnr.
2012-423194

Sagsbehandler
Heidi Lundby/Stine
Thalund Petersen

Budgetønsker 2013 - notater



Indholdsfortegnelse

VÆKST OG BESKÆFTIGELSE	3
1. SUNDHED OG BESKÆFTIGELSE	3
SUND VÆKST OG INNOVATION	5
2. VELFÆRDSINNOVATIONSPAKKE 1.0.: STRATEGI FOR SUND VÆKST	5
3. VELFÆRDSTEKNOLOGI PÅ SUNDHEDS- OG ÆLDREOMRÅDET, TELEMEDICIN	8
4. VELFÆRDSTEKNOLOGI PÅ SUNDHEDS- OG ÆLDREOMRÅDET, VIRTUEL TRÆNING	11
FOREBYGGELSE OG MIDDELLEVETID	15
5. BØRN OG SUNDHED	15
6. STÆRKERE INDSATS I SUNDHEDSHUSENE	18
7. TIL KAMP MOD NEDSLIDNING AF RENGØRINGSMEDARBEJDERNE	24
8. BEDRE FORHOLD FOR ÆLDRE MEDICINSKE PATIENTER	26
KVALITET PÅ BØRNEOMRÅDET OG I ÆLDREPLEJEN	28
9. BEDRE MEDICINERING	28
10. DIGITAL TILGÆNGLIGHED PÅ ÆLDREOMRÅDET	32
11. BEDRE FORHOLD FOR DØENDE KØBENHAVNERE	36
12. KOSTPOLITIK	38
13. MERE SYGEPLEJE TIL REHABILITERINGSPLADSER	44

Vækst og beskæftigelse



1. Sundhed og beskæftigelse

Baggrund

Sundhed og beskæftigelse er sammenhængende forhold. En del københavnere er syge og har sundhedsmæssige problemstillinger i et omfang, der udgør en væsentlig barriere for at opnå eller fastholde tilknytning til arbejdsmarkedet:

- 1/3 af københavnere lider af en eller flere kroniske lidelser.
- Københavnske kontanthjælpsmodtagere er mere syge sammenlignet med den danske befolkning i øvrigt.
- Der er ca. 2.200 sygemeldte kontanthjælpsmodtagere og 7.000 sygedagpengemodtagere i København primo marts 2010.

Kvinder med etnisk minoritetsbaggrund, der er på kontanthjælp, har en større sygdomsbyrde end etniske danskere, og der er således et stort potentiale ved at implementere sundhedsfremmende aktiviteter for denne gruppe af borgere. Der bor ca. 1.000 kvinder i København med etnisk minoritetsbaggrund, som er på kontanthjælp.

Indhold

BIF-SUF-SOF strategien har til formål at forbedre sundheden for udsatte og syge borgere og hjælpe dem til at fastholde eller opnå beskæftigelse. Nærværende budgetønske vedrører 4 indsatser i strategien, hvoraf de tre første indsatser, der implementeres fra maj 2012, ønskes udvidet og den fjerde indsats ønskes etableret.

a) Styrket indsats for ledige unge

Der søges om midler til særlig sundhedsindsats med hjælp til motion og vægttab for yderligere 150 ledige unge. Hermed tilbydes ydelsen til i alt 500 - ydelsen tilbydes i regi af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens forebyggelsescentre.

b) Styrket indsats for sygemeldte kontanthjælpsmodtagere

Der søges om midler til forsøgsprojekt, hvor yderligere 100 sygemeldte kontanthjælpsmodtagere tilbydes målrettet sundhedsvejledning med konkrete anbefalinger til en sundere levevis. Hermed tilbydes ydelsen til i alt 300 – ydelsen tilbydes i regi af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens forebyggelsescentre.

c) Helhedsforståelse af sundhed i jobcentre

Der søges om midler til kompetenceudvikling af beskæftigelseskonsulenter i jobcentrene vedr. sundhed og sundhedsindsatser for ledige, herunder barrierer og muligheder for et

sundere liv. Yderligere 20, i alt 100 beskæftigelseskonsulenter tilbydes denne kompetenceudvikling.

d) Kvinder med etnisk minoritetsbaggrund

Der søges om midler til etablering af sundhedsfremmende indsats for kvinder med etnisk minoritetsbaggrund med henblik på at bringe dem tættere på arbejdsmarkedet. Indsatsen inkluderer sundhedssamtale, sundhedsaktiviteter, fastholdelse og opfølgning for 50 kvinder med etnisk minoritetsbaggrund i Forebyggelsescenter Nørrebro. Indsatsen indebærer også en udvikling af forebyggelsescentrenes sundhedstilbud med henblik på at fremme effekten ift. kvinder med etnisk minoritetsbaggrund.

Udvidelsen og etableringen af indsatserne vil gøre det muligt at inkludere de mest udsatte ledige, tilhørende match gruppe 3.

De økonomiske konsekvenser

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2013 p/l	2013	2014	2015	2016
<i>Serviceudgifter:</i>				
BIF/SUF/SOF strategi	2.500	0	0	0
Serviceudgifter i alt	2.500	0	0	0

Ved udgangen af 2013 udløber satspuljemidlerne, der finansierer de eksisterende indsatser. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Socialforvaltningen og Beskæftigelses- og Integrationsforvaltningen vil senest i forbindelse med budget 2014 fremsætte en samlet budgetsag vedr. finansieringen af fremtidige sundhedsmæssige indsatser i beskæftigelsesindsatsen.

Tabel 2. Tidsangivelse for driftsaktivitet

Driftsaktivitet, tidsangivelse	2013				2014				2015				2016			
	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															
- Implementering startet	X															
- Implementering afsluttet			X													
- Projekt afsluttet				X												

Tidligere afsatte midler

Der er bevilget 5,2 mio. kr. fra Sundhedsstyrelsens satspulje ”Styrket sundhedsindsats for socialt udsatte og sårbare grupper”, som skal anvendes i perioden 1. april 2011 – 31. december 2013 til finansiering af de eksisterende indsatser, som dette budgetønske supplerer og styrker.

Sund vækst og innovation



2. Velfærdsinnovationspakke 1.0.: Strategi for Sund Vækst

Baggrund

Middellevetiden for københavnere er lavere end for resten af Danmarks befolkning – i gennemsnit dør de københavnske borgere ca. 2 år tidligere. København har som målsætning, at københavnere har samme middellevetid som den øvrige befolkning i 2025. Sund Vækst kan være en 'driver' til skabelsen af øget middellevetid, og samtidig skal Sund Vækst hjælpe til at skabe vækst og arbejdspladser i regionen. Der er således et stort potentiale for at skabe innovation på sundhedsområdet, og Københavns Kommune er med sin størrelse og kommende investeringer i borgernes sundhed og velfærd en afgørende vækstdriver i en sådan udvikling.

Men Københavns Kommune kan ikke skabe vækst alene. Det er afgørende, at det sker i et tæt samspil med virksomheder, universiteter og andre forskningsinstitutioner og med sygehuse, Region Hovedstaden med videre.

Indhold

Indsatserne er udarbejdet i samarbejde mellem Økonomiforvaltningen og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

a) Sund Vækst klynge i samarbejde med Copenhagen Capacity

Der ønskes midler til et nyt regionalt forankret klyngeinitiativ – en Sund Vækst klynge der favner bredere end de eksisterende klynger indenfor området, f.eks. Medicon Valley Alliance. Klyngen etableres i et samarbejde mellem Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Økonomiforvaltningen og Copenhagen Capacity.

Udviklingen af en Sund Vækst klynge i regi af Copenhagen Capacity indebærer:

- Samarbejde med Copenhagen Capacity, som klyngegenerator og operatør på linje med Copenhagen Cleantech Cluster. Copenhagen Capacity er dermed garant for samarbejde med Region Hovedstaden og andre centrale aktører i Sund Vækst-klyngen.
- Markedsanalyse, udvikling af netværk/klynge. Sammen med virksomheder og videninstitutioner identificeres de forudsætninger, der er for at etablere en klynge.
- Udvikling af et Sund Vækst eksportkatalog, der internationalt kan dokumentere Sund Vækst løsningerne i København.
- Klyngesekretariat ved Copenhagen Capacity.

b) Sund vækst ved fysisk aftryk i byen

Der ønskes midler til etablering af et fysisk aftryk i byen, der skal medvirke til at skabe Sund Vækst. Indsatsen skal defineres nærmere af Sund vækst-klyngen, og udvikles i samarbejde med virksomheder og universiteter, men kan eksempelvis være:

- Etablering af et Sund Vækst kvarter i Bispebjerg/Nørrebro. Løsninger samles i *velfærdskarré* for alle unge og ældre københavnere ved Bispebjerg Hospital, samt omkring Panum og det kommende velfærdsteknologisk plejehjem Sølund.
- Showcase og testmuligheder, f.eks. ved demonstrationslejligheder i Bispebjerg/Nørrebro.
- Lokaler og fysiske rammer for iværksættere på det velfærdsteknologiske område.

c) Fyrtårnsprojekter for Sund Vækst

Der ønskes midler til fyrtårnsprojekter vedr. Sund Vækst på områder, hvor København har en særlig konkurrencefordel, og hvor byen har udfordringer.

De økonomiske konsekvenser

De økonomiske konsekvenser er endnu ikke klarlagt – indsættes senere.

Tidligere afsatte midler

Forundersøgelse vedr. Copenhagen Campus tilsigtede at afdække behov, udformning/koncept, lokaliseringmuligheder, finansiering, samfundsøkonomiske effekter og international best practice vedr. etablering af internationalt kollegium og forskerboligmiljø. Udført i samarbejde med Københavns Universitet. Region Hovedstaden, Novo, Saxo Bank og Microsoft i regi af tænketanken ThinkTankTalents.

Tabel 1. Afsatte midler på området i tidligere aftaler:

Midlerne til forundersøgelse vedr. Copenhagen Campus – internationalt kollegium og forskerboligmiljø blev afholdt af Økonomiforvaltningen.

1.000 kr. (løbende p/l)	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<i>"Kickstart København":</i>						
Forundersøgelse vedr. Copenhagen Campus – internationalt kollegium og forskerboligmiljø	400					
<i>Budgetaftale 2011:</i>						
Velfærdsteknologisk modelplejehjem		500				
Afsatte midler i alt	400	500				
Heraf forbrugt	400	0*				

*Midlerne er overført til 2012.

3. Velfærdsteknologi på sundheds- og ældreområdet, Telemedicin

Baggrund

Velfærdsteknologi kan give bedre behandling og tryghed til de københavnske borgere. Borgere, der har brug for meget hjælp, har også behov for at hjælpen er professionel og rettidig. Her bringer telemedicin højt specialiseret viden ind hos de borgere, der lider af f.eks. diabetes, KOL eller hjertesygdomme, når der er et behov for behandling.

Velfærdsteknologi skaber samtidig vækst i København. Dette ansporer til innovation i virksomheder og gør København til et attraktivt internationalt udstillingsvindue for brug af velfærdsteknologi.

Indhold

Sundheds- og Omsorgsforvaltningens erfaringer med udvikling og brug af telemedicinske løsninger er gode. Derfor søges om midler til udvidelse og fortsættelse af indsatserne vedr. type 2 diabetes, KOL og sår. Ligeledes søges om midler til ny indsats om telemedicin ved behandling af borgere med hjerteproblemer.

a) Telemedicin ved behandling af type 2 diabetes – udvidelse af eksisterende tilbud til borgerne

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. Der søges om midler til fortsættelse af 82 forløb samt etablering af yderligere 75 forløb – i alt 157 forløb.

b) Telemedicin ved behandling af borgere med KOL – fortsættelse og udvidelse af eksisterende tilbud til borgerne

Telemedicinsk behandling af borgere med KOL består af hjemmemonitorering og videokonsultationer med sundhedsfagligt personale i call-center. Tilbuddet er forankret i Forebyggelsescenter Østerbro og sikrer tidlig identifikation af forværring i sygdomstilstanden og iværksættelse af en tidlig forebyggende indsats. Der søges om midler til fastholdelse af indsatsen og udvidelse af antal forventede forløb - fra 150 forventede forløb i 2012 til 200 forløb i 2013.

c) Telemedicin ved behandling af sår – fortsættelse og udvidelse af eksisterende tilbud til borgerne

Telemedicinsk behandling af sår består af fotoudveksling og en sårdatabase, hvor sårpatientens data, relevante undersøgelser, diagnose og behandling registreres. Behandlere i kommunen og på hospital har adgang til databasen, hvilket giver mulighed for løbende faglig supervision og rådgivning fra speciallæger på hospitalet. Der

søges om midler til fastholdelse af indsatsen og udvidelse af antal forløb - fra 250 forløb i 2012 til 400 forløb i 2013.

d) Telemedicin ved behandling af borgere med hjerteproblemer – ny indsats

Som et nyt tilbud vil der blive udviklet en telemedicinsk løsning for borgere med hjerte-kar sygdomme. Den endelige målgruppe er uafklaret, men kan blive borgere med iskæmisk hjertesygdom (åreforkalkning af hjertet) eller hjertesvigt. Afhængig af målgruppen, kan indsatsen omfatte støtte til livsstilsændring suppleret med supervision af vitale parametre, som f.eks. blodtryk.

Udviklingen af indsatsen vil ske i samarbejde med hospitalet. Det forventes at 50 borgere modtager tilbuddet i 2013. Her vil de telemedicinske kontroller kunne baseres på måledata (vægt-, blodtryks- og pulsmåling), evt. kombineret med videokonsultationer. Til indsatsen vil der blive indkøbt skærme/tablets og bredbåndsforbindelser samt teknisk understøttelse med IT-support, netværk, hardware mv. Indsatsen bliver koordineret med de øvrige telemedicinske indsatser for kronikere i Københavns Kommune.

De økonomiske konsekvenser

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2013 p/l	2013	2014	2015	2016
<i>Serviceudgifter:</i>				
-Telemedicin, Sår	600	700	700	700
-Telemedicin, Hjerte	750	1.000	1.000	1.000
Serviceudgifter i alt	1.350	1.700	1.700	1.700

Tabel 2. Anlægsudgifter og afledte serviceudgifter

1.000 kr. – 2013 p/l	2012	2013	2014	2015	2016	*
<i>Anlæg:</i>						
Telemedicin, Type 2 diabetes		400				*
Telemedicin, KOL		1.100	1.150	1.150	1.150	
Telemedicin, Sår		150	100	100	100	
Telemedicin, Hjerte		1.000	2.000	2.000	2.000	
Anlægsudgifter i alt		2.650	3.250	3.250	3.250	

Note: *-markeringer betyder at bevillingen i 2013 ønskes givet som anlægsbevilling ved budgetårets start.

For de eksisterende telemedicinske indsatser (type 2 diabetes, KOL og sår) er der behov for en videre afprøvning af både det organisatoriske og teknologiske set-up. Der arbejdes desuden hen imod en generisk model. Indkøb af hardware, databaser og måleudstyr er derfor spredt ud over budgetårene.

Tidsangivelse

Table 3. Tidsangivelse for anlægsprojekt

Anlægsaktivitet, tidsangivelse	2013				2014				2015				2016			
	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
<i>Telemedicin Type 2 diabetes</i>																
- Opstart		X														
- I drift			X	X												
<i>Telemedicin KOL</i>																
- Opstart	X															
- I drift		X														
<i>Telemedicin Sår</i>																
- Opstart	X															
- I drift	X															
<i>Telemedicin Hjerter</i>																
- Opstart	X	X														
- I drift			X	X												

Risikovurdering i anlægsprojekter

Indsætterne for telemedicinske løsninger på hjerteområdet kræver udvikling og afprøvning af løsninger, hvor det kan vise sig, at løsningerne ikke er passende til målgruppen og dermed ikke kan implementeres i det forventede omfang. Risiciene tages med i en samlet vurdering forud for implementeringen.

Tidligere afsatte midler

Table 4. Afsatte midler på området i tidligere aftaler:

1.000 kr. (løbende p/l)	2011	2012	2013	2014	2015
Budgetaftale 2011					
Telemedicin	1.500				
Budgetaftale 2012					
Telemedicin, Sår		400			
Telemedicin, Type 2 diabetes		2.800	2.100	2.300	2.300
Afsatte midler i alt	1.500	3.200	2.100	2.300	2.300
Heraf forbrugt	320*				

*Resterende anlægsmidler overført til 2012.

4. Velfærdsteknologi på sundheds- og ældreområdet, Virtuel træning

Baggrund

Mere frihed – Teknologi kan give borgerne frihed og de bedste muligheder for at kunne klare hverdagen på egen hånd. En udvidet brug af ny virtuel træning giver borgerne frihed til selv at planlægge og gennemføre træning på det tidspunkt, der passer borgeren.

Sundere by og stærkere fællesskaber – Borgerne kan gøre sundhed og bevægelse til en del af deres hverdag ved at bruge teknologi, og ved at dele information lokalt, som kan skabe stærkere fællesskaber.

Internetbaserede løsninger kan bruges til at involvere, engagere og forpligte så livsstilsændringer fastholdes/gennemføres.

Brug af nyeste teknologi i praksis giver bedre ydelser og skaber samtidigt i vækst i København. Det ansporer til innovation i virksomhederne, og gør København til et attraktivt internationalt udstillingsvindue for brug af velfærdsteknologi.

Indhold

a) Virtuel træning giver frihed til træning når det passer borgeren

Indsatsen vedrører brug af virtuel genoptræning i borgerens eget hjem med individuelt tilpassede træningsprogrammer, der skal sikre et genoptræningstilbud til den ældre borger, der ikke har det nødvendige overskud til at gennemføre genoptræning på træningscenter og for den yngre erhvervsaktive borger, der ønsker friheden til at træne på selvvalgte tidspunkter. Ligeledes vedrører indsatsen udvidede mulighed for, at borgere, der er på ophold på rehabiliteringscentre, kan supplere genoptræningen med selvtræning på egen stue og på selvvalgte tidspunkter.

- *Virtuel genoptræning til den ældre medicinske patient, som ikke kan overkomme at deltage i træning på træningscenter*

Københavns kommune er i 2012 deltager i et udviklings- og implementeringsprojekt med Welfare Denmark, som leverer en løsning til virtuel genoptræning i borgerens hjem. Welfare Denmark løsningen bliver implementeret i anden halvdel af 2012. Projektet skal afdække om virtuel genoptræning kan afhjælpe, at op mod 20 % af de ældre borgere, der har et lægefagligt begrundet genoptræningsbehov, fravælger at deltage i genoptræningen på træningscenter.

Der søges i 2013 om udvidelse af indsatsen til at dække alle lokalområder og rehabiliteringscentre med ekstra 30 skærme til i alt 50 virtuelle genoptræningsenheder.

- *Udvikling af virtuel genoptræningsenhed med 3D træningsmonitorering i samarbejde med Københavns Universitet, Datalogisk Institut*

Der pågår, i 2012, et innovativt udviklingsprojekt i samarbejde med Københavns Universitet om udvikling af en træningsenhed. Denne træningsenhed har mulighed for 3-dimensional monitorering af borgerens hjemmetræningsindsats. Enheden er i første omgang tiltænkt yngre knæopererede borgere. Det forventes, at enheden er færdigudviklet i 2013.

b) Sundere by og stærkere fællesskaber – Internetbaseret støtte til livsstilsændringer

Internetbaserede løsninger og apps til computere, smartphones og tablets kan understøtte borgernes livsstilsændringer indenfor rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost. Løsningerne kan anvendes som selvhjælp, som støtte til forløb for at øge effekten, og som opfølgning for at fastholde ændret sundhedsadfærd.

Der ønskes midler til fem indsatser:

- *Digitalt understøttede motionsfællesskaber*

Ved hjælp af sociale medier støttes motionsfællesskaber, som et udslusningstilbud fra Sundhedshusene. Indsatsen er en udbredelse af projekt SeniorInteraktion, hvor der er etableret et digitalt understøttet, åbent motionsfællesskab i Valbyparken, som skaber sociale relationer og øget sundhed gennem fokus på motion. Det er erfaringen, at fællesskabet i særlig grad appellerer til mænd.

Fællesskabet understøttes af website og en applikation til smartphone/mobiltelefon, som kan dele viden mellem brugerne om aktiviteter, mødesteder og deltagere. I budgetønsket indgår økonomi til at udbrede indsatsen til hele byen ved at videreudvikle den allerede etablerede funktion på internettet. Indsatsen etableres i samarbejde med frivillige, og vil omfatte uddannelse af tovholdere til fællesskaberne, opstart af motionsfællesskaberne og inspiration til aktiviteter. Motionsfællesskaberne er åbne for alle og kan bruges af borgere, der efter endt forløb i sundhedshusene har behov for et fællesskab for at fortsætte et aktivt hverdagsliv (aktiv udslusning) - ligesom f.eks. hjemmeplejen kan informere borgere om fællesskaberne. Det digitale tilbud giver flere ældre borgere adgang til sociale relationer, og kan på sigt reducere antallet af ensomme ældre.

- *Rygeafvænningsindsats målrettet unge på ungdomsuddannelsesinstitutionerne baseret på XHALE-QUITCoach metoden*

XHALE-QUITCoach metoden er et digitalt og virtuelt rygestop-koncept, hvor instruktører/QUITCoaches rekrutterer deltagere via events på ungdomsuddannelser til virtuelle forløb. De virtuelle forløb inkluderer rådgivning fra samme instruktører og dialog i netbaserede rygestopgrupper mv. Dette forudsætter uddannelse og drift af et

mindre korps af instruktører, samt materialer til skolerne. Indsatsen omfatter uddannelse af 6 instruktører til gennemførelse af årligt 20 kurser med 8 deltagere pr. hold, dvs. årligt 160 unge.

- *Øget formidling om eksisterende, eksterne tilbud til internetunderstøttet forebyggelse*

Tilbuddene er f.eks. 'Dit Digitale Stopprogram' (DDSP) målrettet voksne, STOPLINIEN.dk, chatrum og sms-service til voksne rygere, for at flere københavnere anvender de nationale hjælperedskaber til rygestop.

- *Brug af sociale medier*

Brug af sociale medier, hvor borgerne kan hjælpe hinanden og få støtte og rådgivning til at gennemføre og fastholde livsstilsændringer. Indsatsen gennemføres ved en udbygning af forebyggelsescentrenes internetsider.

- *Afdækning af kommunikationsteknologiske løsninger*

Afdækningen skal forberede en afprøvning af løsninger vedr. kost, motion og storforbrug af alkohol med henblik på at identificere løsninger med størst potentiale.

De økonomiske konsekvenser

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2013 p/l	2013	2014	2015	2016
<i>Serviceudgifter:</i>				
Virtuel træning giver frihed til træning når det passer borgeren:				
- Virtuel genoptræning ældre		600	600	600
- Virtuel genoptræning Yngre		300	300	300
Sundere by og stærkere fællesskaber:				
- Rygeafvænningsindsats – XHALE-QUITCoach metoden	300	300	300	300
- Øget formidling om eksisterende eksterne tilbud	200	200	200	200
- Brug af sociale medier	250	125	125	125
- Afdækning af kommunikationsteknologiske løsninger	250	0	0	0
Serviceudgifter i alt	1.000	1.525	1.525	1.525

Midlerne ønskes varigt, med undtagelse af 'Afdækning af kommunikationsteknologiske løsninger'.

Tabel 2. Anlægsudgifter og afledte serviceudgifter

1.000 kr. – 2013 p/l	2012	2013	2014	2015	2016	*
<i>Anlæg:</i>						
Virtuel træning giver frihed til træning når det passer borgeren:						
- <i>Virtuel genoptræning ældre</i>		430				*
- <i>Virtuel genoptræning Yngre</i>		120				*
Sundere by og stærkere fællesskaber - <i>Digitalt understøttede motionsfællesskaber</i>		500				*
Anlægsudgifter i alt		1.050	0	0	0	

Note: *-markeringer betyder at bevillingen i 2013 ønskes givet som anlægsbevilling ved budgetårets start.

Risikovurdering i anlægsprojekter

Virtuel genoptræning

Indsatsen der udvikles i samarbejde med Københavns Universitet og Digicorpus er et udviklingsprojekt af en avanceret computerbaseret genoptræningsplatform. Udviklingen af prototypen er pågående og risikoen er, at prototypen ikke er klar til implementering i 2013.

Tidligere afsatte midler

Området har ikke været prioriteret i tidligere budgetaftaler fra 2010 og frem.

Forebyggelse og middellevetid



5. Børn og Sundhed

Baggrund

Overvægt og fedme er et alvorligt samfundsproblem, som desuden har en social slagside, så forekomst af overvægt er størst i familier med lav socioøkonomisk status. 11-12 pct. af de danske 11-15 årige er overvægtige og 8-9 pct. er svært overvægtige. Hvis man er blevet 15 år og er meget svært overvægtig, er det ikke længere muligt at vokse sig fra overvægt. Derfor giver det god mening at sætte ind så tidligt som muligt. Børn i familier med overvægtige forældre udvikler hyppigere overvægt, og 70 pct. af dem, der er overvægtige som unge, bliver det også som voksne.

Det er samtidig vigtigt at få flere børn og unge til at bevæge sig mere. Fysisk inaktivitet, der er grundlagt i barn- og ungdommen, spiller en væsentlig rolle for udvikling af hjerte- og karsygdomme, diabetes og blodpropper. Midler til at opretholde den nuværende indsats i Tingbjerg for inaktive børn, så aktiviteten ikke bortfalder fra 2014, indgår i budgetønsket for Børn og Sundhed.

Indhold

a) *BørneVægtsCentret*

BørneVægtsCentret er Københavns Kommunes eneste behandlings-tilbud til børn med svær overvægt, i alderen 8-15 år, og deres familier. Centret ligger i Sundhedshuset Vesterbro/Kgs. Enghave.

Med baggrund i en faglig vurdering foreslår Sundheds- og Omsorgsforvaltningen at udvide alderskriteriet for henvisning til centret således, at børn fra 6 til 16 år kan henvises til centrets familietilbud.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vurderer, at gevinsterne ved at tilbyde behandling af overvægt ned til 6 års alderen er store. Der indgår et forebyggelsesperspektiv, da børnene er mindre overvægtige end de fleste af de børn, som centret modtager nu. Børnene har en forholdsvis hurtig vækst, og kan hermed nemmere ”vokse sig ind i en normalkurve”, og børnene vil ikke være påvirket socialt og psykisk i samme grad, som forvaltningen ser det hos mange børn nu.

Derudover foreslår forvaltningen, at unge mellem 16 og 18 år, med et BMI på mindre end 35, tilbydes et individuelt forløb i centret. Dette skal sikre, at der også er et tilbud til overvægtige unge med et BMI på under 35, idet unge med et BMI på over 35 (svært overvægtige) kan henvises til ”Motion XL” i Forebyggelsescentret Vesterbro. Udvidelsen vil indebære tilbud om individuelle samtaler til unge

mellem 16 og 18 år med et BMI på under 35 og etablering af endnu et motionstilbud målrettet de store børn.

Det vurderes, at centret, med en udvidelse, vil kunne modtage yderligere 50 børn årligt.

b) Opretholdelse af indsatsen vedr. inaktive børn i Tingbjerg

Bevillingen til inaktive børn er i perioden 2011-2013 anvendt til projektet Klar, Parat, Husum. Dette projekt henvender sig til børn og unge (3-16 år) i Tingbjerg, med særligt fokus på motionsuvede børn samt børn i Udflytterbørnehaven Kobbelvænget. Samtidig er der fokus på at understøtte leg og bevægelse på skoler, fritidshjem og klubber i og efter skoletid.

På baggrund af projektets foreløbige, gode erfaringer anbefales det at fortsætte indsatsen som en permanent driftsopgave efter 2013. Indsatsen vil, fra 2014, fortsat bidrage til aktiviteterne i Tingbjerg. Samtidig vil indsatsen blive udbredt til andre udsatte bydele i koordination med implementering af Bevægelsesteam København. Indsatsen vedrørende inaktive børn vil supplere Bevægelsesteam Københavns indsats i dagtilbuddene ved at have fokus på indsatser i skoler, fritidshjem og boligområder. De to tilbud vil altså foregå i de samme bydele, og tilbuddene vil skabe et fælles fokus på at få aktiveret motionsuvede børn i bydelene.

De konkrete indsatser i forhold til institutioner indebærer kompetenceudvikling af lærere og pædagoger samt opstart af konkrete aktivitetstilbud.

De konkrete indsatser i forhold til boligområder går på, i samarbejde med lokale aktører, at bidrage til et øget antal fysiske aktivitetstilbud, som appellerer til fysisk inaktive børn og unge, herunder aktiviteter med fokus på de inaktive piger.

Det årlige mål er, at mindst 100 motionsuvede børn bliver involveret i aktiviteterne.

De økonomiske konsekvenser

Der søges om 1,0 mio. kr. i varig drift til BørneVægtsCentret fra 2013.

Der søges om 3,4 mio. kr. i varig drift til opretholdelse af indsats vedr. inaktive børn fra 2014 og opskalering af indsatsen overfor motionsuvede børn i andre udsatte byområder.

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2013 p/l	2013	2014	2015	2016
<i>Serviceudgifter:</i>				
- BørneVægtsCentret	1.000	1.000	1.000	1.000

- Opretholdelse af indsats vedr. inaktive børn i Tingbjerg	0	3.400	3.400	3.400
Serviceudgifter i alt	1.000	4.400	4.400	4.400

Table 2. Tidsangivelse for driftsaktivitet (Børnevægtscentret)

Driftsaktivitet, tidsangivelse	2013				2014				2015				2016			
	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														
- Projekt afsluttet																

Tidligere afsatte midler

I forbindelse med budgetforlig 2010 blev der bevilliget midler til en indsats med fokus på unges sundhed i Brønshøj/Husum. Denne bevilling vil til og med 2013 finansiere projektet Klar, Parat, Husum.

BørnevægtsCentret er finansieret som en del af bevillingen "Øget Sundhed for Børn" fra budgetaftale 2009. Det forventes, at BørnevægtsCentrets nuværende budgetramme på 4,7 mio. kr. også de kommende fire år vil blive finansieret af "Øget Sundhed for Børn". Fra samme bevilling foreslås desuden udmøntet 0,5 mio. kr. til udbredelse af aktiviteter til inaktive børn og unge i resten af byen med udgangspunkt i erfaringerne fra projekt Klar, Parat, Husum, jf. fællesindstillingen mellem SUF og BUF "Status for Øget Sundhed for børn 2011 og udmøntning for 2013-2016" (2012-57288).

Table 3. Afsatte midler på området i tidligere budgetaftaler:

1.000 kr. (løbende p/l)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Afsatte midler i budgetaftale 2009:</i>						
BørnevægtsCentret	4.060	4.660	4.660	4.660	4.660	4.660
<i>Afsatte midler i budgetaftale 2010:</i>						
Inaktive børn	3.300	3.300	3.300			
<i>Afsatte midler i budgetaftale 2012:</i>						
Ensartet service-niveau for borgerrettede forebyggelse		3.000	3.000	5.000	5.000	
Afsatte midler i alt	7.360	10.960	10.960	9.660	9.660	4.660
Heraf forbrugt	7.360					

6. Stærkere indsats i sundhedshusene

Baggrund

Sundhedshusene er omdrejningspunktet for udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen i Københavns Kommune, og der er i 2009 truffet politisk beslutning om en struktur med 10 sundhedshuse, fordelt på fem område-sundhedshuse og fem satellit-sundhedshuse. De tre område-sundhedshuse og 1 satellit-sundhedshus er allerede i drift og de sidste færdigetableres frem mod 2014.

I budgetaftalerne er der tilvejebragt finansiering til etablering af strukturen, men en stor del af aktiviteterne i sundhedshusene er finansieret af midlertidige driftsbevillinger, som ophører med udgangen af 2013. Sundheds- og Omsorgsudvalget har derfor omstillet indenfor egen ramme og fundet en stor del af finansieringen. Den resterende finansieringsudfordring på 4,5 mio. kr. indgår i budgetønsker til budget 2013.

Fokus er nu på at få mere effekt af indsatsen i sundhedshusene for at nå målet om, at københavnere i 2025 skal leve lige så længe som alle øvrige danskere.

Mere effekt skal for det første opnås gennem fokus på indslusning af de borgere, hvor forebyggelsen har størst effekt. For det andet gennem optimering af ydelserne med henblik på hurtigere og bedre forløb, hvor frafaldsproblematikken hos de mest trængende også håndteres gennem fokus på mental sundhed og psykologiske faktorer. Og for det tredje gennem en indsats omkring aktiv udslusning, hvor borgere støttes 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

a) Indslusning til sundhedshusene af "de rigtige borgere" med henblik på størst effekt

- *Praksiskonsulenter – samarbejde med almen praksis*

Samarbejdet med almen praksis ønskes styrket som følge af, at kommunen har overtaget nye opgaver på rehabiliteringsområdet.

I det lokale samarbejde med almen praksis er der fra 2010-2012 afprøvet en ordning, hvor der har været ansat kommunale praksiskonsulenter til at følge op på opgaver relateret til implementeringen af rehabiliteringsforløb ved type 2 diabetes og KOL, jf. Region Hovedstadens forløbsprogrammer. Praksiskonsulenterne har haft et særligt fokus på henvisning af borgere til rehabiliteringstilbud i kommunen.

Praksiskonsulenterne skal indgå i samarbejdet mellem praktiserende læger, kommune og hospitaler i Sundheds- og Omsorgsforvaltningens 5 lokalområder om rehabilitering af borgere med KOL og type 2 diabetes. Der søges derfor om midler til en kommunal praksiskonsulent i hvert lokalområde, som ansættes 5 timer om måneden.

- *Opsøgende arbejde i samarbejde med almene boligorganisationer og sociale institutioner*

Forebyggelsescentrene spiller i stadig højere grad en vigtig rolle som lokale kompetencecentre for sundhedsfremme og forebyggelse. Dette udmøntes i en stadig større berøringsflade til lokalsamfundet.

Der er et stort uudnyttet potentiale i et øget samarbejde mellem sundhedshuse/forebyggelsescentre og de forskellige områdebaserede indsatser i lokalområderne, i form af områdefornyelser og boligsociale helhedsplaner, hvor forebyggelsescentrene er repræsenteret i kommunens samarbejde med lokale, private og kommunale samarbejdspartnere.

Hertil kommer forebyggelsescentrenes deltagelse i Sundhed i Nærmiljøet, der giver centrene en stadig bredere berøringsflade til lokale aktører i lokalområderne og samtidig indebærer et øget opsøgende arbejde, bl.a. over for relevante samarbejdspartnere som praktiserende læger, aktører i boligområder, ansatte i beskæftigelsesindsatsen og sociale institutioner.

Dette lokale arbejde er meningsfuldt, men ressourcekrævende. Det foreslås derfor, at de 5 forebyggelsescentre tilføres ekstra midler til at løfte denne opgave, svarende til 0,25 årsværk pr. center.

b) Optimering af ydelser i sundhedshusene med henblik på hurtigere og bedre rehabilitering

- *Håndtere frafaldsproblematik gennem fokus på mental sundhed i forebyggelsescentrene*

I forebyggelsescentrene er der fokus på livsstil og på skabelsen af sociale rammer, der understøtter livsstilsændringerne i forløbene. Et øget fokus på mental sundhed og psykologiske faktorer i forebyggelsescentrene vil kunne øge kvaliteten af en række af de eksisterende tilbud, sikre øget fastholdelse i forløbene - især for de mindst ressourcestærke grupper, og vil kunne være en selvstændig intervention til gavn for borgeren, hvor mental sundhed er medvirkende til dårlig livskvalitet.

Konkret kan et øget fokus på mental sundhed i forebyggelsescentrene have tre perspektiver:

1. Styrkelse af den mentale sundhed hos brugerne i forebyggelsescentrene ved at afhjælpe stress, angst og depression i relation til en kronisk sygdom.
2. Håndtering af psykologiske faktorer, der fastholder borgeren i en usund livsstil.
3. Fremme af sundhed hos borgere med lettere psykiatriske diagnoser, så som angst og lettere depressioner.

Der vil blive gennemført en evaluering af betydningen af fokus på mental sundhed i forebyggelsescentrene.

Der er gode erfaringer fra Center for Kræft & Sundhed København med at inddrage psykologisk rådgivning til brugerne, som et vigtigt bidrag til en helhedsorienteret og samlet rehabiliteringsindsats.

- *Udbredelse og opjustering af Motion XL*

Motion XL er et op til 16 uger langt forløb for svært overvægtige borgere (BMI over 35). Med Motion XL får man mulighed for at træne i forebyggelsescentret og hjælp til at fortsætte sin aktive livsstil efter endt træningsforløb.

Tilbuddet om motion XL tilbydes aktuelt kun i forebyggelsescenter Vesterbro, og ønskes udvidet til at omfatte 600 borgere, mod de nuværende 400 borgere. Udvidelsen skyldes meget stor efterspørgsel og ventelister, og at tilbuddet er medvirkende til at øge borgernes middellevetid.

Udvidelsen af tilbuddet fra 400 til 600 borgere medfører merudgifter til udstyr (egnet til svært overvægtige) og personaleressourcer. I 2013 indføres der desuden, som noget nyt, en afsluttende samtale og telefonopfølgning i XL tilbuddet. Tilbuddet følger dermed de samme retningslinjer som rehabiliteringsforløbene og MKDF. Ved at indføre en afsluttende samtale og telefonopfølgning bliver det muligt at måle på effekten af indsatsen, borgernes tilfredshed, motivation og fastholdelse efter endt forløb i forebyggelsescentret.

- *Etablering af adgangssystem/nøglesystem à la bibliotekerne*

Der ønskes adgangsstyring via sygesikringskort i sundhedshusene. Dette giver god mening i forhold til de borgere, der skal ind efter receptionens lukketid. Der afholdes ofte sene undervisnings- og træningshold samt rygestopkurser mm i forebyggelsescentrene.

Forslaget har i første omgang fokus på at etablere adgangskontrol og manuel opdatering, inklusive videoovervågning og logning. Herudover skal det undersøges, hvilke muligheder der er for integration til ankomstregistrering på sigt, således at borgeren både bliver låst ind og samtidig registreres i omsorgssystemet KOS II.

- *Opretholdelse af indsatsen ved. Alkoholrådgivning*

Sundheds- og Omsorgsudvalget har indenfor egen ramme håndteret den fremtidige finansiering af sundhedshuse, med undtagelse af to indsatser vedrørende inaktive børn og alkoholrådgivning, der begge indgår i opfyldelsen af kommunens sundhedspolitik. Indsatserne er finansieret til og med 2013.

Der ønskes midler til opretholdelse af indsatsen vedr. alkoholrådgivning, som ellers vil ophøre med udgangen af 2013.

Alkoholrådgivningen tilbyder personer med et risikabelt alkoholforbrug en samtale, som skal være med til at forebygge, at de får en alkoholrelateret sygdom. Udover det sundhedsmæssige aspekt, er alkoholrådgivningen også væsentlig i relation til indsatserne for udsatte borgere i København. Således er indsatsen vigtig i relation til bestræbelserne på at styrke den sundhedsmæssige indsats i beskæftigelsesindsatsen, idet beskæftigelsesproblemer ofte er forbundet med alkoholproblemer. Formålet med alkoholrådgivningen er at støtte borgere i at ændre vaner, herunder at støtte borgere, der er afhængige af alkohol, i at erkende, at de har behov for at blive henvist til et alkoholbehandlingstilbud. Borgerne tilbydes op til 5 samtaler af 1 times varighed – pårørende op til 2 samtaler.

Det forventes, at der fortsat vil blive gennemført 500 samtaler årligt.

c) *Udslusning og fastholdelse af borgernes handlekompetencer vedr. sund livsstil*

Undersøgelser viser, at borgerne opnår målbare livsstilsændringer lige efter et forebyggelsesforløb, men også at livsstilsændringerne er svære at fastholde og aftager over tid. Hvis overgangen fra forebyggelsescentre til dagligdagen understøttes og forlænges med udslusningsaktiviteter, er formodningen, at borgernes muligheder for at fastholde de opnåede livsstilsforandringer *på lang sigt* forbedres.

Forebyggelsescentre har gode erfaringer med samarbejde med frivillige organisationer og patientforeninger om udslusning. Erfaringerne viser, at der er et stort fælles potentiale for såvel kommune som foreninger ved at indgå i et partnerskab om indsatser i forhold til borgere, da der er et stort overlap mellem kommunens og de lokale foreningers målgrupper og interesser.

Sundheds- og Omsorgsudvalget har fundet midlertidig finansiering til indsatserne i 2012 og 2013, og der søges om varige midler fra 2014 og frem.

Samarbejdet med frivillige organisationer og patientforeninger på sundhedsområdet rummer indsatser indenfor to områder:

- *Indsatser, der understøtter et udvidet samarbejde og ideudvikling med patientforeninger*

Der indledes et samarbejde med frivillige organisationer og patientforeninger med henblik på at udvikle ideer og indsatser til at afprøve nye metoder til at øge livskvalitet, egenmestring og fastholdelse af livsstilsændringer for borgere med kroniske sygdomme i et samarbejde mellem de kommunale forebyggelsestilbud og de frivillige organisationer.

- *Indsatser der understøtter udviklingen af strategiske samarbejdsprojekter om aktiv udslusning*

Det drejer sig om følgende:

- Udvikling af et samarbejdsprogram for forebyggelsescentre og idrætsforeninger.
- Kompetenceudvikling af medarbejdere fra idrætsforeningerne, da de ikke er vant til den motionsuvalte målgruppe, der kommer fra forebyggelsescentrene.
- Implementering af motionsaktiviteter for borgere.
- Implementering af Borger Instruktøruddannelsen som et fast tilbud i forebyggelsescentrene. Instruktøruddannelsen er målrettet borgere, der har været igennem et forebyggelsesforløb og ønsker at kvalificere sig som frivillig instruktør på motionshold for andre i samme situation.

Herudover er der i budgetønsket 'Velfærdsteknologi på sundheds- og ældreområdet, Virtuel træning' fokus på internetbaseret støtte til livsstilsændringer.

De økonomiske konsekvenser

Der søges om varige driftsmidler til en stærkere indsats i sundhedshusene, jf. tabel 1.

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2013 p/l	2013	2014	2015	2016
<i>Serviceudgifter:</i>				
Indslusning til sundhedshusene af ”de rigtige borgere” mhp. størst effekt:				
- Praksiskonsulenter	300	300	300	300
- Opsøgende arbejde i samarbejde med almene boligorganisationer og sociale institutioner	700	700	700	700
Optimering af ydelser i sundhedshusene mhp hurtigere og bedre rehabilitering:				
- Håndtering af frafaldsproblematik	3.400	3.300	3.300	2.100
- Udbredelse og opjustering af Motion XL	1.850	1.850	1.850	1.850
- Opretholdelse af alkoholrådgivning i sundhedshusene	0	1.100	1.100	1.100
Udslusning og fastholdelse af borgernes	0	2.000	2.000	2.000

handlekompetencer vedr. sund livsstil				
Serviceudgifter i alt	6.250	9.250	9.250	8.050

Etablering af adgangssystem/nøglesystem à la bibliotekerne indebærer i fase 1 implementering af et system med adgangskontrol ved indgangsdør og integration til alarmsystem. Dette inkluderer videoovervågning og logning og koster i alt ca. 350.000 kr. pr. forebyggelsescenter.

Den afledte drift rummer licenser og support/reparation på i alt 50.000 kr.pr forebyggelsescenter.

Tablet 2. Anlægsudgifter og afledte serviceudgifter

1.000 kr. – 2013 p/l	2012	2013	2014	2015	2016	*
<i>Anlæg:</i>						
Etablering af adgangssystem/nøglesystem à la bibliotekerne		1.800				*
Anlægsudgifter i alt	0	1.800	0	0	0	
<i>Afledte serviceudgifter:</i>						
Licenser og support		250	250	250	250	
Afledte serviceudgifter i alt		250	250	250	250	

Tidligere afsatte midler

I budgetaftale 2012 blev der bevilget varige midler til ensartet serviceniveau for borgerrettede forebyggelse. Fra og med 2014 indgår bevillingen i det samlede forslag til fremadrettet finansiering af sundhedshusene aktiviteter.

Tablet 3. Afsatte midler på området i tidligere budgetaftaler:

1.000 kr. (løbende p/l)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Afsatte midler i budgetaftale 2012:</i>						
Ensartet serviceniveau for borgerrettede forebyggelse		3.000	3.000	5.000	5.000	
Afsatte midler i alt		3.000	3.000	5.000	5.000	
Heraf forbrugt						

7. 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 'spredde 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 2-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 projektførelset.

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2013 p/l	2013	2014	2015	2016
<i>Serviceudgifter:</i>				
Projektudgifter	1.000	1.000	0	0
Serviceudgifter i alt	1.000	1.000	0	0

Tabel 2. Tidsangivelse for driftsaktivitet

Driftsaktivitet, tidsangivelse	2013				2014				2015				2016			
	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 2010 og frem.

8. Bedre forhold for ældre medicinske patienter

Baggrund

Budgetønske for den ældre medicinske patient er et ønske i relation til sundhedspolitikken.

Indhold

a) Forløbskoordination

Forløbskoordination indgår i ydelseskataloget for sygepleje. Hensigten er at sikre bedst mulig behandling, pleje og støtte til borgere med multisygdom, alvorlig sygdom eller uafklarede sygdomsproblematikker via koordinerede og helhedsorienterede behandlings- og plejeforløb. Forløbskoordination er et vigtigt værktøj i et sundhedsvæsen med mange aktører, fordelt på region og kommune.

Ydelsen forløbskoordination er indtil 1. januar 2013 finansieret af statslige puljemidler. Der er kun delvist eksterne midler til videreførelse af ydelsen i 2013.

Der søges om midler til videreførelse af indsatsen med 350 forløbskoordinationer årligt. Ydelsen består af 8 sygeplejetimer og 2 hjemmeplejetimer.

b) Geriatrike tilsyn på Akutplejeenhed København og på rehabiliteringscentre

Københavns Kommune har indgået et samarbejde med Hvidovre Hospital om udviklingen af model for fremtidigt samarbejde omkring geriatrik tilsyn på Akutplejeenhed København samt supervision omkring akut behandling med det formål at forebygge indlæggelser og genindlæggelser. Tilsynet foregår konkret ved, at en geriatr fra Hvidovre Hospital kommer hurtigt ud og ser på borgere med komplekse helbredsproblematikker. Der er søgt eksterne midler til afprøvning på Akutplejeenhed København i 2. halvdel af 2012. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen forventer at modtage disse midler.

Der søges midler til at videreføre ordningen på Akutplejeenhed København samt til afprøvning af ordningen på rehabiliterings- og træningscentre fra 1. januar 2013. Indsatsen vil omfatte minimum 300 tilsyn årligt.

c) Kvalitet i rehabiliteringsindsatsen – for borgere med hjertekar-sygdom, type 2 diabetes og KOL

For at sikre den faglige kvalitet af rehabiliteringsindsatsen, ensartethed i tilbuddene 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.

I 2012 udvikles fælles retningslinier for alle rehabiliteringsindsatser i forebyggelsescentrene, og implementeringen af disse kræver ressourcer, ligesom der er ønske om en stor audit af den tværsektorielle rehabiliteringsindsats i 2013, med Københavns Kommune som tovholder. Endvidere indgår sundhedshusene i et større udviklingsarbejde, hvor flere nye initiativer skal udvikles. Herunder implementering af mental sundhed som en del af rehabiliteringsforløbene, ændrede stratificeringsredskaber, fokus på udslusning og fastholdelse, systematisk opsporing og henvisning fra almen praksis mv.

Der er årligt 2000 rehabiliteringsforløb i forebyggelsescentrene.

De økonomiske konsekvenser

Der søges om varige midler til indsatserne for ældre medicinske patienter, jf. tabel 1.

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2013 p/l	2013	2014	2015	2016
<i>Serviceudgifter:</i>				
Forløbskoordination - Sygeplejetimer	2.000	2.000	2.000	2.000
Geriatrisk tilsyn på APE	500	500	500	500
Kvalitet i rehabiliteringsindsatsen	500	500	500	500
Serviceudgifter i alt	3.000	3.000	3.000	3.000

Tidligere afsatte midler

Området har ikke været prioriteret i tidligere budgetaftaler fra 2010 og frem.

Kvalitet på børneområdet og i ældreplejen



9. Bedre medicinering

Baggrund

Medicinområdet står overfor en række markante udfordringer; nogle skal løses på nationalt og regionalt niveau, men der er også brug for kommunale løsninger i sygeplejen og på plejehjem.

Sundheds- og Omsorgsudvalgets mål om fejlfri medicinhandling i 2015 indebærer, at borgernes samlede medicin er tilpasset den aktuelle sundhedstilstand (rigtig medicin), og at borgerne får den medicin, der er ordineret (sikker medicin).

Eksterne tilsyn og interne audits i 2011 og 2012 har afsløret fejl i medicinhandlingen på 32 af 33 plejehjem og i alle hjemmeplejeenheder. Der er på den baggrund behov for en accelereret kommunal indsats, hvis målet om fejlfri medicinhandling skal indfries.

Der er i 2011 og 2012 arbejdet med en række initiativer på medicinområdet for at få reduceret omfanget af fejl. Der er bl.a. foretaget en analyse af basiskvaliteten i hjemme- og sygeplejen, herunder håndtering af medicin. Der gennemføres i 2012 en tilsvarende analyse af medicinområdet på plejehjem.

Dette budgetønske afspejler de indsatsområder, der vil være særligt fokus på i 2013.

Indhold

Budgetønsket samler en vifte af indsatser, der tilsammen peger i retning af en fejlfri medicinhandling.

a) Rigtig medicin

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er afhængige af at eksterne samarbejdspartnere udskriver den rigtige medicin til de borgere, hvor forvaltningen er ansvarlig for hele eller dele af medicinhandlingen i hjemmet. For at sikre rigtig medicin anbefales følgende indsatser:

- *Medicingennemgang ved kliniske farmaceuter*

Medicingennemgang ved klinisk farmaceut ønskes udbredt til borgere i eget hjem. Derfor ønskes midler til 2.900 medicingennemgange hos borgere, der får sygepleje og hjemmepleje.

Der er i 2012 sat fokus på rigtig medicin hos beboere på plejehjem og der igangsættes et samarbejde med apotekerne i kommunen, hvor kliniske farmaceuter gennemgår beboernes medicin for at understøtte, at beboerne får den rigtige medicin. Dialog om den enkelte borgers medicin mellem farmaceuterne og personalet vil forbedre personalets

medicinkompetencer og styrke dem i dialogen med de praktiserende læger.

- *Praksiskonsulenter i hvert lokalområde*

Praktiserende læger, der ansættes som *praksiskonsulenter* og arbejder med at understøtte og udvikle det lokale samarbejde mellem kommune og praktiserende læger, er nødvendige for at udvikle og forbedre medicinsamarbejdet og sikre sikker og rigtig medicin. Der ønskes midler til ansættelse af en praksiskonsulent 5 timer om måneden i hvert af de 5 lokalområder.

b) Sikker medicin

Indsatsen for sikker medicin handler om medicin håndteringen (arbejdsgange og arbejdsredskaber) internt i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. For at forbedre sikkerheden i medicin håndteringen anbefales følgende indsats:

- *Ekstra tid til komplekse/ poly-medicinerede borgere*

De mest komplekse borgere i forhold til medicin håndtering er kendetegnet ved mange forskellige præparater og hyppige ændringer i medicineringen. Der ønskes 15 minutter ekstra i forbindelse med doseringen af medicin til denne gruppe.

Indsatsen kan skaleres i forhold til om indsatsen omfatter de 15% mest komplekse borgere (875 borgere) eller kun de 5% mest komplekse borgere (292 borgere).

- *Tid til systematisk ledelsesmæssig opfølgning (audit)*

Sikker medicin håndtering forudsætter et kontinuerligt ledelsesfokus. Blandt andet gennem en systematisk gennemgang af medicin håndteringen og medicindokumentation (audit) med henblik på at fange og rette op på fejl. Derfor ønskes der tid til en fast gennemgang af alle borgere med manuelt doseret medicin (3.345 borgere).

Indsatsen kan skaleres ift. om der afsættes 1* 30 minutter eller 2 * 30 minutter årligt pr. borger med manuelt doseret medicin.

- *Adgang til faglige retningslinjer i hjemme- og sygeplejen (PPS)*

Brist i basiskvaliteten, herunder på medicinområdet, vil ofte opstå fordi medarbejderne bliver usikre på den faglige retningslinje for det arbejde, de skal udføre.

PPS er en database med adgang til opdaterede, let forståelige faglige retningslinjer. Databasen kan både anvendes som grundlag i den faglige ledelse og som et praktisk arbejdsredskab for medarbejderne i hjemmeplejen, sygeplejen og på plejehjem. På baggrund af afprøvning i 2012 ønskes midler til implementering og drift af PPS i 2013.

De økonomiske konsekvenser

Der søges om varige driftsmidler til indsatserne under bedre medicinering, jf. tabel 1.

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2013 p/l	2013	2014	2015	2016
<i>Serviceudgifter:</i>				
Rigtig medicin				
Medicingennemgang ved kliniske farmaceuter	1.500	1.500	1.500	1.500
Praktiserende læger (praksiskonsulenter) i hvert lokalområde	300	300	300	300
Sikker medicin				
Ekstra tid til komplekse/ polymedicinerede borgere	1.550	1.550	1.550	1.550
	-	-	-	-
	4.600	4.600	4.600	4.600
Tid til systematisk ledelsesmæssig opfølgning (audit)	1.300	1.300	1.300	1.300
	-	-	-	-
	2.650	2.650	2.650	2.650
Serviceudgifter i alt	4.650	4.650	4.650	4.650
	-	-	-	-
	9.050	9.050	9.050	9.050

Tabel 2. Anlægsudgifter og afledte serviceudgifter

1.000 kr. – 2013 p/l	2012	2013	2014	2015	2016	*
<i>Anlæg:</i>						
Adgang til faglige retningslinjer i hjemme- og sygeplejen (PPS)		2.300				*
Anlægsudgifter i alt		2.300				
<i>Afledte serviceudgifter:</i>						
Adgang til faglige retningslinjer (PPS) (Drift, tilpasning til SUF, uddannelse af superbrugere, licenser mv.)		1.900	1.900	1.900	1.900	
Afledte serviceudgifter i alt		1.900	1.900	1.900	1.900	

Note: *-markeringer betyder at bevillingen i 2013 ønskes givet som anlægsbevilling ved budgetårets start.

Tidsangivelse

Udbud og implementering af PPS database vil blive forberedt i 2012 og systemet forventes derfor at kunne sættes i drift i 1. kvartal 2013, såfremt der bevilges midler.

Table 3. Time indication for infrastructure project

Infrastructure activity, time indication	2013				2014				2015				2016			
	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																
- Facilitet ibrugtaget	x															

Risk assessment in infrastructure projects

It is assessed that there are no major risks in the infrastructure project

Earlier committed funds

The area has not been prioritized in earlier budget agreements, from 2010 and forward.

10. Digital tilgængelighed på ældreområdet

Baggrund

De Københavnske 65+ årige borgere er særligt udfordret af de obligatoriske, digitale selvbetjeningsløsninger, som frem mod 2015 indføres på stadig flere områder, og som ændrer kommunikationsformen mellem borgere og Københavns Kommune. Forandringen sker som led i Den fællesoffentlige digitaliseringsstrategi. De ældre borgeres udfordringer overstiger Borgerservices brede initiativer til borgere, der har vanskeligt ved at betjene sig af digitale kommunikationskanaler¹, og senest har også Københavns borgerrådgiver konstateret, at især ældre borgere farer vild på kommunens hjemmeside ved brug af selvbetjeningsløsninger.

Den digitalt bårne kommunikation rummer dog *også* et potentiale for at øge de 65+ årige borgeres kendskab og adgang til ydelser og til kommunikation med Københavns Kommune. Der er behov for digitale tiltag, der afhjælper udfordringer som:

- borgeres og pårørendes manglende kendskab til kommunens plejecentre og tilbud, som er en barriere for tidlig flytning til plejebolig.
- borgeres begrænsede adgang til egne data, der kun kan tilgås via 'aktindsigt'.
- pårørendes og borgeres manglende viden om den ældres muligheder og rettigheder, og kommunikation vedr. konkret koordination af indsatser i hjemmet.

Indhold

Budgetønsket indeholder fem indsatser, der adresserer konkrete digitaliseringsudfordringer på ældreområdet.

a) Digital boligportal

Der ønskes midler til udvikling og implementering af en ny digital boligportal på kk.dk, der vil gøre det mere overskueligt for borgere (de kommende brugere) og deres pårørende at tilgå informationer om ældre- og plejeboliger i København. Boligportalen vil indeholde faktuelle informationer som:

- Boligernes størrelse, faciliteter, ventetider mv., samt billedvisning af boligerne og angivelse af hvor boligerne er placeret (intelligent kortvisning).
- Økonomiske parametre (f.eks. huslejestørrelse og henvisning til muligheder for pensionsberegning).
- Søgfunktion med mulighed for søgning af boliger inden for et bestemt lokalområde og lignende.

¹ I København er implementeringen af digitaliseringsstrategien forankret i Service- og Kanalstrategien Citizen 2015 ved Københavns Borgerservice.

b) KOS II Borgerportal

Der ønskes midler til udvikling og implementering af KOS II borgerportal, hvor data som medicin, ydelser, døgn- og ugeplaner mv. er tilgængelige for brugeren, og evt. delvist eller helt tilgængelig for pårørende - afhængigt af brugerens tilladelse.

Borgerportalen vil også inkludere et dialogværktøj, hvorved brugere og pårørende kan kommunikere med hjemmepleje, plejecenter m.v. og endelig muligheden for at anvende sms-påmindelser. Formålet er at skabe let tilgængelig indsigt i brugerens muligheder og rettigheder, og imødekomme efterspørgslen fra brugere og pårørende af kommunikation og koordination vedr. indsatser omkring brugeren. Borgerportalen vil som sådan fungere som en digital samarbejdsbog.

c) Digitale it- cafeer til alle aktivitetstilbud og rehabiliteringscentre – tilbud til mobile ældre

Der ønskes midler til etablering af digitale it-cafeer (Hjernelounges) på alle Sundheds- og Omsorgsforvaltningens aktivitetstilbud og rehabiliteringscentre. Formålet med it-cafeerne er, at styrke de mobile ældres it-færdigheder såvel som kognitive færdigheder mhp. at kunne benytte selvbetjeningsløsninger, foretage indkøb via nettet, gøre bankforretninger og benytte sociale medier, som Facebook og Skype. Indsatsen imødekommer behovet for at bruge it til hverdagens gøremål og forebygger samtidig ensomhed.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har afprøvet it-cafe konceptet i 2011-2012, og de hidtidige erfaringer er positive: De involverede borgere tilkendegiver, at de har fået styrket deres it-færdigheder.

d) Træning af digitale kompetencer til ikke-mobile ældre

Der ønskes midler til træning af digitale kompetencer for *ikke*-mobile ældre borgere, der også har brug for at anvende offentlige selvbetjeningsløsninger mv. Indsatsen indebærer:

- *Tilbud i samarbejde med frivillige*
Kommunen indkøber 25 pc'ere, som de frivillige medbringer til træning af de ældre i deres hjem.
- *Digitalt ambassadørkorps blandt kommunens medarbejdere – ny ydelse 'Hjælp til it-support'*
I hvert lokalområde uddannes 5 medarbejdere, der kan hjælpe borgere med betjening på nettet. Målgruppen er borgere, som i forvejen får hjælp fra kommunen, der tildeles ny ydelse 'Hjælp til it support', bestående af 1 times hjælp op til 3 gange. Det vurderes, at 100 borgere årligt vil have behov for tilbuddet.

e) Digitalt overblik over IT-undervisning til ældre

I dag kan det være vanskeligt at finde frem til eksisterende it-undervisning. Der ønskes midler til en samlet kortvisning (Københavnerkortet) af alle kommunale såvel som frivillige it-

undervisningstilbud på kommunens hjemmeside - sådan at borgerne let kan finde tilbud i deres nærområde.

It- og digitaliseringsprojekterne igangsættes med afsæt i driftssamarbejdet med Koncernservice.

De økonomiske konsekvenser

Midlerne til serviceudgifter og afledte serviceudgifter ønskes varigt.

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2013 p/l	2013	2014	2015	2016
<i>Serviceudgifter:</i>				
d) Træning af digitale kompetencer til ikke-mobile ældre - Ny ydelse til ca. 100 borgere - Licensudgifter til 50 pc'er samt bredbånd	500	500	500	500
Serviceudgifter i alt	500	500	500	500

Tabel 2. Anlægsudgifter

1.000 kr. – 2013 p/l	2012	2013	2014	2015	2016	*
<i>Anlæg:</i>						
a) Udvikling af boligportal		2.000	3.000			
b) KOS II Borgerportal		2.500	1.000			
c) Digitale it-cafeer		2.500				
e) Kortvisning af IT-tilbud		100				*
Anlægsudgifter i alt		7.100	4.000			
<i>Afledte serviceudgifter:</i>						
c) Digitale it-cafeer - Licenser og mobilt bredbånd		500	500	500	500	
Afledte serviceudgifter i alt		500	500	500	500	

Note: *-markeringer betyder at bevillingen i 2013 ønskes givet som anlægsbevilling ved budgetårets start.

Table 3. Time indication for construction project

Anlægsaktivitet, Tidsangivelse	2013				2014				2015				2016			
	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
a) Udvikling og implementering af digital boligportal	X	X	X	X	X	X	X	X								
b) KOSII Borgerportal			X	X	X	X										
c) Digitale IT-cafeer	X	X														
d) Træning af digitale kompetencer til ikke mobile ældre	X	X	X	X												
e) Digitalt overblik over IT-undervisning til ældre	X	X	X	X												

Risikovurdering i anlægsprojekter

Udviklingen af KOS II Borgerportal forudsætter at KOS II er færdigimplementeret i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Implementeringen af KOS II igangsættes i efteråret 2012, hvorfor risikoen for en tidsmæssig forsinkelse af KOS II Borgerportal er lav.

Tidligere afsatte midler

Der er ikke i tidligere aftale, fra 2010 og frem, afsat midler til fokuseret indsats vedr. digital tilgængelighed for byens ældre borgere.

11. Bedre forhold for døende københavnere

Baggrund

Københavns Kommune varetager en forholdsmæssig stor andel af den palliative pleje for byens borgere, da Region Hovedstaden har landets laveste dækningsgrad i palliative tilbud. Regionen er ”gatekeeper” til palliativ pleje i form af hospiceophold og udkørende specialiserede palliative teams, som regionen tilbyder borgere i den terminale fase (de sidste ca. 40 døgn). Det er Københavns Kommunes opgave at supplere området med kommunale indsatser - indsatser, der sikrer tilstrækkelig palliativ pleje og omsorg til at skabe størst mulig livskvalitet for den berørte borger og dennes familie i den sidste fase af livet, samt sikrer rammerne for en værdig død. Denne målsætning udfordres af, om rette faglighed og kapacitet er til stede i den palliative pleje, og af et stigende behov for viften af kommunale palliative ydelser.

Indhold

a) Dækning af stigende udgifter til regionen

Der ønskes midler til dækning af Københavns Kommunes stigende udgift til Region Hovedstadens hospicetilbud. Frem til og med 2014 udvider regionen deres kapacitet med 12 nye hospicepladser.

Københavns Kommune skal, som øvrige kommuner i regionen, medfinansiere den udvidede kapacitet, men bliver ikke fuldt kompenseret for dette. Som konsekvens kan det blive nødvendigt at lukke kommunale pladser til palliativ pleje mhp. at finde tilstrækkelig finansiering. I praksis er de kommunale pladser dog *ikke* erstattelige med regionens, dels pga. regionens fortsat lave dækningsgrad, og dels fordi de kommunale pladser, i modsætning til regionens hospicetilbud, også tilgodeser borgere, der *forud* for den terminale fase har brug for et pladsophold. Dette er bl.a. en følge af hospitalernes tidlige udskrivning af borgere, hvis helbredstilstand ikke muliggør at de udskrives til eget hjem.

b) Forløbskoordination til samtlige hjemmeboende borgere med behov for palliativ pleje og omsorg

Der ønskes midler til forløbskoordination til samtlige hjemmeboende borgere, der modtager palliativ pleje og omsorg. Hensigten er at sikre koordinerede og helhedsorienterede behandlings- og plejeforløb, og hermed bedst mulig pleje og støtte for de berørte borgere og deres pårørende. Forløbskoordination er et vigtigt værktøj i et sundhedsvæsen med mange aktører, fordelt på region og kommune. Indsatsen inkluderer at ca. 330 borgere årligt modtager ydelsen forløbskoordination á 8 timer, hvilket sikrer retmæssigt koordinering af et komplekst palliativt forløb. Indsatsen inkluderer også et kompetenceløft vedr. palliativ pleje og omsorg af personalet i sygeplejen - herunder viden om planlægning af plejeforløb for den døende, smertebehandling og viden om cancer – der skal sikre, at

medarbejderne har overblik, ser helheder og kan planlægge den sidste tid sammen med den enkelte borger og dennes pårørende.

c) *Bedre smertedækning af borgere på plejecentre med palliative behov*

Nogle borgere på plejecentre har behov for palliativ pleje. Der ønskes midler til et øget kompetencetræk på den kommunale sygepleje til smertelindring af borgere på plejecentre, svarende til ca. 2.000 ekstra timer årligt.

Erfaringerne med en palliativ, smertelindrende indsats kan også anvendes i plejen og omsorgen af de døende på plejecentrene, der ikke har brug for en decideret palliativ indsats. Den skærpede kompetence på plejecentrene understøtter at døende borgere modtager retmæssig smertebehandling i den sidste livsfase og undgår unødige indlæggelser.

De økonomiske konsekvenser

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2013 p/l	2013	2014	2015	2016
<i>Serviceudgifter:</i>				
Dækning af stigende udgifter til regionen	3.000	3.000	3.000	3.000
Forløbskoordination til alvorligt syge og døende	2.000	2.000	2.000	2.000
Bedre smertebehandling af borgere på plejehjem med palliative behov	2.000	2.000	2.000	2.000
Serviceudgifter i alt	7.000	7.000	7.000	7.000

Midlerne ønskes varigt.

Tidligere afsatte midler

Området har ikke været prioriteret i tidligere budgetaftaler fra 2010 og frem.

12. Kostpolitik

Baggrund

Mad er en vigtig del af et aktivt og trygt liv for ældre, og måltidet kan være med til at mindske ensomheden hos ældre. I 2012 udarbejdes en ny Mad- og måltidspolitik for ældre i København, med indsatser inden for tre hovedområder: Madkvalitet, Det rette tilbud til den rette borger, samt Det gode måltid.

Målet er at skabe tilbud dels til ældre, der kan klare det meste af hverdagen og måltiderne selv, dels til ældre, der har brug for hjælp og støtte til måltiderne, og dels til ældre, der har behov for en målrettet og tværfaglig indsats for at få den rette mad.

Maden, der tilbydes ældre københavnere, skal være velsmagende og nærende, og måltiderne skal være med til at skabe fællesskaber og gode oplevelser.

Indhold

a) Investeringer der øger økologi-procenten til hjemmeboende

Under temaet 'Madkvalitet' ønskes midler til at opfylde det politiske mål i København om 75 pct. økologi i 2011 og 90 pct. økologi i 2015.

Forslaget vil fremme økologien i Københavns Madservice a la Cartes produktion af madservice til hjemmeboende borgere og middagsmåltidet til de plejehjem, der modtager mad fra Københavns Madservice a la Carte, samt den økologiske produktion hos de private leverandører af madservice. P.t. er økologiprocenten på 8 pct. til hjemmeboende borgere.

Model 1: Omlægning til økologi i Københavns Madservice a la Carte inkl. anlægsudgifter til omlægning af produktionen

Produktionen i Københavns Madservice a la Carte omlægges via en anlægsinvestering i et grøntrum, så køkkenet får mulighed for selv at forarbejde sine grøntsager, samt nyindretning af plads til kødopskæring og bageri.

Forslaget medfører også driftsudgifter til omlægning til økologisk produktion hos Københavns Madservice a la Carte og de private leverandører af madservice.

Der er tale om væsentlige ændringer i forhold til produktion, organisering, menuplanlægning, fysiske rammer m.m. Såfremt forslaget vedtages, vil der blive iværksat en forundersøgelse i 2013, der skal vise hvordan produktionen i Københavns Madservice a la Carte kan forandres til økologisk produktion.

Udover forundersøgelsen til 0,5 mio.kr., afsættes der midler på 1,3 mio.kr. i 2013 til ekstern konsulenthjælp, til at styre

forandringsprocessen fra konventionel til økologisk produktion. Der afsættes desuden et tilskud til driften på 2,8 mio. kr. til konvertering til økologiske råvarer, samt udgifter til anlæg.

Det vil betyde, at der opnås 50 % økologi hos Københavns Madservice a la Carte og de private leverandører af madservice i 2013. Med de afsatte midler i 2014-2016 kan der opnås 75 % økologi i 2014 og 90 % økologi i 2015.

Model 2: Omlægning til økologi i Københavns Madservice a la Carte med reducerede anlægsudgifter

I model 2 er anlægsudgifterne reduceret til indkøb af nye maskiner og optimering af de eksisterende rammer ift. egenproduktion af kødopskæring og brødbagning. Eftersom der ikke etableres grøntrum, medfører det en merudgift på drift til køb af halvfabrikata, dvs. forarbejdede grøntsager/frugt.

Merudgiften til drift i forhold til model 1 forventes at blive ca. 0,8 mio.kr. årligt.

b) Ernæringshjælp til de svageste ældre

Under temaet 'Det rette tilbud til den rette borger' ønskes midler til at sikre de svageste ældres ernæringstilstand. Dårlig ernæringstilstand er udbredt blandt ældre på plejehjem og rehabiliteringscentre.

Problemer relateret til spiseevnen er en af de primære årsager til dårlig ernæringstilstand hos ældre. Dette dækker over besvær med at tygge, besvær med at synke, smerter i munden og dårlig tandstatus. Det anslås, at 35-60 % af de ældre har problemer med at tygge eller synke.

For at afhjælpe problemer omkring dårlig ernæringstilstand blandt beboere på plejehjem og rehabiliteringscentre, udvikles en målrettet, systematisk og tværfaglig indsats omkring borgere med spiseproblemer - herunder tygge/synke-evne.

Dette indebærer følgende indsatser:

- Udvikling af kompetencer omkring tygge/synke-evne for specialister på træningscentre samt terapeuter, pleje - og køkkenpersonale på plejehjem og rehabiliteringscentre.
- Maden og køkkenet – udvikling af køkkenernes tilbud
- Udvikling af en faglig standard

Indsatsen vil indebære et tæt samarbejde med omsorgstandplejen, og deres indsats omkring mundhygiejne.

c) *Bedre sociale rammer omkring mad og måltider*

Under temaet Det gode måltid ønskes midler til at skabe bedre sociale rammer omkring mad og måltider, herunder støtte til madklubber, madlavning i fællesskab med andre og udvidede kriterier for visitation til spisetilbud.

- *Støtte til madklubber*

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen ønsker at understøtte opbygningen af madklubber i ældreboligafdelingerne i København. Måltider er en god ramme for sundhedsfremmende fællesskaber blandt ældre, og netop ældreboligafdelingerne beboes ofte af ældre, for hvem nærområdets tilbud har stor betydning.

Ved at understøtte opbygningen af madklubber i ældreboligafdelingerne opnås sundhedsfremmende fællesskaber. Det vil betyde, at de involverede ældre bliver sundere og får en højere livskvalitet og understøtter muligheden for, at de ældre kan forblive herre i eget liv længst muligt. De første to år opstartes madklubberne med en underviser. Herefter forankres de i frivillige organisationer. Madklubberne forventes at kunne etableres i boligforeningernes egne beboerlokaler og forankres i frivillige organisationer løbende.

- *Madlavning i fællesskab med andre*

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen ønsker, at differentiere tilbud til ældre, der ikke selv kan tilberede deres mad med en ny indsats, der styrker borgers færdigheder i forhold til at tilberede mad.

Målgruppen for den nye indsats er borgere, der ansøger første gang om Madservice med udbringning eller Spisetilbud. Borger søger om tilbuddet på baggrund af social begivenhed, f.eks. tab af ægtefælle eller tab af funktionsevne. Borger har enten aldrig opnået færdigheder i madlavning eller har nyligt mistet færdigheder og er i risiko for permanent tab.

Formålet er, at borger opnår eller genvinder færdigheder, således at borger selvstændigt kan stå for madlavning efter træningsindsatsen. Samtidig har indsatsen også et netværksstøttende sigte. Træningen foregår i grupper på aktivitetscentre, ved ergo- og fysioterapeut. Der tilknyttes to frivillige ressourcepersoner, som har til opgave at støtte gruppen og evt. fortsætte fælles madlavning og spisning i frivilligt regi efter træningsindsatsen.

Effekten af indsatsen vil være øget selvhjulpenhed i forhold til måltider, en styrkelse af deltagerens sociale relationer og netværk, samt en forbedring af deltagerens fysiske sundhed pga. af forbedret kost.

- *Udvidede kriterier for visitation til Spisetilbud*

Spisetilbud (Madservice uden udbringning) er en visiteret ydelse til borgere, som selv kan transportere sig hen til et spisested, men ikke selv er i stand til at tilberede mad. Det er en udfordring, at borgere, som har behov for fællesskaber og aktivitet, ikke kan visiteres til Spisetilbud, hvis de selv kan tilberede mad. Det foreslås derfor, at visitationskriterierne til Spisetilbud udvides, så det også er muligt at visitere borgere til Spisetilbud på baggrund af borgers behov for fællesskab/aktivitet.

Forvaltningen vurderer, at det samlede antal borgere i Spisetilbud vil blive forøget med ca. 100 borgere, som følge af nye visitationskriterier. Dette vil medføre en driftsudgift til finansiering af forskellen mellem produktionsprisen og borgerens egenbetaling.

De økonomiske konsekvenser

Der søges om varige driftsmidler til indsatserne vedr. økologi i Københavns Madservice à la Carte, udvidet Spisetilbud, og madlavning i fællesskab med andre.

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2013 p/l	2013	2014	2015	2016
<i>Serviceudgifter:</i>				
Økologi i Københavns Madservice a la Carte				
- Model 1 <i>eller</i>	2.800	5.900	7.600	7.600
- Model 2	3.200	6.700	8.400	8.400
Ernæringshjælp til de svageste ældre	1.900	1.100	800	0
Bedre sociale rammer omkring mad og måltider:				
<i>-Nye visitationskriterier til Spisetilbud</i>	200	200	200	200
<i>-Madklubber</i>	500	500	100	0
<i>-Madlavning i fællesskab med andre</i>	600	400	400	400
Serviceudgifter i alt	6.000- 6.400	8.100- 8.900	9.100- 9.900	8.200- 9.000

Tabel 2. Anlægsudgifter og afledte serviceudgifter

1.000 kr. – 2013 p/l	2012	2013	2014	2015	2016	*
<i>Anlæg:</i>						
Økologi i Københavns Madservice a la Carte		7.300				
- Model 1 <i>eller</i>		1.200				*
- Model 2						
Anlægsudgifter i alt						*
<i>- Model 1 <i>eller</i></i>		7.300				

- Model 2		1.200				
Heraf til KEjd						
<i>Afledte serviceudgifter:</i>						
Økologi i Københavns Madservice a la Carte		1.800	1.300	600		
Afledte serviceudgifter i alt		1.800	1.300	600		

Note: *-markeringer betyder at bevillingen i 2013 ønskes givet som anlægsbevilling ved budgetårets start.

Tidsangivelse

Tidsangivelsen for anlægsprojektet Økologi i Københavns Madservice a la Carte (både model 1 og 2) forudsætter, at anlægsbevillingen stjernemarkeres. Ellers vil tidsangivelsen rykke et kvartal frem.

Tabel 3. Tidsangivelse for anlægsprojekt - Økologi

Anlægsaktivitet, tidsangivelse	2013				2014				2015				2016			
	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												
- Facilitet ibrugtaget				X												

Tabel 4. Tidsangivelse for driftsaktivitet – Økologi

Driftsaktivitet, tidsangivelse	2013				2014				2015				2016			
	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				
- Projekt afsluttet													X			

I tabel 5 er vist tidsangivelse for ernæringshjælp til de svageste ældre.

Tabel 5. Tidsangivelse for driftsaktivitet

Driftsaktivitet, tidsangivelse	2013				2014				2015				2016			
	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												
- Projekt afsluttet												X				

I tabel 6 er vist tidsangivelse for bedre sociale rammer om mad og måltider (Spisetilbud, madklubber, madlavning i fællesskab)

Table 6. Time reporting for operational activity

Operational activity, time reporting	2013				2014				2015				2016			
	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
- Project started	X															
- BR-approval given	X															
- Project in full operation				X												
- Project completed										X	*					

* Applies only to madklubber.

Risk assessment in infrastructure projects

The infrastructure project "Renovation to ecology in Copenhagen's Madservice a la Carte, model 2" is from Copenhagen's Madhus estimated to a total infrastructure expenditure of between 4.5 million kr. and 10.0 million kr. In the table above infrastructure expenditures are given the average value in this interval – i.e. 7.25 million kr. The overall risk (maximum deviation) for the infrastructure project is thus 2.75 million kr.

Risk assessment

1000. kr.	2012	2013	2014	2015
I alt	2.750			

Earlier committed funds

There is in the budget agreement 2012 allocated funds to a reduction of the tax on Madservice for home-dwelling elderly and "Spisevenner".

Table 7. Committed funds in the area in earlier agreements:

1.000 kr. (running p/l)	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Budget agreement 2012:</i>					
<i>Reduction of tax on madservice for home-dwelling elderly</i>		5.000	5.000	5.000	5.000
<i>"Spisevenner"</i>		1.000	1.000	1.000	1.000
Committed funds in total		6.000	6.000	6.000	6.000
Hereof used					

13. Mere sygepleje til rehabiliteringspladser

Baggrund

De kommunale opgaver ændrer sig som følge af hurtigere udskrivning af borgere fra hospitalerne. Behovet for sygepleje er øget, da profilen for borgere på rehabiliteringsophold har ændret sig. Mange borgere, der udskrives fra hospital er medicinsk færdigbehandlede, men kan fortsat have et behov for udredning i forhold til eksempelvis funktionsniveau og almentilstand, før de eventuelt vil kunne klare sig i eget hjem.

Indhold

Der ønskes flere midler til sygepleje for borgere på rehabiliteringsophold. Forslaget medfører ansættelse af sygeplejersker og fortsat benyttelse af sygeplejersker fra Døgnbasen til gavn for de ca. 2.200 borger, som årligt anvender kommunens 233 rehabiliteringspladser.

De økonomiske konsekvenser

Der ønskes 4,0 mio. kr. i varig drift til ansættelse af flere sygeplejersker på rehabiliteringscentrene og til køb af sygeplejefaglige ydelser fra Døgnbasen.

Tabel 1. Serviceudgifter

1.000 kr. – 2013 p/l	2013	2014	2015	2016
<i>Serviceudgifter:</i>				
Mere sygepleje på rehabiliteringspladser	4.000	4.000	4.000	4.000
Serviceudgifter i alt	4.000	4.000	4.000	4.000

Tidligere afsatte midler

I Kickstart København blev der afsat midler til forbedret sygepleje på plejehjem – midlerne er anvendt til at løfte udfordringer vedr. almindelige plejeboligpladser, hvor nærværende ønske er fokuseret på sygepleje på rehabiliteringspladser.

I budgetaftale 2011 blev der afsat midler til 30 midlertidige pladser til brug for borgere under og over 65 år med svær somatisk sygdom. Midlerne er anvendt til borgere, der henhører under henholdsvis Socialforvaltningen og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Tabel 2. Afsatte midler på området i tidligere budgetaftaler:

1.000 kr. (løbende p/l)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<i>"Kickstart København":</i>							
Forbedret sygepleje på plejehjem	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000
<i>Afsatte midler i budgetaftale 2011:</i>							
Flere midlertidige pladser		15.000	15.000	15.000	15.000	15.000	15.000
Afsatte midler i alt	15.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000
Heraf forbrugt	15.000	30.000					