



23. marts 2006

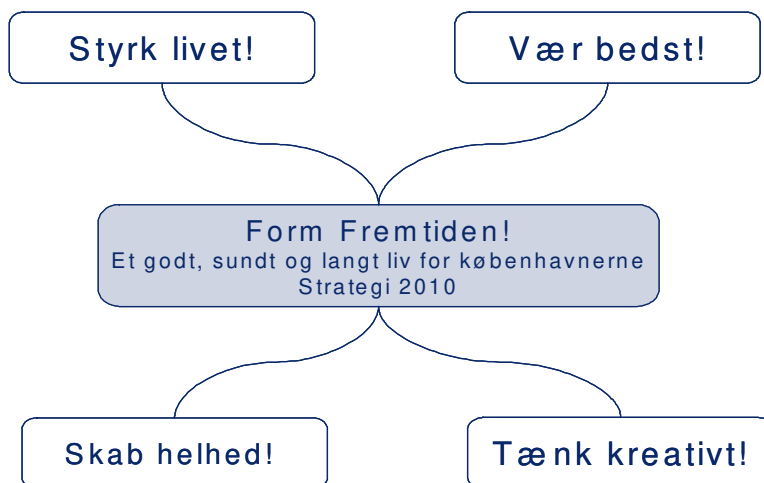
Sagsnr.: 290803  
Dok.nr.: 1795104

### **Budget 2007 - Ønskeliste - Oversigtsnotat**

I dette notat redegøres kortfattet for forslag til ønskelisten til budgetforslag 2007.

Forslagene til ønskelisten tager udgangspunkt i et overordnet forslag til en samlet strategi, der kaldes *Form Fremtiden!* Strategien indeholder fire fokusområder.

Fokusområderne er vist i figuren herunder:



Under hvert af de fire fokusområder er der en række udviklingsområder, hvoraf nogle af dem anbefales til ønskelisten i budgetforslag 2007.

I tabellen herunder ses en samlet oversigt over de udgifter, som det vil kræve at gennemføre forslagene.

#### **Økonomistaben**

Sjællandsgade 40  
2200 København N

Telefon  
35 30 35 30

Telefax  
35 30 39 55

Direkte telefon  
35 30 37 63

E-mail  
Fy76@suf.kk.dk

www.kk.dk

Mio. kr.	2007
<b>Styrk livet!</b>	
Ventetidsgaranti på specialtilbud	41,5
Seniorcentre	10,0
Måltid og ernæring	4,9
Specialtandpleje	4,6
<b>Skab helhed!</b>	
Sundhedscentre	9,0
Forløbskoordinator	3,9
Sundhedskonsulenter på ældreområdet	1,0
Hjælpebidler	10,0
<b>Vær kreativ!</b>	
Brugerundersøgelser	1,0
Rehabilitering og selvvisitering	16,8
Akkreditering	0,1
Taskforce til at nedbringe sygefraværet	1,5
<b>Vær bedst!</b>	
Grunduddannelse	15,0
Sygepleje kompetenceudvikling	5,0
Mobil sygeplejedokumentation	10,0
Fagligt kvalitetsløft i omsorgstandplejen	5,4
Arbejds miljøforbedringer i omsorgstandplejen	3,0
Støtte til etniske elever	0,8
<b>I alt ønskeliste</b>	<b>143,5</b>

*Der arbejdes på nuværende tidspunkt med at kvalificere beregningerne og motivationer af de enkelte ønsker og med at udarbejde uddybende baggrundsnotater for hvert område.*

Udover de opstillede forslag på folkesundhedsområdet, vil der sandsynligvis komme flere forslag til ønskelisten, når Københavns Kommunes sundhedspolitik er udarbejdet. Sundhedspolitikken indeholder en strategi og mål for den fremtidige indsats på folkesundhedsområdet og vil derfor medføre, at der kommer nye forslag til den fremtidige indsats på området. Sundhedspolitikken er til politisk godkendelse i Sundheds- og Omsorgsudvalget i juni måned 2006.

## **Styrk livet!**

Under fokusområdet *Styrk livet!* ønsker Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, at der sættes konkrete tiltag i værk i 2007 inden for specialtilbud, seniorcentre, måltid og ernæring samt specialtandpleje.

### ***Ventetidsgaranti på specialtilbud (demens)***

Kommunen har en særlig forpligtelse til at drage omsorg for ressourcensvage borgere. Det er derfor også kommunens ansvar at sikre, at de

svageste borgere får den rette hjælp til at bevare funktionsniveau og livskvalitet. Denne forpligtelse gælder også over for borgere med demens, som har behov for en særlig indsats fra personale med en specialiseret viden om demens.

Ifølge den vedtagne demenspolitik for Københavns Kommune skal borgere med demens tilbydes en målrettet indsats, både i forhold til botilbud og i den individuelle pleje i borgerens eget hjem. En del af denne indsats foregår på kommunens demenscentre. Et demenscenter er et lokalt kompetencecenter, som udover at tilbyde specialiserede døgn- og dagtilbud til borgere med demens, som ikke er i stand til at bo i en traditionel plejebolig, fungerer som lokale kraftcentre for en sammenhængende indsats på demensområdet.

Kommunen har ikke som til de traditionelle plejeboliger nogen pladsgaranti på demensboliger, og den gennemsnitlige ventetid i 2005 var på mere end fem måneder. Hensigten med et rammeløft på området er, at der etableres så mange pladser, at der kan udmeldes en pladsgaranti på fire uger på linie med de øvrige plejeboliger. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen anbefaler etableringen af tre yderligere demenscentre (8 to i 2007 og et i 2008), så der findes målrettede døgn- og dagtilbud til svært demensramte borgere i alle byens lokalområder.

*I alt estimeres det, at der vil være behov for en økonomisk tilførsel på 41,5 mio. kr. at gennemføre det samlede forslag. Forudsætningen for estimatet er, at der oprettes to demenscentre i 2007.*

*Forlaget er uddybet i Bilag 2.1: Fire ugers garanti til målrettede demensboliger*

### ***Seniorcentre som kraftcentre***

Livskvaliteten vil øges for en lang række ældre borgere, hvis de kan mødes med andre om fælles aktiviteter, og der samtidig er let adgang, flere valgmuligheder, fleksibilitet og kvalitet i tilbudet. Ved at samle flere funktioner under ét tag er det muligt at styrke den faglige kvalitet og udvikling af tilbud i form af synergi-effekter, mulighed for at indføre forsøgsordninger og bruge pilotprojekter. De flere funktioner vil både være aktivitetstilbud, frisør, fodpleje, sygepleje, midlertidige døgntilbud, plejeboliger, ældreboliger mv. Derudover skal en væsentlig del af fornyelsen bestå i en anderledes profil for IT-anvendelse.

Seniorcentrene gør servicen til de ældre synlig i bybilledet og kan tiltrække flere ældre og dermed medvirke til at modvirke ensomhed. Samtidig kan seniorcentre hjælpe til at nedsætte vejtiden, ved at borgeren kommer til servicen i stedet for omvendt, og borgeren bliver samtidig aktiveret ved at komme ud af sit hjem. Ved at kombinere boliger og en lang række aktiviteter og servicetilbud skabes en bedre

sammenhæng mellem hjemmepleje og den ældres bolig samt de sociale relationer omkring den ældre borger.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen ønsker, at der over en lidt længere tidshorizont etableres nye seniorcentre. Centrene skal indtænkes i moderniseringsplanen (ældreplanen), således at etableringen foregår på et af de nye plejecentre, der skal opbygges. Det vil kræve yderligere udgifter end indregnet i moderniseringsplanen, da ambitionerne for seniorcentret kræver særlige indretninger og flere tilbud, end der er på et almindeligt plejehjem. Men i første omgang ønskes det, at styrke de plejecentre, der allerede i dag kan karakteriseres som seniorcentre. Styrkelsen skal primært bestå i at forbedre IT-området på seniorcentre.

*Der afsættes 10,0 mio. kr. til at styrke de eksisterende tilsvarende tilbud.*

*Forlaget er uddybet i Bilag 2.2: Seniorcenter*

### **Måltid og ernæring**

Ved at sætte ind med en fokuseret ernæringsindsats i forhold til de 30 procent af ældre i hjemmeplejen og omkring 50 procent af ældre på plejehjem, som er undervægtige og småtspisende, kan man bedre vedligeholde de ældres funktionsevner og handlekompetencer, herunder egenomsorg i forhold til sundhed og sygdom. Det betyder, at tidspunktet, hvor de ældre bliver afhængige af hjælp og ressourcekrævende ydelser eller får behov for indlæggelse på sygehus, kan udskydes. Ernæringsydelse til svage ældre i hjemmeplejen og på plejehjem bør derfor have højeste prioritet i årene fremover.

#### *Ernæringsydelse i forhold til hjemmeboende ældre*

Der er i dag ca. 15.000 hjemmeplejeklienter i kommunen, heraf er mindst 30 procent i dårlig ernæringsstilstand svarende til 5.000 klienter. Erfaringer viser, at ikke alle med behov er interesserede i at modtage ernæringsterapi. Hvis potentialet korrigeres for terminale og døende, vurderes den faktiske målgruppe at udgøre omkring 3.500 ældre tilknyttet hjemmeplejen. Der foreslås en gradvis udrulning af ernæringsydelse i hjemmeplejen, således at der i 2007 tilbydes ernæringsterapi til 1.500 borgere, i 2008 til 2.500 borgere og i 2009 til 3.500 borgere.

#### *Ernæringsydelse i forhold til ældre på plejehjem- og centre*

Plejehjemmene skal i de kommende år arbejde med udvikling af madens ernæringsmæssige og gastronomiske kvalitet, spisemiljøer samt integration af måltider i det daglige plejearbejde. Her bliver udviklingen af et koncept for ernæringsterapi til plejhjemsbeboere helt cen-

tralt. Flere nationale undersøgelser viser, at mellem 40 og 60 procent af plejehjemsbeboerne er småtspisende og undervægtige. Stikprøver på københavnske plejehjem bekræfter, at der her er tale om samme omfang. Den indsats der er sat i gang i hjemmeplejen ønskes derfor indført på plejehjemmene fra 2007. Der er behov for midler til at styrke fagligheden blandt pleje- og køkkenpersonale i ernæringsindsats i forhold til undervægtige og småtspisende ældre, etablering og implementering af ”værktøjer” i forhold til at opspore undervægtige ældre, indkøb af personvægte samt indkøb af kostprogrammer til brug for dokumentation af madens energi- og næringsindhold.

*Udgifterne til at gennemføre ønskerne beløber sig samlet set til 4,9 mio. kr. i 2007, 5,9 mio. kr. og 7,1 mio. kr. varigt.*

*Forlaget er uddybet i Bilag 2.3: Måltider og ernæring*

### **Specialtandpleje**

Specialtandplejen (nuværende amtstandpleje) blev etableret i Københavns Kommune i 2003. Behandlingskapaciteten for så vidt angår antal tandlægestole er ikke længere tilstrækkelig i forhold til den tilgang af patienter der er sket. Endvidere har Sundhedsstyrelsen i sine kommende vejledninger præciseret kravene til tandbehandling i generel anæstesi (narkose) af patienterne. Københavns Kommune kan ikke for nuværende leve op til disse krav, hvorfor det foreslås at bygge en tandklinik specielt mhp. behandling i generel anæstesi, en kapacitetsudvidelse, som også kan tilgodese det almene behov for øget behandlingskapacitet.

*Der skal påregnes en engangsudgift i størrelsesordenen 2,0 mio. kr. til etablering af en anæstesiklinik.*

*Forlaget er uddybet i Bilag 2.4: Kommunal specialtandpleje*

## **Skab helhed!**

Under fokusområdet *Skab helhed!* ønsker Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, at der sættes konkrete tiltag i værk i 2007 inden for kronisk syge og forløbskoordination.

### **Indsats for kronisk syge (sundhedscentre)**

Kernefunktionen i sundhedscentre i Københavns Kommune er den patientrettede forebyggelse. Uden om sundhedscentrenes kernefunktion knyttes åbne tilbud om borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme. De åbne tilbud tilpasses de lokale forhold i bydelene.

Sundhedscentre for kronisk syge varetager rehabilitering af kronisk syge. Rehabiliteringen omfatter fysisk træning, rygeophør, diætvejledning og undervisning samt psykosocial støtte.

Der er i dag i Sundheds- og Omsorgsforvaltningens regi et lokalt sundhedscenter for kronisk syge på Østerbro og to specialiserede bydækkende sundhedscentre. Der etableres i 2006 yderligere et nyt lokalt sundhedscenter målrettet kronisk syge. Det nye sundhedscenter skal særligt have fokus på særligt udsatte grupper, herunder etniske borgere.

Ud fra de nuværende erfaringer er vurderingen, at der frem til 2009 er behov for at udvide antallet af sundhedscentre for kroniske syge til i alt fem sundhedscentre. Finansieringen af de første to sundhedscentre for kronikere er på plads. Der ønskes midler til at etablere de sidste tre sundhedscentre for kronikere, som vil blive etableret med en 1-årig kadence fra 2007 til 2009.

*Udgifterne til dette estimeres til 9,0 mio. kr. i 2007, 15,0 mio. kr. i 2008 og 15,0 mio. kr. varigt.*

*Forlaget er uddybet i Bilag 2.5: Etablering af sundhedscentre for kronikere frem til 2009*

### ***Forløbskoordinator***

Kommunen oplever regelmæssigt u hensigtsmæssige udskrivningsforløb. Dette kan føre til kritiske begivenheder i form af uklarhed om korrekt medicinering, manglende koordinering af udskrivelsen, manglende informationer mellem sektorerne – alt sammen til ugunst for borgerne, og med risiko for fejl eller hurtige genindlæggelser.

Konkret ønsker Sundheds- og Omsorgsforvaltningen at ansætte forløbskoordinatorer, som et nyt, særligt ansvarsområde. Koordinatorerne skal i samarbejde med hospital og læge sikre et optimalt patientforløb og en sammenhængende sundheds- og ældrefaglig indsats, herunder fx patientsikkerheden i forbindelse med den enkelte borgers medicinering.

Med forslaget ønskes en styrkelse af samarbejde mellem primær-, sekundær- og praksissektoren vedr. udskrivningsforløbet, gennem ansættelse af en forløbskoordinator i hvert lokalområde.

*Udgifterne til at ansætte syv forløbskoordinatorer estimeres til 3,9 mio. kr. i varig drift.*

*Forlaget er uddybet i Bilag 2.6: Forløbskoordinator*

### ***Sundhedskonsulenter på ældreområdet***

Med henblik på at styrke udrulningen af den faldforebyggende indsats, kost og anden målrettet forebyggelse i lokalområderne f.eks. medicinering, træning, ensomhed, samt integration af folkesundhedsarbejdet i driften, ønskes tilført to sundhedskonsulenter til ældreprogrammet i Folkesundhed København på baggrund af den nuværende struktur i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen for lokalområderne, således at hvert lokalområde har en sundhedskonsulent fra Folkesundhed København.

*Udgifterne til at ansætte to sundhedskonsulenter er 1,0 mio. kr.*

*Forlaget er uddybet i Bilag 2.7: Sundhedskonsulenter til Ældreområdet*

### ***Hjælpebidler***

Der er behov for en tilførsel på cirka 10 mio. kr. som følge af udviklingen i borgernes efterspørgsel efter høreapparater, ændret indlæggelsesadfærd, ændret opgavefordeling i den primære og sekundære sundhedssektor, samt øget politisk fokus på at forbedre borgernes adgang til plejeorlov.

*På den baggrund er der et ønske om tilførsel af 10,0 mio. kr. til hjælpebidlområdet.*

*Forlaget er uddybet i Bilag 2.8: Hjælpebidler*

### **Tænk kreativt!**

Under fokusområdet *Tænk kreativt!* ønsker Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, at der sættes konkrete tiltag i værk i 2007 inden for brugerundersøgelser, selvvisitering og akkreditering samt taskforce mod sygefravær.

### ***Brugerundersøgelser***

Forvaltningen ønsker at udarbejde en strategi for brugerinddragelse til politisk godkendelse primo 2007. Strategien skal afspejle sigtet og være baseret på viden om nye redskaber og indsamlede erfaringer fra andre kommuner og deres tilgange til brugerinddragelse.

*Udgifterne til et brugerundersøgelseskoncept er 1,0 mio. kr.*

*Forlaget er uddybet i Bilag 2.9: Strategi for øget brugerinddragelse*

### ***Rehabilitering og selvvisitering***

Københavns Kommune har tilbud om midlertidigt døgnophold til borgere over 65, som i en periode af forskellige årsager ikke kan klare sig i hjemmet med hjælp fra hjemmeplejen. En del af disse midlertidige døgnpladser er etableret som rehabiliteringspladser.

Der har gennem længere tid været ventetid til rehabiliteringspladserne, hvilket medfører, at det ikke altid er muligt at undgå hospitalsindlæggelser. Udvidelse af antallet af rehabiliteringspladser vil betyde, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i højere grad vil kunne undgå at borgerne hospitalsindlægges unødvendigt.

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen ønsker samtidig at afprøve muligheden for selvvisitering, idet det vil give borgerne mulighed for selv at vurdere, hvornår de har behov for pleje og omsorg i et omfang, der bedst tilgodeses ved et døgnophold.

*Udgifterne til ønsket er samlet set 16,8 mio. kr. i 2007 og 12,8 mio. kr. i varig drift.*

*Forlaget er uddybet i Bilag 2.10: Rehabilitering og selvvisitering*

### ***Akkreditering***

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen ønsker at gennemføre en foranalyse med henblik på mulig akkreditering i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Det overordnede sigte med foranalysen er mulig akkreditering på ældre- og sundhedsområdet.

Med akkreditering menes en ekstern evaluering af standarder og indikatorer vedrørende kerneydelser, processer mv. En metode, der kan medvirke til at sikre og udvikle kvaliteten i ydelserne.

Analysen skal afdække, hvorledes en akkreditering kan gennemføres for dele af Sundheds- og Omsorgsforvaltningens enheder eller om hele forvaltningens område kan akkrediteres. Det bør også undersøges, om der kan tænkes akkreditering i forhold til fx diagnosegrupper, sygdoms- og behandlingsforløb på tværs af sektorer med fokus på overgange, mm.

*Udgifterne til at ønsket vil være 0,1 mio. kr. i engangsinvesteringer i 2007.*

*Forlaget er uddybet i Bilag 2.11: Akkreditering  
Taskforce til at nedbringe sygefraværet*



Der etableres en midlertidig taskforce i to år til nedbringelse af sygefravær. Taskforcen skal kunne træde ind med hjælp, når institutioner har særlig højt sygefravær.

Taskforcens opgave skal være at:

- § tage kontakt til institutioner med særlig højt sygefravær
- § sætte fokus på institutionens sygefravær
- § sikre at institutionerne anvender de bedst mulige initiativer rettet mod fravær og nærvær
- § udvikle og sikre anvendelsen en værktøjskasse rettet mod både fravær og nærvær
- § udvikle nye metoder i indsatsen mod fravær

Det samlede antal sygedage for hele Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er på 206.042 kalenderdage i 2005, og udgør en væsentlig omkostning for forvaltningen.

Det forventes, at taskforcens indsats kan nedbringe det gennemsnitlige sygefravær med en halv til en dag pr. år i 2007 og yderligere to til tre dage i 2008 og 2009.

*Udgifterne til taskforcen vil være 1,5 mio. kr. i 2007 og 2008.*

*Forlaget er uddybet i Bilag 2.12: Ned med sygefraværet*

## **Vær bedst!**

Under fokusområdet *Vær bedst!* ønsker Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, at der sættes konkrete tiltag i værk i 2007 inden for grunduddannelse, udvikling af sygeplejekompetencer, mobil sygeplejedokumentation, fagligt kvalitetsløft og arbejdsmiljøforbedringer i omsorgstandplejen samt støtte til etniske elever.

### ***Solid og tilstrækkelig grunduddannelse***

Lidt over hver femte københavnere i alderen fra 25-69 år har grundskolen som eneste uddannelse. I det lange løb er uddannelsesniveaut problematisk, fordi ledigheden for ufaglærte forventes at stige frem til 2009. Der bliver allerede gjort meget for at fremme uddannelsesniveaut via rekruttering af elever til social- og sundhedsuddannelserne. Københavns Kommune yder voksenelevløn til social- og sundhedshjælperelever og det har øget optaget.

Med den måde tiden til praktikvejledningen skal finansieres, er det ikke altid muligt for arbejdspladserne at leve op til lovgivningens krav til praktikvejledning. Størstedelen af social- og sundhedshjælperuddannelserne foregår i praktik bl.a. i ældreplejen i Københavns Kommune. Den tid, der anvendes på at have elever, er imidlertid ikke fi-

nansieret og skal tages ud af den tid, der anvendes på borgerne. Uddannelsesopgaven er en anden opgave end pleje og omsorg, og med frit valg i hjemmeplejen og indførelse af BUM-model på plejehjem er ældreplejen presset og det er svært at tage tid ud til uddannelsesopgaven, når den ikke kompenseres.

Der er samtidig et alt for højt frafald på social- og sundhedsuddannelserne, idet omkring 39 pct. af social- og sundhedshjælpereleverne og 34 pct. af social- og sundhedsassistenteleverne falder fra inden uddannelsen afsluttes. Det forventes også, at en tilførelse af ressourcer til praktikvejledningen, vil kunne reducere frafaldsprocenten.

Derfor foreslås det, at der afsættes midler til et praktiktaxameter, således at ældreplejen modtager et beløb per elev/praktikuge.

*Det kan beregnes, at udgifterne til et anbefalelsesværdigt niveau for den direkte praktikvejledning udgør ca. 15 mio. kr. Dertil kommer tid til praktikvejledernes forberedelse, transport, personlig tid, ajourføring af faglig viden og faglig netværksdannelse, udgifter til de uddannelsesansvarlige i hjemmeplejen og på plejehjemmene m.m.*

*Forlaget er uddybet i Bilag 2.13: Solid og tilstrækkelig grunduddannelse*

### **Sygeplejekompetencer**

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har i sygeplejerskeprofilen beskrevet krav og opgaver for fremtidens sygeplejersker. Der er brug for, at der prioriteres en særlig indsats for at udvikle de sygeplejefaglige kompetencer. På den måde kan de udførende sygeplejersker blive det faglige omdrejningspunkt i indsatsen overfor borgerne, som er beskrevet i sygeplejerskeprofilen.

Der skal sideløbende hermed iværksættes et arbejde med at definere, hvilke opgaver sygeplejersker skal løse, og hvilke opgaver der med fordele kan løses af andre personalegrupper, primært assistenter. Der vil således også være behov for kompetenceudviklingsaktiviteter for assistenterne. Endvidere skal der sikres vikardækning ved uddannelse.

*Samlet estimeres udgifterne til en særlig indsats for at udvikle de sygeplejefaglige kompetencer til 5,0 mio. kr.*

*Forlaget er uddybet i Bilag 2.14: Strategisk udvikling af sygeplejefagligheden*

### **Mobil sygeplejedokumentation**

Formålet er at give sygeplejersker og SOSU-assistenten i hjemmeplejen mulighed for at anvende KOS og registrere oplysninger ude hos de ældre ved at være "online" med en bærbar PC'er med direkte adgang til oplysningerne. Det vil medføre, at det bliver muligt for de udekørende medarbejdere at dokumentere med det samme, medens de er på farten og ikke først, når de er tilbage på kontoret. En digital løsning vil medvirke til en mere koordineret plejeindsats over for borgerne i form af en forbedret sygeplejefaglig indsats. Det giver mulighed for en forbedret dokumentations- og opfølgingsindsats.

*Udgifterne til mobil sygeplejedokumentation estimeres til 10,0 mio. kr. i 2007 og efterfølgende 2,3 mio. kr. varig drift.*

*Forlaget er uddybet i Bilag 2.15: Mobil sygeplejedokumentation*

#### ***Fagligt kvalitetsløft i omsorgstandplejen***

Indenfor de sidste ti år er der sket en drastisk forandring i de ældres tandstatus. Tidligere var således mere end 70 procent tandløse, medens man i dag kun ser ca. 10 procent tandløse hos de +65 årige i Københavns Kommune. Dette stiller nye krav til omsorgstandplejen og det udstyr den råder over specielt større krav omkring udredning og diagnostik, men også øgede krav til dokumentation og forebyggelse. Den overordnede strategi i omsorgstandplejen bør hvile på tidlig identifikation, øget udrednings- og behandlingsindsats ved indskrivning og forebyggelse mod nye skader.

Der er i den sammenhæng et ønske om, at der kan indføres it-baseret journal på linje med amtstandplejen.

*Udgifterne til fagligt kvalitetsløft i omsorgstandplejen estimeres til 5,3 mio. kr. i 2007, 3,9 mio. kr. i 2008 og efterfølgende 0,7 mio. kr. varig drift.*

*Forlaget er uddybet i Bilag 2.16: Faglig kvalitetsforbedring i omsorgstandplejen*

#### ***Arbejds miljøforbedringer i omsorgstandplejen***

Omsorgstandplejens arbejdsmiljø medfører tunge løft, bæring af tunge genstande, meget belastende arbejdsstillinger og dårlige lysforhold. Belastningerne kan sammenlignes med forholdene i hjemmeplejen – blot yderligere forværret af de belastninger, der generelt gælder i tandplejefagene, af transport af udstyr ved bæring, samt af at det ikke er muligt at overholde helt elementære standarder for hygiejne eller ergonomi. Der er derfor behov for at investeringer i arbejdsmiljøet for omsorgstandplejens personale. De investeringer der er behov for er

bl.a. en autocamper med fuld funktionsdygtig tandklinik, varebil, trapperobot, portørordning og bærbart udstyr.

*Udgifterne til forbedringerne af arbejdsmiljøet i omsorgstandplejen estimeres til 3,0 mio. kr. i 2007 og efterfølgende 1,2 mio. kr. varig drift.*

*Forlaget er uddybet i Bilag 2.17: Omkostninger i forbindelse med umiddelbare forbedringer af arbejdsmiljøet i omsorgstandplejen*

### ***Støtte til etniske elever***

Københavns Kommune har særligt gunstige muligheder for at yde et væsentligt bidrag til integrationen af to-sprogede unge. Der præsteres allerede i dag en stor indsats på social- og sundhedsuddannelsesområdet, idet omkring 30 pct. af sosu-hjælper-eleverne i Københavns Kommune skønnes at være to-sprogede. Generelt indeholder tosprogede elever et godt udviklingspotentiale og kan med den fornødne støtte blive rigtig gode medarbejdere i kommunen.

Forslaget sigter på at fremme integrationen af to-sprogede elever på det danske arbejdsmarked og samtidig sikre den fremtidige arbejdskraft i ældresektoren. Konkret foreslås der etableret vejledningsgrupper for to-sprogede social- og sundhedshjælper- og assistentelever i praktik. Vejledningen vil sigte på sproglig udvikling, der er målrettet sundhedsfaglige termer og den danske ældrepleje.

*Ønsket har udgifter for 0,8 mio. kr.*

*Forlaget er uddybet i Bilag 2.18: Støtte til etniske elever*