



**KØBENHAVNS KOMMUNE**  
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen  
Økonomistaben

**BUDGETØNSKER**

10. august 2012

Sagsnr.  
2012-8536

Dokumentnr.  
2012-598086

Sagsbehandler  
Heidi Lundby/Stine  
Thalund Petersen

## Bilag 4. Ikke-udvalgsbehandlede budgetønsker 2013



## Indholdsfortegnelse

1. DET GODE PLEJEHJEMSLIV .....	3
2. SUND VÆKST .....	4
3. LÆNGERE OG HOLDBART ARBEJDSLIV FOR ANSATTE I KØBENHAVNS KOMMUNE .....	11
4. RØGFRI KØBENHAVN 2025 - MIDDELLEVEPID .....	15
5. ANVENDELSE AF 30 MIO. KR. TIL FOREBYGGELSE OG HVERDAGSREHABILITERING FOR ÆLDRE SAMT INDSATS OVER FOR MENSKER MED KRONISK SYGDOM .....	18

## 1. Det gode plejehjemsliv

### Baggrund

Reformprogrammet 'Aktiv og tryk hele livet' har fokus på at understøtte en høj livskvalitet blandt byens ældre borgere. På plejehjemmene er bemanningen afgørende for at skabe tryghed, nærvær, fællesskab, aktivitet og frihed, og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen arbejder derfor med at forbedre bemanningen i ydertimer og weekender - sådan at helheden i disse værdier i højere grad gøres gældende i de timer, der ligger ud over dagtimerne. I 2012 har Sundheds- og Omsorgsforvaltningen indenfor den eksisterende bevilling til plejehjemsområdet allokert midler til ydertimer og weekender, men dog ikke i tilstrækkeligt omfang til at imødekomme plejehjemmenes efterspørgsel mhp. at tage vare om det gode ældre liv på plejehjem. Fysiske rammer, som f.eks. små enheder fordelt på flere etager, kan også forårsage et behov for højere bemanning i ydertimerne.

Den generelle praksis for bemanning i ydertimer på plejehjemmene er, at der aften/nat og weekend er færre på arbejde, men tilstrækkeligt med personale til rådighed til at udføre de *traditionelle* plejeopgaver. Hvor der eksempelvis kan være 2-3 medarbejdere tilstede i en bo-enhed i dagtimerne (kl. 7.30 - 15.30), vil der ofte kun være 1 medarbejder i aftentimerne.

### Indhold

Der ønskes midler til øget bemanning i ydertimer og weekender på Københavns Kommunes plejehjem, eksempelvis til ansættelse af personale i forlængede aftenvagter, mellemvagter, springerfunktioner, ekstra dagvagter i weekenden, ergoterapeuter i aftenvagt og (midlertidige) ansættelser af medarbejdere med alternative faglige profiler, målrettet specifikke aktiviteter mv. Dette understøtter kvaliteten i den basale pleje og muliggør et øget omfang af rehabiliterende tiltag og omstilling fra passiv til aktiv omsorg i ydertimer og weekender. Konkrete tiltag sfa. øget bemanning i ydertimer og weekender kan være måltidsværter, erindringsgrupper, avislæsning, havearbejde, at gå en tur, musikarrangementer o. lign.

### De økonomiske konsekvenser

**Tabel 1. Serviceudgifter**

1.000 kr. – 2013 p/l	2013	2014	2015	2016
<i>Serviceudgifter:</i>				
Bedre bemanning i ydertimer og weekender	10.000	10.000	10.000	10.000
<b>Serviceudgifter i alt</b>	<b>10.000</b>	<b>10.000</b>	<b>10.000</b>	<b>10.000</b>

Midlerne ønskes varigt.

### Eksekveringsparat?

	JA / NEJ
Udvalgsbehandlet	
Kan igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	

## 2. Sund vækst

### Indledning

Det globale marked for ny velfærdsteknologi, smarte telemedicinske løsninger, mere effektive lægemidler, arbejdskraftbesparende it-løsninger og nye ideer til at bygge fremtidens sundhedssektor vil eksplodere de kommende år. Fortsætter udviklingen som hidtil, vil udgifterne til sundhed og omsorg komme til at udgøre over 20 pct. af BNP i langt de fleste OECD-lande i år 2050. Hvilket betyder, at der ligger et stort potentiale for at løfte væksten på dette område de kommende år.

Danske producenter og eksportører af hjælpemidler, lægemidler, medicoteknisk udstyr og andre sundhedsrelaterede velfærdsteknologier har øget deres eksport med 70 pct. siden år 2000 og alligevel, taber vi markedsandele. DI vurderer, at eksporten kunne være 15 milliarder kr. større, hvis Danmark havde opretholdt samme markedsandel blandt EU-landene som for 10 år siden.

Københavns Kommune står for en stor del af investeringer og forbedringer af ældre pleje og tilbud til kronikere mv. Det er investeringer, der indeholder rigtig gode muligheder for en offensiv vækstindsats. Københavns Kommune har siden 2007 udviklet velfærdsteknologi med virksomheder, og brug af velfærdsteknologi indgår i moderniseringsplanens løbende udvikling af byens plejehjem. På linje med grøn vækst kan Københavns Kommune gå foran og dele byens udfordringer med virksomheder og forskningsinstitutioner og sammen finde løsninger, der kan øge virksomhedernes internationale markedsandele og forbedre Københavns Kommunes velfærdsydelser.

Det kræver et tæt samarbejde med virksomheder, forskningsinstitutioner, plejehjem, sygehuse mv., hvorfor der skal etableres en sund vækst klynge i hovedstadsområdet i samarbejde med Copenhagen Capacity, der er lykkedes med at skabe en internationalt højt rangerende klynge indenfor grøn vækst. Sund vækst klyngen skal bygges op om en række fyrtårnsprojekter og en sund vækst bydel – Bispebjerg. Økonomiforvaltningen har hovedansvaret for opbygningen af klyngen i samarbejde med Copenhagen Capacity, mens Sundheds- og omsorgsforvaltningen har hovedansvaret for at skabe innovation og vækst gennem udvikling af kerneydelser til ældre og kronikere, samt endelig udviklingen af sund vækst bydelen, der gør sund vækst indsatsen synlig i byen.

### 1. Etablering af sund vækst klynge

Der skal etableres et klyngesamarbejde, der sikrer internationalt kendskab til københavnske velfærdsløsninger og samarbejde mellem virksomheder, forskningsinstitutioner om innovation og eksport af Københavnerløsningerne.

### Eksekveringsparat?

	JA / NEJ
Udvalgsbehandlet	
Kan igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	

- **Klyngesekretariat ved Copenhagen Capacity.** Der skal etableres et klyngesekretariat, der kan udvikle og drive sund vækst klyngen og koordinere ansøgninger om EU-midler. I praksis består det i at samle virksomheder omkring eksport af dansk velfærdsteknologi og udvikling af nye løsninger til hjemmemarkedet, herunder Københavns Kommune. Klyngesekretariatet etableres i januar 2013. Midlerne afsættes til Copenhagen Capacity, der får til opgave at operationalisere sund vækst klyngen.
- **Effekter og investeringer.** Der skal udarbejdes en klyngeanalyse, der identificerer hvilke investeringer og virksomheder, som bedst realiserer vækstpotentialet i udvikling og eksport af sund vækst løsninger. Som integreret del af markedsanalysen etableres et effektmålingssystem, der professionaliserer og kvalificerer vækstinitiativerne i sund vækst indsatsen. Klyngeanalysen og effektmålingssystemet forventes færdige i november 2012.
- **Sund Vækst eksportkatalog.** Sammen med virksomhederne i indenfor velfærdsteknologi og medicosundhed, udvikles et eksportkatalog, der præsenterer Københavnerløsninger indenfor velfærdsteknologi og service. Københavnerløsningerne går på tværs af offentlig og privat og fokuserer på løsninger, der har øget livskvaliteten for kronikere og ældre medicinske patienter. Eksportkataloget skal på den ene side samle virksomhederne indenfor sund vækst klyngen og på den anden side markedsføre København og virksomheder i samlede løsninger internationalt. Eksportkataloget præsenteres, når klyngesekretariatet etableres i januar 2013. Midlerne afsættes til lancering af eksportkataloget og dermed markedsføring af København og sund vækst i København.

<b>Tema:Sundvækst 1.000 kr. 2013-pl</b>	<b>Service/anlæg</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Klyngesekretariat	Service	1.000	1.000	1.000	1.000
	Anlæg				
Effektmålingssystem	Service	200	100	100	100
	Anlæg				
Sund vækst eksportkatalog	Service	500	100	100	100
	Anlæg				
<b>I alt</b>	<b>Service</b>	<b>1.700</b>	<b>1.200</b>	<b>1.200</b>	<b>1.200</b>
	<b>Anlæg</b>				

## **2. Københavnerløsninger – vækst gennem innovation af kerneydelser**

Der skal udvikles nye og bedre løsninger til københavnske ældre og kronikere. Det er løsninger, der skal forbedre mulighederne for at ældre og kronikere bliver længere i eget hjem. Innovationen af de københavnske velfærdsydelser skal samtidig forbedre mulighederne for at øge Danmarks globale markedsandel.

- ***Sund vækst konkurrenceprogram.*** I samarbejde med Copenhagen Capacity og Region Hovedstaden udvikles et konkurrenceprogram, der inviterer virksomheder til at komme med løsninger på Københavns centrale udfordringer. Konkurrenceprogrammet sikrer, at der skabes nye innovative velfærdsteknologiske løsninger i tråd med markedet og brugernes centrale behov. Konkurrenceprogrammet bygges op om følgende udfordringer – hvordan kan københavnere der får praktisk hjælp trænes til at klare sig selv med virtuel træning? Hvordan kan telemedicin hjælpe kronikere, skal der være en løsning for alle kronikere? Hvordan afskaffes fejlmedicineringen af ældre? Hvordan halveres antallet af forebyggelige indlæggelser, kan det f.eks. ske ved sensorer, der forebygger og registrerer fald i hjemmet. Konkurrenceprogrammet lanceres ved opstart af klyngen i januar 2013 af Overborgmester og Sundhedsborgmester. Konkurrencen afsluttes med udpegning af vindere i juni 2013.
- ***Udviklingsaftaler om hjælp til kronikere og ældre til at forblive selvhjulpne.*** Med virksomheder m.fl. gennemføres gennem udviklingsaftaler to fyrtårnsprojekter i 2013 umiddelbart efter gennemført konkurrenceprogram. Udviklingsaftalerne gennemføres som intelligent offentlig efterspørgsel med beskrivelse af ønskede resultater for kommunens borgere ift. at hjælpe ældre og kronikere til at forblive selvhjulpne og uafhængige af hjælp. Fyrtårnsprojekterne skal sikre, at velfærdsteknologi kan gå fra projekt til drift i stor skala. De konkrete løsninger skal virksomhederne udarbejde forslag til. Der ønskes midler til anlægsinvesteringerne og efterfølgende afledte serviceudgifter over 2 år. Løsningerne skal etableres med udgangspunkt i Sund Vækst kvarteret Bispebjerg/Nørrebro. På baggrund af lignende fyrtårnsprojekter indenfor det velfærdsteknologiske område søges om 7,5 mio. kr. til hvert fyrtårnsprojekt, der udmøntes af Sundheds- og Omsorgsudvalget i 2013 og 2014. Derudover søges om 0,5 mio. kr. årligt til mindre løsninger inden for området, der kan etableres i sund vækst kvarteret. Udviklingsaftalerne tegnes i juni og fyrtårnsprojekterne gennemføres i efteråret 2013 med start i august.
- ***Kick-start med 2 løsninger.*** Som startskud på Sund Vækst klyngen igangsættes to projekter i stor skala i byen primo 2013, der begge har tilknytning til Sund Vækst kvarteret. Projekterne

bygger på afprøvning i 2012 og kan iværksættes herefter. Midlerne udmøntes af Sundheds- og Omsorgsudvalget. Løsningerne understøtter aftalen om kommunernes økonomi 2013, hvor der er afsat 300 mio. kr. til forebyggelse og hverdagsrehabilitering. Kickstart løsninger er følgende projekter:

1. Virtuel træning, hvor borgere træner ved hjælp computere og internetunderstøttet forebyggelse. Formålet er at løfte kvaliteten af træningen og forebyggelse samt sikre større effektivitet ved at flere af kommunens borgere følger den lægeligt anbefalede træning.
2. Telemedicin. Brug af telemedicin i stor skala for KOL, sår og diabetes samt og udvidelse af telemedicin til hjerteområdet.

<b>Tema:Sundvækst 1.000 kr. 2013-pl</b>	<b>Service/anlæg</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Konkurrenceprogram	Service	1.500			
	Anlæg				
Udviklingsaftaler (fyrtårnsprojekter)	Service				
	Anlæg	8.000	8.000	500	500
Kickstartløsninger - telemedicin	Service	1.350	1.700	1.700	1.700
	Anlæg	2.650	3.250	3.250	3.250
Kickstartløsninger – virtuel træning	Service	1.000	1.525	1.525	1.525
	Anlæg	1.050			
<b>I alt</b>	<b>Service</b>	<b>3.850</b>	<b>3.225</b>	<b>3.225</b>	<b>3.225</b>
	<b>Anlæg</b>	<b>11.700</b>	<b>11.250</b>	<b>3.750</b>	<b>3.750</b>

### 3. Sund Vækst bydel

Bispebjerg/Nørrebro etableres som et Sund Vækst kvarter i 2013 – et velfærdskvarter. I Sund Vækst kvarteret udpeges konkrete karréer i Bispebjerg i samarbejde med lokaludvalg og lokale boligforeninger samt i overensstemmelse med ambitionerne i plan for udsatte byområder. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er i dialog med relevante foreninger. Fyrtårnsprojekterne samles i Sund Vækst kvarteret for alle unge og ældre københavnere i området omkring Bispebjerg Hospital. Det løfter området, og er samtidigt stedet, hvor virksomheder kan teste og fremvise de nyeste løsninger.

- **Testfaciliteter.** I velfærdskvarteret er testfaciliteter indrettet sammen med virksomheder og videninstitutioner. Tæt på borgerne etableres 2 testlejligheder i ældreboligforening ved Bispebjerg indrettet med nyeste velfærdsteknologi, testfaciliteter i samarbejde med almen boligforening om udvikling af løsninger for yngre

borgere, og testfaciliteter på plejecenter ved Bispebjerg, hvor lokaler er indrettet med nyeste velfærdsteknologi. Som et led i testfaciliteterne får virksomhederne adgang til data, viden og faciliteter i bl.a. sundhedshus, forebyggelsescenter og døgndækkede tilbud. Endelig udvikles service til virksomheder og videninstitutioner, så der er let adgang til test. Denne service omfatter også service i forbindelse med Sund Vækst Inkubator.

- **Sundhedspavillon i byrummet omkring Bispebjerg.** Sammen med virksomheder og frivillige organisationer etableres pavillon i byrummet primo 2013. Pavillonen giver virksomhederne mulighed for at teste og komme i dialog med borgere, det kunne f.eks. være måling af blodsukker rettet mod diabetikere. Pavillonen indrettes samtidigt således, at skolerne i området kan bruge måleudstyr og faciliteter som en del af undervisningen i natur & teknik og biologi. Der søges om midler til etablering af pavillon, udstyr til indretning og drift af aktiviteterne, herunder vedligeholdelse. Midlerne udmøntes af Sundheds- og Omsorgsudvalget.
- **Sund Vækst Inkubator.** Som en del af videnbydelen etableres et inkubatormiljø for iværksættere, studerende og demonstration af velfærdsteknologi medio 2013. Sund Vækst Inkubator er et showroom med mødelokale på ca. 50 kvm. i forlængelse af en plejebolig (uden beboer), hvor virksomheder kan fremvise og har adgang til produkter i lejlighed. Studerende kan bruge lokalerne til at teste idéer og gennemføre undervisning. Lokalerne etableres i samarbejde med Sund Vækst klyngen og videninstitutionerne i området. Demonstrationslokalet er samtidigt et "levende" eksportkatalog så virksomheder kan bidrage med viden om løsninger og konkrete produkter fra hele landet. I området omkring Nørre Campus er kontorlokaler og et iværksætermiljø, der kan bruge de åbne lokaler i udviklingen af produkter. Der søges om midler til at supplere dette eksisterende miljø med indretning af showroom, herunder indretning af lokaler, drift og leje af bolig til at fremvise produkterne. Midlerne udmøntes af Sundheds- og Omsorgsudvalget.
- **Sund Vækst i skole** – Der etableres sund vækst profil skoler(Utterslev og Bellahøj skole), hvor der arbejdes med velfærdsteknologi i undervisningen, hvor der samarbejdes med virksomheder, således at eleverne udvikler en tæt forståelse for sammenhæng i og udviklingen af velfærdsteknologi. I udskolingen udvikles særskilte forløb/projekter i samarbejde med Metropol, der sikrer at sundhed, vækst og ny teknologi bliver en basal del af elevernes kundskaber. Vækst er ikke et påhæng, men en del af løsningen. I samarbejde med virksomheder og forskningsinstitutioner og profilskolerne udvikles fremtidens klasseværelse, skolegård, der i sit design og udformning inviterer til sundhed, bevægelse og læring.



<b>Tema:Sundvækst 1.000 kr. 2013-pl</b>	<b>Service/anlæg</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Testfaciliteter	Service	300	300	300	
	Anlæg	2.000	1.500		
Sundhedspavillon	Service	500	100	100	
	Anlæg	1.000			
Sund vækst incubator – møderum	Service	600	600	600	600
	Anlæg	2.000			
Sund vækst skole	Service	500			
	Anlæg	2.100			
<b>I alt</b>	<b>Service</b>	<b>1.900</b>	<b>1.000</b>	<b>1.000</b>	<b>600</b>
	<b>Anlæg</b>	<b>7.100</b>	<b>1.500</b>		

#### Samlet økonomi for pakken ”Sund Vækst”

<b>Tema:Sundvækst 1.000 kr. 2013-pl</b>	<b>Service/anlæg</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Klyngesekretariat	Service	1.000	1.000	1.000	1.000
	Anlæg				
Effektmålingssystem	Service	200	100	100	100
	Anlæg				
Sund vækst eksportkatalog	Service	500	100	100	100
	Anlæg				
Konkurrenceprogram	Service	1.500			
	Anlæg				
Udviklingsaftaler (fyrtårnsprojekter)	Service				
	Anlæg	8.000	8.000	500	500
Kickstart - telemedicin	Service	1.350	1.700	1.700	1.700
	Anlæg	2.650	3.250	3.250	3.250
Kickstart – virtuel træning	Service	1.000	1.525	1.525	1.525
	Anlæg	1.050			
Testfaciliteter	Service	300	300	300	
	Anlæg	2.000	1.500		
Sundhedspavillon	Service	500	100	100	
	Anlæg	1.000			
Sund vækst Incubator	Service	600	600	600	600
	Anlæg	2.000			
Sund vækst skole	Service	500			
	Anlæg	2.100			

<b>I alt</b>	<b>Service</b>	<b>7.450</b>	<b>5.425</b>	<b>5.425</b>	<b>5.025</b>
	<b>Anlæg</b>	<b>18.800</b>	<b>12.750</b>	<b>3.750</b>	<b>3.750</b>

### 3. Længere og holdbart arbejdsliv for ansatte i Københavns Kommune

#### Baggrund

Med den hævede efterløns- og pensionsalder er der behov for en målrettet indsats, der forebygger nedslidning, tidlig aldring, øget sygefravær og tidlig ophør på arbejdsmarkedet.

Nogle faggrupper - herunder bl.a. SOSU og Køkken/rengøring - er særligt udsatte. Disse faggrupper har højrisiko for øget sygefravær og tidlig ophør på arbejdsmarkedet. Det skyldes bl.a., at de fysiske krav i arbejdet er høje og at en relativt høj andel af faggruppen er overvægtige og har en lav fysisk kapacitet.

Sygefraværet blandt henholdsvis SOSU- og køkken/rengøringsmedarbejdere i Københavns Kommune lå i 2011 på 19,8 dage mod et gennemsnit på 16,4 dage for alle ansatte i kommunen. Selvom SOSU'ernes sygefravær har været faldende de seneste år, er det den faggruppe med det højeste sygefravær i SUF.

Københavns Kommune vil som arbejdsgiver sætte barren højere og påtage sig større ansvar for at mindske nedslidning og social ulighed i sundhed og bidrage til at udsatte faggrupper kan få et længere og mere holdbart arbejdsliv.

Kommunen iværksætter et projekt, som skal implementere fysisk træning i arbejdstiden på 11 plejehjem i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

#### Indhold

Der er solid evidens for at motion, styrketræning og fysisk aktivitet på forskellig måde kan have en række positive effekter for helbredet. Afhængig af de arbejdsmæssige belastninger kan fysisk træning og aktivitet på forskellig måde være relevante initiativer ift. at forebygge arbejdsskader.

Den største udfordring ift.. implementering af motion, styrketræning og fysisk aktivitet er at sikre en varig forankring således at aktiviteterne bliver en del af hverdagen også efter en projektperiode. Der er foreløbig kun relativt få eksempler på at dette er lykkedes i større skala over længere tid. En central udfordring er at finde måder hvorved aktiviteterne helt eller delvis kan foregå som en del af arbejdstiden i balance med opgaveløsningen.

Københavns kommune vil med dette projekt gøre fysisk træning og aktivitet til en arbejdsopgave. Herved indarbejdes forebyggelse og

#### Eksekveringsparat?

	JA / NEJ
Udvalgs-behandlet	
Kan igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	

sundhedsfremme direkte i den daglige drift og det bliver en ledelsesopgave at sikre at opgaven prioriteres og løses.

Det er samtidig en central samarbejdsopgave at finde måder at skabe rum for træning og fysisk aktivitet i arbejdstiden og samtidig sikre, at kerneopgaverne bliver løst. Det er vigtigt, at dette kan ske uden at øge arbejdsintensiteten på negativ måde, idet formålet og de positive effekter med at mindske nedslidning i modsat fald ej vil blive opnået.

Nærværende projekt skal bidrage til at finde disse nye veje, der kan sikre den varige forankring af træning og fysisk aktivitet i arbejdstiden.

#### *Nærmere om indhold*

Projektet er opdelt i tre faser, hvor støtten til de deltagende arbejdspladser gradvis aftrappes.

Fase 1: En fire måneders opstartsfasen med fokus på motivation, intensiv træning og organisering. For faggrupper med fysisk krævende og risikofyldt arbejde vil træning og øget kropsbevidsthed i opstartsfasen blive koblet til de daglige arbejdsopgaver og –redskaber gennem et særligt 10-ugers forløb.

Fase 2: En 8 måneders forankringsfase, hvor de valgte planlægnings- og prioriteringsmodeller afprøves.

Fase 3: Endelig en fase på min.12 måneder, hvor projektet er i drift, men følges relativt tæt for at kunne beskrive erfaringer og effekter og for at udarbejde en endelig model for fuld udrulning til alle arbejdspladser i SUF.

Det intensive opstartsforløb er navnlig baseret på erfaringer fra et projekt for rengøringsmedarbejdere i Rengøringservice i KFF, som er gennemført succesfuldt i 2011/12 finansieret af midler fra Forebyggelsesfonden og efterfølgende evalueret.

Den kvalitative evaluering har vist en betydelig effekt ikke mindst ift.. viden om og indlæring af gode arbejdsbevægelser. Kultur og Fritidsforvaltningen har sat gang i at indarbejde konceptet i Rengøringsservices uddannelsesforløb. Målet er at alle medarbejdere skal igennem et kursusforløb ud fra de principper, der er blevet afprøvet.

#### *Screening, evaluering og effektmåling*

Der tilbydes en række forskellige tests til deltagerne på forskellige tidspunkter i projektet. Dette sker både for at dokumentere effekter i projektet og fordi det er velkendt at sådanne tests kan medvirke til at skabe øget motivation. Der vil således blive tilbudt måling af kondital og styrke både ved start, efter 1. fase og igen efter 2. fase.

Der vil ligeledes blive gennemført spørgeskemaanalyser, som kan belyse bl.a. deltagelsesfrekvens, tilfredshed, oplevelse af smerter og styrke, øvrig fysisk aktivitet, etc.

Det overvejes tillige at koble evaluator til indsatsen, som samtidig kan bidrage til udviklingen af hensigtsmæssige forankringsmodeller. Der er i nærværende beskrivelse kun i begrænset omfang medtaget midler til evaluering.

#### *Målgruppeafgrænsning og projektilrettelæggelse*

Målgruppen for projektet er SOSU-medarbejdere og køkken- og rengøringsmedarbejdere på plejehjemmene i SUF, som pga. af store fysiske krav i arbejdet er særlig ift. fysisk nedslidning, tidlig aldring og tidligt ophør på arbejdsmarkedet. Projektet har således særlig fokus på disse gruppers fysiske forhold, fysisk kapacitet og fysiske belastninger i arbejdet.

Projektet vil dog omfatte alle medarbejdere på de pågældende plejehjem. Der vil ikke på samme måde blive tilrettelagt særligt målrettede trænings- og temaaktiviteter for de øvrige medarbejdergrupper, da disse aktiviteter særligt sigter mod specifikke fysiske belastninger i arbejdslivet.

Projektet gennemføres over tre år for alle plejehjem i et lokalområde. Beregningerne tager udgangspunkt i lokalområde Vesterbro/Kongens Enghave/Valby.

Der er i alt 11 plejehjem i dette lokalområde med i alt ca. 630 medarbejdere. Heraf er ca. 510 medarbejdere i de to faggrupper (450 SOSU'er og 60 køkken/rengøringsmedarbejdere).

Projektet gennemføres i to bølger med hver med 5 eller 6 plejehjem med i alt ca. 300 medarbejdere pr. bølge (heraf ca. 250 SOSU- eller køkken/rengøringsmedarbejdere).

Projektet gennemføres i to bølger med et års forskydning i opstart og det samlede projektforløb vil være gennemført med udgangen af 2016.

#### **De økonomiske konsekvenser**

Projektet kræver bidrag til finansiering af arbejdstid/vikarudgifter til aktiviteter i projekt og midlertidig drift.

Udgifter til projektet på 11 plejehjem med 630 medarbejdere – heraf 510 i målgruppen, fremgår af tabel 1.

**Tabel 1. Serviceudgifter**

<b>1.000 kr. – 2013 p/l</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<i>Serviceudgifter:</i>				
<i>Grundfinansiering fase 1</i>	1.600	1.600		

<i>Grundfinansiering fase 2</i>	850	850		
<i>Grundfinansiering fase 3</i>		625	1.250	625
<i>Konsulenttimer mv. fase 1</i>	1.400	1.300		
<i>Konsulenttimer mv. fase 2 og 3</i>	100	160	160	160
<i>Testning og spørgeskemaanalyser</i>	265	400	75	
<b>Serviceudgifter i alt</b>	<b>4.215</b>	<b>4.935</b>	<b>1.485</b>	<b>785</b>
<b>Positiv økonomisk effekt SUF</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>300</b>	<b>600</b>

*Positive økonomiske effekter af projektet*

Grundlæggende er det projektets mål at mindske nedslidning og skabe grundlag for senere tilbagetrækning. Dette er navnlig vigtigt for den enkelte medarbejder og skaber en betydelig samfundsmæssig værdi, der dog ikke umiddelbart kan opgøres økonomisk i forhold til den kommunale økonomi.

Derudover forventes projektet at medvirke til en yderligere sænkning af sygefraværet blandt ansatte på plejehjemmene. Faldet i fravær estimeres forsigtigt til 1 dag årligt i gennemsnit efter fuld indfasning for 500 medarbejdere i målgruppen. Dette svarer det til en årlig tilførsel af direkte arbejdskraftværdi på ca. 625.000 kr. Forventningen er derfor at indsatsen på sigt vil balancere økonomisk, men at der vil være en indkøringsfase.

Videre forventes projektet at medvirke til udskudt førtidspension for et antal medarbejdere, der bliver i stand til at arbejde i længere tid.

Endelig forventes projektet ikke mindst at styrke arbejdsglæden og engagementet hos medarbejdere gennem den tydelige ledelsesmæssige opmærksomhed og prioritering, der gives.

## 4. Røgfri København 2025 - Middelleveid

### Baggrund

Københavnerne dør tidligere end øvrige danskere. Tobaksrygning er den største enkeltfaktor bag antallet af tabte leveår i København og den største enkeltfaktor bag ulighed i sundhed. Samtidigt er tobaksrygning i vid udstrækning forebyggelig vha. internationalt anerkendte metoder. På længere sigt (generationsperspektiv) er gevinsterne betydelige, først og fremmest i form af mindre sygdom i befolkningen og i form af færre borgere, som dør for tidligt. Det vurderes at en realisering af nærværende budgetønske vil kunne reducere antallet af rygere med 27.000 i 2025. Dette svarer til, at kun 18.000 københavnske borgere ryger i 2025 mod 90.000 i 2012<sup>1</sup>. Middellevetiden vil blive påvirket målbart af den markante reduktion i københavnske rygere - om end i en mindre udstrækning pr. 2025 sfa. tidsforsinkelse fra eksponering for røg til sygdom udvikles<sup>2</sup>. 27.000 røgfri københavnere forventes tilsammen at leve 162.000 år længere (6 år længere levetid i gennemsnit pr. borger).

Nærværende budgetønske bidrager til at opfylde Københavnerfortællingens ambition om at øge Københavnerne middelleveid, samt at kunne opfylde målsætningerne i Sundhedspolitikken "Længe Leve København 2011 – 2014. Ovenfor beskrevne udvikling vil generere massive økonomiske gevinster for Københavns Kommune - både vedrørende den aktivitetsbestemte medfinansiering til regionerne samt i form af færre afledte udgifter til omsorgsområdet, socialområdet og beskæftigelsesområdet. Københavns Kommunes har for indeværende en omkostning på ca. 30.000 kr. pr. borger pr. år med langvarig sygdom.

Budgetønsket kan finansieres inden for de afsatte midler til forebyggelse og hverdagsrehabilitering i Aftale om kommunernes økonomi 2013.

### Indhold

Der ønskes midler til røgfriindsatser, der har afsæt i visionen om *Røgfri København 2025 – Danmarks første røgfri by*, og følgende et charter for Røgfri København 2025. Med andre ord indsats, der har afsæt i et forpligtende samarbejde mellem Københavns Kommunes forvaltninger og foreninger, faglige organisationer, private virksomheder, lokaludvalg, handelsstandsforeninger, boligorganisationer, almen praksis, politi mv.

<sup>1</sup> De resterende 45.000 færre rygere i 2025 forventes realiseret gennem den løbende nationale udviklingstendens i retning af færre rygere, som anslås at falde med ca. 0,8 pct. om året, uden større nye tiltag. Denne vurdering er foretaget i mundtlig dialog med Sundhedsstyrelsens faglige eksperter.

<sup>2</sup> Denne latenstid mellem indsats og effekt gør sig generelt gældende for de mest betydningsfulde årsager bag den lave middelleveid.

### Eksekveringsparat?

	JA / NEJ
Udvalgsbehandlet	
Kan igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	

Samarbejdet vil bygge på fire bærende værdier:

- Alle københavnere skal kunne leve et langt liv med høj livskvalitet.
- Alle har ret til luft fri for tobaksrøg.
- Det er uacceptabelt at børn og unge lokkes ind i et liv med tobaksafhængighed.
- Alle rygere fortjener støtte og hjælp til at blive røgfri.

De konkrete indsatser udvikles og udvælges på baggrund af erfaringer og viden i det forpligtende samarbejde med inddragelse af internationalt anerkendte metoder til forebyggelse af tobaksrygning. Indsatserne vil løbende blive evalueret og eventuelt justeret. Nærværende budgetønske skal derfor ansues som en rammeplan, der løbende vil blive konkretiseret i tæt samarbejde med de involverede parter. Konkretiseringen af det strategiske sigte med Røgfri Københavns 2025, dvs. indsatser og metoder, vil ske i form af Røgfriplanen. I de indledende år 2013 – 2016 blive følgende indsatser prioriteret:

**a) Fælles projekt for alle københavnere**

- Fagforeninger, politikere, virksomheder, boligorganisationer, ungdomsuddannelser, foreningsliv, områdefornyelser, detailhandel, arbejdspladser m.fl. inviteres til dialog om forpligtende samarbejde vedr. Røgfri København 2025, med henblik på indgåelse af charter.
- Ved hjælp af mobile/fleksible skilte opfordres til røgfrihed i udvalgte offentlige rum, som f.eks. legepladser, idrætsanlæg, parker og gågader.
- Spydspidsprojekter, afledt af charteret, får støtte og ressourcer.
- Filmen ”Addiction Incorporated” vises i udvalgte biografer.

**b) Hjælp til rygestop**

- Aftaler med private arbejdspladser om gratis rygestop i arbejdstiden.
- Synlig kommunikation og markedsføring af kommunens rygestoptilbud i bybilledet gennem målrettede kampagner, sundheds-events, uddeling af gavekort til rygestoptilbud.
- Aftaler med almen praksis om systematisk henvisning af borgere til kommunens rygestoptilbud samt samarbejde med hospitaler i København.
- Information til virksomheder og institutioner om implementering af rygepolitikker.
- Samarbejde med forvaltninger og frontpersonale om henvisning af borgere til rygestoptilbud.
- Udvikling af målrettede tilbud til udsatte borgere.



**c) Omsorg for børn og unge**

- Kampagne – ”7 skridt udenfor” målrettet børnefamilier med henblik på at beskytte børn mod passiv rygning.
- Indførelse af røgfri skoletid, dvs. at ingen børn må ryge i skoletiden.
- Task force opsøger detailhandlen med henblik på overholdelse af lovgivning vedr. salg af tobak til børn og unge.
- Aftaler med detailhandlen om at begrænse børn og unges udsyn til tobaksprodukter.

Målet på 27.000 røgfri københavnere i 2025, som følge af kommunale indsatser, forudsætter, at budgetperioden 2013-2016 følges op af indsatser de følgende budgetperioder, samt at der tages flere skridt til regler for røgfri arealer samt regler for røgfri arbejdstid, røgfri institutioner mv.

**De økonomiske konsekvenser**

Midlerne til Røgfri København 2025 søges varigt.

**Tabel 1. Serviceudgifter**

<b>1.000 kr. – 2013 p/l</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<i>Serviceudgifter:</i>				
Fælles projekt for alle københavnere	3.500	2.210	1.325	1.325
Hjælp til rygestop	5.900	5.540	5.575	5.625
Omsorg for børn og unge	600	2.250	3.100	3.050
<b>Serviceudgifter i alt</b>	<b>10.000</b>	<b>10.000</b>	<b>10.000</b>	<b>10.000</b>

**Tabel 2. Tidsangivelse for driftsaktivitet**

<b>Driftsaktivitet, tidsangivelse</b>	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																

## 5. Anvendelse af 30 mio. kr. til forebyggelse og hverdagsrehabilitering for ældre samt indsats over for mennesker med kronisk sygdom

### Eksekveringsparat?

	JA / NEJ
Udvalgsbehandlet	
Kan igangsættes uden yderligere udvalgsbehandling	

### Baggrund

Aftale om kommunernes økonomi for 2013 prioriterer sundhedsområdet med et varigt løft på 300 mio. kr. til kronikerindsatsen og til forebyggelse og hverdagsrehabilitering for ældre. Fokus i sundhedsindsatsen er særligt målrettet to områder:

- Kommunerne skal i højere grad aflaste sygehusene gennem en styrket sygeplejeindsats (de færdigbehandlede skal hurtigt hjem og en styrket faglig indsats skal forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser, genindlæggelser og korte indlæggelser)
- Kommunerne skal give kronikerne tilbud og forløb, der styrker deres livskvalitet, men som også reducerer udgifterne på andre velfærdsområder (beskæftigelse, socialområdet, ældreområdet mv.)

### Indhold

Københavns Kommunes forslag til prioriterede indsatser i udmøntningen af de 30 mio. kr. fremgår af oversigten nedenfor. Fokus er på forebyggelse af (gen)indlæggelser, anvendelse af velfærdsteknologi i forebyggelse og indsats over kronisk sygdom samt øget middelevetid i København gennem fokus på sundhed for udsatte målgrupper og Røgfri København 2025.

Den samlede pakke bygger på 'skal'-opgaver for kommunerne på sundhedsområdet og kendt viden om hvilke indsatser, der virker.

Budgetønsker	2013 (1.000 kr.)
<b>Forebyggelse af (gen)indlæggelser</b> (Bedre forhold for ældre medicinske patienter, Mere sygepleje på rehabiliteringspladser, Tidlig indsats i hjemmeplejen, Udbygning af modeller for "Shared care", Forebyggelse af genindlæggelser blandt nyfødte)	10.000
<b>Forebyggelse og indsats overfor mennesker med kronisk sygdom via velfærdsteknologi</b>	6.050
<b>Sundhed for udsatte målgrupper - Middelevetid</b> (Udvidelse af Motion XL, Kontaktpersonordning for hjemløse og misbrugere med kronisk sygdom, Indsats for udsatte borgere med fokus på mental sundhed, Opsøgende indsats og rekruttering af udsatte borgere til Forebyggelsescentrene, Samarbejde med SOF om forløb til borgere med psykisk sygdom)	3.950
<b>Røgfri København 2025 - Middelevetid</b> (Intensivere støtte til rygestop, Engagerer lokale og centrale aktører til at støtte indsatser og kampagner, Beskytte børn mod passiv rygning og ved at reducere tilgængelighed til tobaksprodukter)	10.000

I det følgende er de enkelte indsætter i pakken uddybet.

### **1) *Bedre forhold for ældre medicinske patienter***

#### **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) *Geriatriske tilsyn på Akutplejeenhed København og på rehabiliteringscentre***

Københavns Kommune har indgået et samarbejde med Hvidovre Hospital om udviklingen af model for fremtidigt samarbejde omkring geriatrisk tilsyn på Akutplejeenhed København samt supervision omkring akut behandling med det formål at forebygge indlæggelser og genindlæggelser. Tilsynet foregår konkret ved, at en geriatrer 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 rehabiliteringsindsætter 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.

## **2) Mere sygepleje til rehabiliteringspladser**

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.

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.

## **3) Tidlig indsats i hjemmeplejen**

Tidlig indsats i hjemmeplejen med det formål at opspore tidlige tegn på ændringer i helbredstilstanden for borgere i selvstændig bolig som en del af den almindelige praksis, og dermed forebygge indlæggelser.

## **4) Udbygning af modeller for 'shared care' – delt klinisk ansvar for borgeren**

Der ønskes midler til udbygning af modeller for 'shared care', det vil sige delt klinisk ansvar for borgeren, med henblik på at forebygge (gen)indlæggelser.

Forslaget rummer følgende indsatser:

- at dække den del af København (Vesterbro, Kgs. Enghave, Valby, Amager), som ikke dækkes af den tværsektorielle udredningsenhed, der er under etablering. Det kan eventuelt ske via et lignende samarbejde med Hvidovre Hospital.
- at afprøve andre modeller, fx med fokus på udgående akutteams, opsporing af borgere på skadestuen og øget mulighed for subakutte tider.
- at øge det lægefaglige samspil i forhold til monitorering af borgere i eget hjem, som kan åbne op for, at hospitalerne kan understøtte kommunale indsatser gennem kommunalt træk på lægefaglige ydelser, herunder fx i form af geriatrisk tilsyn.

### **5) Forebyggelse af genindlæggelser blandt nyfødte – med særlig fokus på social ulighed**

Der er delvis finansiering, nemlig 2 mio. kr., til Børne- og Ungdomsforvaltningens ønske på i alt 3,4 mio. kr. til forebyggelse af genindlæggelser blandt nyfødte.

#### *Genindførelse af barselsbesøget*

Igennem de senere år er indlæggelsestiden på hospital for både førstegangs- og flergangsfødende reduceret. I dag opholder en ukompliceret førstegangsfødende kvinde sig max. 48 timer på hospitalet, og 90 % af alle flergangsfødende hjemsendes inden for 6 timer efter fødslen. I den samme periode er kommunernes tilbud om sundhedspleje blevet reduceret, således at sundhedsplejerskerne først tilser familierne på 8. dagen efter fødslen, frem for tidligere to besøg inden for de første 8 dage (barselsbesøg på 4-5 dagen samt etableringsbesøg på 8.dagen). Dette betyder, at der for mange familier går 7 dage efter fødslen uden kontakt til sundhedsfagligt personale.

Det vurderes, at konsekvenserne i Københavns Kommune af disse ændringer har været, at antallet af henvendelser til sygehuset over udskrivning er steget og at antallet af fuldammede børn er faldet med 9 procent point over en 2-årig periode.

Særligt de udsatte familier er sårbare i de første dage med det nyfødte barn, hvor familiedannelsen og tilknytningen grundlægges.

Men at målrette barselsbesøget til udelukkende denne målgruppe er for nuværende ikke muligt, da fødestederne med den korte indlæggelsestid ikke har mulighed for kvalificeret at identificere alle udsatte familier. Fødestederne vurderer selv, at de er i stand til at identificere lidt under halvdelen af de 20 % udsatte familier, som Sundhedsstyrelsen estimerer, der er i en fødselsårgang. Konkret betyder dette, at sundhedsplejens mulighed for at møde familien i det private hjem er en forudsætning for identifikationen af alle de udsatte familier, der bør have et mere omfattende sundhedsplejetilbud.

Barselsbesøget skal således tilbydes til *alle* familier, dels for at forhindre genindlæggelser og unødigt kontakt til sekundærsektoren efter udskrivelsen, dels for at sikre familiedannelsen, samt for at opspore de udsatte familier, som fremover har brug for særlig støtte.

### **6) Velfærdsteknologi på sundheds- og ældreområdet, Telemedicin**

#### **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.

***7) Velfærdsteknologi på sundheds- og ældreområdet, Virtuel træning***

***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.

- *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.

### **8) Udvidelse 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 flere 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 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.



### **9) Kontaktperson ordning for hjemløse, misbrugere m.v. med kronisk sygdom**

En lang række sygdomme har en markant social slagside. Det gælder fx KOL, blodpropper i hjertet og diabetes. Mange udsatte borgere har en eller flere af disse kroniske sygdomme og de ville derfor have stor gavn af et rehabiliterende forløb i et forebyggelsescenter.

Det mislykkes ofte at skabe et positivt møde mellem sundhedssystemet og socialt udsatte borgere, da mange borgere i denne gruppe allerede har vendt systemet ryggen, som følge af oplevede krænkelser. Erfaringer viser, at en person der tager hensyn til det enkelte menneske, dets livshistorie og de muligheder, der nu engang foreligger, godt kan få socialt udsatte borgere i tale.

Med en kontaktpersonordning med forebyggelsescentrene vil der kunne skabes kontakt med socialt udsatte borgere med en kronisk sygdom gennem allerede eksisterende institutioner/indsatser i SOF.

Det ønskes derfor, at:

- Ansætte en sygeplejerske på tværs af forebyggelsescentrene, der skal varetage rollen som kontaktperson og stifinder for socialt udsatte borgere.

Sygeplejersken skal fungere i tæt samarbejde med de allerede eksisterende systemer i SOF, fx "SundhedsTeam", sygeplejeklinikker, der ligger i tilknytning til herberger i København, sundhedsrummet på Halmtorvet og det kommende fixerum på Mændenes hjem. Personalet på de pågældende steder kan ringe til forebyggelsescentrets kontaktperson og aftale hvornår kontaktpersonen kan komme til borgeren. Kontaktpersonen vil kunne:

- Yde rådgivning på stedet
- Evt. hjælpe med at sørge for en henvisning til forebyggelsescentret. Kontaktpersonen vil hjælpe borgeren konkret med at komme til lægen og med at komme til den første samtale i forebyggelsescentret.
- Fungere som stifinder for borgeren.

### **10) Indsats overfor udsatte borgere med fokus på mental sundhed**

Ca. 10 % af voksne har dårlig mental sundhed. Langvarig dårlig mental sundhed har konsekvenser både for den enkeltes muligheder for at leve et godt liv og for udvikling og forløb af sygdom - specielt hjertekarsygdom, depression og angst. Når unge under 30 år tildes førtidspension skyldes det i fire ud af fem tilfælde psykiske lidelser. Borgere med kroniske sygdomme har to til tre gange så stor risiko end baggrundsbefolkningen for at have mentale helbredsproblemer i form af depression, angst og demens.

Øget fokus på mental sundhed i forebyggelsescentrene vil kunne øge kvaliteten af en række af de eksisterende tilbud, sikre øget fastholdelse i forløbene især for de mindst ressourcerstærke grupper og vil kunne være en selvstændig intervention til gavn for borgeren, hvor mental sundhed er medvirkende til dårlig livskvalitet.

### *Indhold*

Der gennemføres et projekt i samarbejde med Bispebjerg hospital og de praktiserende læger, hvor man sammenligner effekten af behandlingen i den almene praksis i forhold til lettere psykiske diagnoser, lettere depressioner, lettere misbrugsproblematikker som for eksempel overspisning, angst og eventuelt stress med en kombineret livsstilsintervention med fokus på mental sundhed i et forebyggelsescenter.

I denne målgruppe er der et stort forebyggelsespotentiale og mange, der ønsker hjælp til at nedsætte forbruget af alkohol, hjælp til rygestop, ønsker at spise sundere, være mere fysisk aktive og at tabe sig.

I første omgang gennemføres et to-årigt pilotprojekt på et enkelt eller to forebyggelsescentre for ca. 200 borgere.

Forebyggelsescentrene har allerede i dag en del borgere i denne målgruppe. Et øget samarbejde med BIF og SOF om sundhed i beskæftigelsesindsatsen vil skærpe behovet for at kunne tilbyde hjælp til at få en bedre mental sundhed – dels for at disse borgere kan rummes og fastholdes i forebyggelsescentrenes øvrige tilbud og dels for at give en selvstændig forbedring af sundhed og livskvalitet.

Projektet vil omfatte litteraturgennemgang, udvikling og afprøvning af koncept samt kompetenceudvikling af relevante medarbejdergrupper til at varetage sundhedsfremme og forebyggelse omkring mental sundhed, hvilket er en afgørende forudsætning for god praksis.

Fokus i interventionerne i forebyggelsescentrene kunne være:

- At styrke beskyttende faktorer for mental sundhed (fx. Forbedret selvværd)
- At reducere risikofaktorer for nedsat mental sundhed (fx at reducere stress)
- At forebygge specifikke, klinisk definerede forstyrrelser i mental sundhed (fx overspisning)
- At integrere mental sundhed i eksisterende tilbud (fx i Motion XL)
- At give borgerne værktøjer, som de i hverdagen kan bruge til at bearbejde accepten af egen krop, øge aktivitetsniveauet og fremme langtidsholdbare valg – herunder at borgeren kan tage ansvar for egne succeser og gennem samvær og nye oplevelser med andre mennesker kan få større lyst til at agere på nye

måder, der danner grobund for et mere positivt selvbillede og en eventuelt sundere livsstil og bedre livskvalitet.

- At kompetenceudvikle medarbejdere i forebyggelsescentrene til at kunne løse opgaver i forhold til mental sundhed og udsatte borgere

### ***11) Opsøgende indsats og rekruttering af udsatte borgere til forebyggelsescentrene***

Udsatte borgere<sup>3</sup> bruger kun i begrænset omfang tilbud i forebyggelsescentrene, og forebyggelsescentrene har derfor kun få erfaringer med håndtering af de særlige udfordringer, der følger med arbejdet med udsatte borgere. Der er behov for en opsøgende indsats, hvor der er særlig fokus på rekruttering af kortuddannede mænd fra udsatte boligområder i f.eks. Bispebjerg og Kgs. Enghave til forebyggelsescentrenes tilbud.

Tiltagene i en indsats, der skal øge rekruttering af udsatte borgere til forebyggelsescentrene retter sig følgende mod:

- Målrettet rekruttering gennem en proaktiv opsøgende indsats over for relevante samarbejdspartnere
- Udvikling af tilbud med appel til målgruppen (f.eks. motionscafe, familieskole til socialt udsatte yngre forældre, løbehold for KOL-patienter, mindfulness i træningen, fleksible individuelle rådgivningsforløb)
- Udstationeret socialrådgiver fra SOF til at varetage kompetenceudvikling af personalet

Kommunikationsindsatsen skal understøtte det opsøgende arbejde, for at synliggøre forebyggelsescentrenes tilbud.

Det skønnes, at 1.000 udsatte borgere kan nås årligt kombineret af både tilbud inde i og uden for forebyggelsescentrene.

### ***12) Samarbejde med SOF vedr. forløb i forebyggelsescentrene for borgere med psykisk sygdom***

Formålet med projektet er dels at give en gruppe sindslidende borgere mere viden om sundhed og skabe en sundhedsfremmende effekt i forhold til kost, alkohol, røg og motion. Og dels at træne borgerne i at indgå i sociale relationer samt at brobygge til aktiviteter i nærområdet.

Målgruppen er borgere med sindslidelse. Hovedsageligt sindslidende borgere i eget hjem men også sindslidende borgere på botilbud i SOF.

---

<sup>3</sup>”Udsatte borgere” dækker i denne forbindelse over borgere som vurderes at have særlige udfordringer vedrørende trivsel og livsstil. Dvs. borgere som har et samspil af forskellige problemstillinger, som vanskeliggør egenomsorg og adfærdsforandringer.. Problemstillingerne kan være sociale, mentale, sygdomsmæssige, beskæftigelsesmæssige og misbrugsmæssige.

Projektet igangsættes i to områder/ to forebyggelsescentre. Det forventes at hvert forebyggelsescenter kan rumme tre hold af ca. 16 borgere på et år. Hvert hold vil have ca. 16 ugers varighed. Det giver i alt 96 borgere – dvs. 48 borgere i hvert af de to lokalområder. Holdene vil være lukkede for denne målgruppe og der må forventes et vist frafald, således at der ikke reelt vil fremmøde 16 borgere ad gangen.

#### *Indhold i indsatsen*

Hjemmevejledere og medarbejdere på botilbud i SOF-regi skal vurdere hvilke borgere, der vil have gavn af et forløb i et forebyggelsescenter, motivere borgerne til at deltage i projektet og indstille borgeren til deltagelse. Hjemmevejledernes opgave er herefter at bistå borgerne med at komme til forebyggelsescentret indtil de selv kan tage derhen, fastholde borgeren under forløbet og følge op efter endt forløb. Borgerens forløb skal desuden koordineres med den psykiater borgeren er tilknyttet, bl.a. ud fra at vi ved, at hvis en borger med psykisk lidelse stopper med at ryge, bør der også i den henseende ses på medicineringen.

I Forebyggelsescentrene vil borgerne få en generel introduktion til kost, motion, røg og alkohol, og evt. mindfulness, samt introduktion til lokale tilbud, så borgerne kan fortsætte med aktiviteterne efterfølgende i deres eget lokalområde. Tilbuddet vil minde om de eksisterende tilbud i forebyggelsescentrene i dag, men forløbet vil blive special-designet efter gruppens behov. Der vil ikke være nogen individuelle aktiviteter, og borgeren vil følge det samme hold i hele forløbet. Der skal muligvis indlægges en indledende samtale med borgeren med henblik på at få lavet den bedste holdsammensætning efterfølgende. Forebyggelsescentrene skal ligeledes tage aktiv del i at fastholde borgeren under forløbet og følge op efter endt forløb.

Hvis en borger med sindslidelse har fulgt forløbet på 16 uger og har en kronisk diagnose (KOL, type 2 diabetes eller hjerte-kar sygdom) og det vurderes, at borgeren kan profitere af et rehabiliteringsforløb i forebyggelsescentret, skal borgeren tilbydes et sådan i forlængelse af projektforløbet. Dette vil kræve en henvisning fra borgerens egen praktiserende læge.

Projektet vil blive midtvejsevalueret samt der vil blive lavet en afsluttende erfaringsopsamling.

Projektet opstartes primo 2013 med ansættelse af projektleder og hjemmevejledere samt kompetenceudvikling af de relevante medarbejdere. Herefter skal de relevante SOF-borgere opspores og indstilles til forløb i forebyggelsescentret. I 2013 vil der således kun opstartes et hold på hvert af de to forebyggelsescentre i september/oktober. Dette er svarende til 32 borgere i 2013.

### **13) Røgfri København 2015 – Middellevetid**

Der ønskes midler til røgfriindsatser, der har afsæt i visionen om *Røgfri København 2025 – Danmarks første røgfri by*, og følgende et charter for Røgfri København 2025. Med andre ord indsats, der har afsæt i et forpligtende samarbejde mellem Københavns Kommunes forvaltninger og foreninger, faglige organisationer, private virksomheder, lokaludvalg, handelsstandsforeninger, boligorganisationer, almen praksis, politi mv.

Samarbejdet vil bygge på fire bærende værdier:

- Alle københavnere skal kunne leve et langt liv med høj livskvalitet.
- Alle har ret til luft fri for tobaksrøg.
- Det er uacceptabelt at børn og unge lokkes ind i et liv med tobaksafhængighed.
- Alle rygere fortjener støtte og hjælp til at blive røgfri.

De konkrete indsatser udvikles og udvælges på baggrund af erfaringer og viden i det forpligtende samarbejde med inddragelse af internationalt anerkendte metoder til forebyggelse af tobaksrygning. Indsatserne vil løbende blive evalueret og eventuelt justeret.

Nærværende budgetønske skal derfor ansues som en rammeplan, der løbende vil blive konkretiseret i tæt samarbejde med de involverede parter. Konkretiseringen af det strategiske sigte med Røgfri Københavns 2025, dvs. indsatser og metoder, vil ske i form af Røgfriplanen. I de indledende år 2013 – 2016 blive følgende indsatser prioriteret:

**d) Fælles projekt for alle københavnere**

- Fagforeninger, politikere, virksomheder, boligorganisationer, ungdomsuddannelser, foreningsliv, områdefornyelser, detailhandel, arbejdspladser m.fl. inviteres til dialog om forpligtende samarbejde vedr. Røgfri København 2025, med henblik på indgåelse af charter.
- Ved hjælp af mobile/fleksible skilte opfordres til røgfrihed i udvalgte offentlige rum, som f.eks. legepladser, idrætsanlæg, parker og gågader.
- Spydspidsprojekter, afledt af charteret, får støtte og ressourcer.
- Filmen ”Addiction Incorporated” vises i udvalgte biografer.

**e) Hjælp til rygestop**

- Aftaler med private arbejdspladser om gratis rygestop i arbejdstiden.
- Synlig kommunikation og markedsføring af kommunens rygestoptilbud i bybilledet gennem målrettede kampagner, sundhedsevents, uddeling af gavekort til rygestoptilbud.
- Aftaler med almen praksis om systematisk henvisning af borgere til kommunens rygestoptilbud samt samarbejde med hospitaler i København.

- Information til virksomheder og institutioner om implementering af rygepolitikker.
- Samarbejde med forvaltninger og frontpersonale om henvisning af borgere til rygestoptilbud.
- Udvikling af målrettede tilbud til udsatte borgere.

**f) Omsorg for børn og unge**

- Kampagne – ”7 skridt udenfor” målrettet børnefamilier med henblik på at beskytte børn mod passiv rygning.
- Indførelse af røgfri skoletid, dvs. at ingen børn må ryge i skoletiden.
- Task force opsøger detailhandlen med henblik på overholdelse af lovgivning vedr. salg af tobak til børn og unge.
- Aftaler med detailhandlen om at begrænse børn og unges udsyn til tobaksprodukter.

Målet på 27.000 røgfri københavnere i 2025, som følge af kommunale indsatser, forudsætter, at budgetperioden 2013-2016 følges op af indsatser de følgende budgetperioder, samt at der tages flere skridt til regler for røgfri arealer samt regler for røgfri arbejdstid, røgfri institutioner mv.

**De økonomiske konsekvenser**

**Tabel 1. Serviceudgifter**

1.000 kr. – 2013 p/l	2013	2014	2015	2016
<i>Serviceudgifter:</i>				
<b>Forebyggelse af (gen)indlæggelser):</b>				
Bedre forhold for medicinske patienter	3.000	3.000	3.000	3.000
Mere sygepleje til rehabiliteringspladser	2.000	2.000	2.000	2.000
Tidlig indsats i hjemmeplejen	1.000			
Udbygning af modeller for 'shared care'	2.000	3.000	3.000	3.000
Forebyggelse af genindlæggelser blandt nyfødte	2.000	2.000	2.000	2.000
<b>Forebyggelse og indsats overfor kronisk sygdom via velfærdsteknologi:</b>				
Velfærdsteknologi på sundheds- og ældreområdet, Telemedicin	1.350	1.500	1.700	1.700
Velfærdsteknologi på sundheds- og ældreområdet, Virtuel træning	1.000	1.300	1.525	1.525

<b>Sundhed for udsatte målgrupper – Middellevetid:</b>				
Udvidelse af motion XL	600	600	600	600
Kontaktpersonordning for hjemløse, misbrugere m.fl. med kronisk sygdom	500	500	550	550
Indsats overfor udsatte borgere med fokus på mental sundhed	750	750		
Opsøgende indsats og rekruttering af udsatte borgere til forebyggelsescentrene	1.100	1.100	1.375	1.375
Samarbejde med SOF vedr. forløb i forebyggelsescentre for borgere med psykisk sygdom	1.000	1.000	1.000	1.000
<b>Røgfri København 2025 - Middellevetid</b>	10.000	10.000	10.000	10.000
<b>Serviceudgifter i alt</b>	<b>26.300</b>	<b>26.750</b>	<b>26.750</b>	<b>26.750</b>

Midlerne ønskes varigt.

**Tabel 2. Anlægsudgifter og afledte serviceudgifter**

<b>1.000 kr. – 2013 p/l</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>*</b>
<i>Anlæg:</i>						
Telemedicin, Type 2 diabetes		400				*
Telemedicin, KOL, Sår, Hjerte		2.250	3.250	3.250	3.250	
Virtuel træning		1.050				*
<b>Anlægsudgifter i alt</b>		<b>3.700</b>	<b>3.250</b>	<b>3.250</b>	<b>3.250</b>	

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