

## Referat

## Sundhedsudvalget

Ordinært møde

**Mødetidspunkt:** 08-03-2016 15:30

**Mødeafholdelse:** lokale 0.28

**NB.**

**Tilstede:** Anders Broholm (V) - Formand  
Irene Hjortshøj (A)  
Brian Kjær (A)  
Kenneth Bergen (A)  
Kristina Frandsen (V)  
Flemming Rasmussen (DF)  
Jytte Høyrup (V)

**Fraværende:**

**Stedfortrædere:**



# Indholdsfortegnelse

Sundhedsudvalget

08-03-2016 15:30

<b>1 (Åben) Budget 2017 Sundhedsudvalget .....</b>	<b>3</b>
<b>2 (Åben) Status medfinansiering Februar 2016 .....</b>	<b>4</b>
<b>3 (Åben) TUBAS prioritering af den kommunale medfinansiering .....</b>	<b>5</b>
<b>4 (Åben) Implementering af Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker – resultater for Frederikshavn 2015.....</b>	<b>7</b>
<b>5 (Åben) Sundhedspolitik 2017 - 2020 - Godkendelse af proces- og tidsplan .....</b>	<b>10</b>
<b>6 (Åben) Orientering om den ekstraordinære indsats igennem en tidlig indsats i sundhedsplejen .....</b>	<b>13</b>
<b>7 (Åben) Nedbringelse af ventetid på genoptræning ved samarbejdsmodel med private aktører .....</b>	<b>17</b>
<b>8 (Åben) Udviklings samarbejde om styrket effektivitet og kvalitet i genoptræningen .....</b>	<b>21</b>
<b>9 (Åben) Drøftelse af foreløbigt udkast til vedtægter for Frivilligcenteret .....</b>	<b>25</b>
<b>10 (Lukket) Udvalgsformanden orienterer .....</b>	<b>26</b>

# 1 (Åben) Budget 2017 Sundhedsudvalget

Sags ID: EMN-2016-00492

Sagsbehandler: Børge Arthur Hansen

Ansvarligt center: Center for Økonomi og Personale

Beslutningskompetence

SUU

## Sagsfremstilling

Sundhedsudvalgets budgetoplæg for 2017 indeholder en videreførelse af de vedtagne besparelser/omstillinger fra budgetlægningen 2016 hvor der, iht. til økonomiudvalgets beslutning, er indregnet en generel produktivitetsstigning på 1 % i alle udvalg.

For Sundhedsudvalgets budgetområde er der således indregnet en produktivitetsstigning svarende til en budgetnedskrivning på ca. 1,1 mio. kr. i 2017, og ligeledes i overslagsårene (fra 2018 og frem).

Endvidere blev der ved budgetforliget for 2016 indregnet en generel nedskrivning af fagudvalgenes budgettrammer fra 2017, til delvis finansiering af omprioriteringsbidraget, der blev vedtaget med regeringens finanslovsaftale. Sundhedsudvalgets andel heraf er opgjort til 0,6 mio. kr., hvorfor budgettrammen er nedskrevet tilsvarende.

På denne baggrund, anmoder direktøren for Social og Sundhed, udvalget om at indlede budgetarbejdet med en generel drøftelse af, hvilke elementer der kan/skal indgå i den administrative proces, der kan danne grundlag for det administrative budgetforslag der skal behandles på udvalgets møde i april 2016.

Budgetforslaget sendes til høring i respektive fora.

## Indstilling

Social- og sundhedsdirektøren indstiller budget 2017 til drøftelse.

## Tidligere beslutninger:

.

## Beslutninger:

Drøftet.

## Bilag

## 2 (Åben) Status medfinansiering Februar 2016

Sags ID: EMN-2016-00490

Sagsbehandler: Børge Arthur Hansen

Ansvarligt center: Center for Økonomi og Personale

### Beslutningskompetence

SUU

### Sagsfremstilling

Hermed fremsendes til Udvalgets orientering, oversigt over udviklingen på betaling til den aktivitetsbestemte medfinansiering og finansiering af de Regionale sundhedsudgifter.

Vedhæftede bilag viser udgiftsudviklingen for 2 måneder, i forhold til det periodiserede budget.

I forhold til det periodiserede budget ses der pt. et mindrefobrug på 1,6 mio. kr.

### Indstilling

Social- og Sundhedsdirektøren indstiller at udvalget tager orienteringen til efterretning

### Tidligere beslutninger:

.

### Beslutninger:

Taget til efterretning.

### Bilag

- Medfinansiering Feb 16 (1238520 - EMN-2016-00490)

### 3 (Åben) TUBAS prioritering af den kommunale medfinansiering

Sags ID: EMN-2014-01319

Sagsbehandler: Lene Jelsbak Mortensen

Ansvarligt center: Familie

Bestyrelseskompetence

BUU/AMU/SUU

#### Sagsfremstilling

TUBA Danmark er en foreningsejet institution under Blå Kors, med en lokalafdeling i Frederikshavn. Hovedformålet med TUBA er at give et tilbud om rådgivning og terapi for unge mellem 14-35 år, som er vokset op i en familie med alkohol- og/eller stofmisbrugsproblemer.

Frederikshavn Kommune medfinansierer TUBAS tilbud med 400.000 kr. årligt. Udgiften er ligeligt fordelt mellem Børne- og Ungdomsudvalget, Sundhedsudvalget og Arbejdsmarkedsudvalget. TUBA har fra og med 2016 på ny fået en 4 årig bevilling via satspuljen, denne gang dog med den forudsætning at satsmidlerne anvendes for de 14-24 årige. TUBA anmoder derfor Frederikshavn Kommune om, at den kommunale medfinansiering anvendes til opretholdelse af det eksisterende tilbud også for de 25-35 årige.

TUBAs tilbud for de 14-35 årige understøtter og skaber sammenhæng til den kommunale tilbudsvifte på området. I kommunalt regi har vi børnegrupperne Ballonen for 9-12 årige samt Helium Ballonen for 12-14 årige børn, der vokser op i hjem med alkoholproblemer. TUBAs tilbud til de 14-35 årige supplerer således vore egne tilbud. Snarligt føjes endnu en aktør til i arbejdet med målgruppen, idet Barnets Blå Hus, der også er forankret under Blå Kors, har fået puljemidler til etablering af behandlingstilbud til børn af alkoholikere under 14 år i bl.a. Frederikshavn Kommune. Barnets Blå Hus' tilbud kan således gavne de børn, der ikke kan profitere af at indgå i de gruppebaserede forløb ved Ballonen, eller de børn, som er mere behandlingskrævende end Ballon-gruppernes målgruppe.

#### Indstilling

Social- og Sundhedsdirektøren samt Børne-, kultur- og arbejdsmarkedsdirektøren indstiller, at Sundhedsudvalget, Børne- og Ungdomsudvalget samt

Arbejdsmarkedsudvalget godkender, at den kommunale medfinansiering sikrer TUBAs fortsatte indsats for de 25-35 årige i målgruppen.

#### Tidligere beslutninger:

**Udvalg:** Børne- og Ungdomsudvalget      **Dato:** 03-03-2016  
Godkendt.

**Udvalg:** Arbejdsmarkedsudvalget      **Dato:** 07-03-2016  
Godkendt.

Fraværende: Carsten Sørensen

**Beslutninger:**  
Indstillingen tiltrædes.

**Bilag**

## 4 (Åben) Implementering af Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker – resultater for Frederikshavn 2015

Sags ID: EMN-2014-00789

Sagsbehandler: Marianne Skrubbeltrang

Ansvarligt center: Sundhed og Pleje

Beslutningskompetence  
Sundhedsudvalget

### Sagsfremstilling

#### Resumé

Sundhedsstyrelsens har siden 2012 udsendt 11 forebyggelsespakker med faglige anbefalinger til kommunernes forebyggelsesarbejde.

I forbindelse med udmøntning af Frederikshavn Kommunes Sundhedspolitik anvender kommunens centre forebyggelsespakkerne, som inspiration og værktøj til at udmønte Sundhedspolitikens 5 rammesætninger i praksis.

Gennem en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse i efteråret 2013, 2014 og 2015 følger Sundhedsstyrelsen, om kommunerne implementerer flere af anbefalingerne. Nu foreligger resultaterne for 2015, og udvalget orienteres her om resultaterne for Frederikshavn Kommune.

#### **Formålet med Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker**

Forebyggelsespakkerne er et videns baseret værktøj til kommunerne med faglige anbefalinger på væsentlige risikoområder. Områder, som kommunerne allerede arbejder med, og som forventes at kræve betydeligt fokus de kommende år. Denne forventning tager sit udgangspunkt i ny viden samt udviklingen i holdninger og normer i samfundet.

Pakkerne er med til at skabe overblik og kan bidrage til at prioritere og kvalitetsudvikle det kommunale forebyggelsesarbejde. Anbefalingerne heri retter sig både mod raske og syge borgere i kommunerne. De indeholder bl.a. rammesættende indsatser, der har en effekt på hele befolkningens sundhedsadfærd og dermed også en stor effekt i forhold til ulighed. Andre indsatser i pakkerne er særlig målrettet socialt udsatte grupper.

De enkelte anbefalinger er opdelt i:

- Grundniveau – der på kort sigt kan styrke kvaliteten af forebyggelsesarbejdet.
- Udviklingsniveau – der kan videreudvikle forebyggelsen på længere sigt.

Den interesserede læser kan finde forebyggelsespakkerne på Sundhedsstyrelsens hjemmeside eller via dette link:

<http://sundhedsstyrelsen.dk/da/planlaegning/kommuner/forebyggelsespakker>

#### **Resultater for Frederikshavn Kommune**

Den kommunale chefgruppe har besluttet, at alle centre har fokus på de forebyggelsespakker, der er relevante for eget center. Desuden er det aftalt, at der tværgående i kommunen er fokus på pakkerne efter følgende plan:

2015: Tobak - Alkohol - Stoffer.

2016: Mental sundhed - Fysisk aktivitet - Mad og måltider – Overvægt – Hygiejne.

2017: Indeklima i skoler - Solbeskyttelse – Seksuel sundhed.

Udvalget er i januar 2015 orienteret om resultaterne i 2014.

Indtil undersøgelsen i september 2015 er pakkerne implementeret på følgende niveau i forhold til grundniveau:

- I høj grad: Tobak - Alkohol - Hygiejne.
- I nogen grad: Mental Sundhed – Fysisk aktivitet - Mad og måltider – Overvægt -Indeklima i skoler – Stoffer.
- I mindre grad: Solbeskyttelse, Seksuel sundhed

Dette skal ses i det perspektiv, at Frederikshavn Kommunes handleplan for fælles fokus på en del af pakkerne først er i 2016 og 2017.

En nærmere uddybning af resultaterne for Frederikshavn kan ses i vedhæftede bilag.

Samlet set er arbejdet med Sundhedsstyrelsens anbefalinger godt på vej. Der skal holdes fortsat fokus – også på de nye veje i anbefalingerne.

Det er vurderingen, at det, der har størst betydning for implementering af forebyggelsespakkerne i praksis er:

1. Ledelsesmæssigt fokus
2. Tværgående/fælles fokus
3. Politisk fokus

Ældrerådet og Handicaprådet orienteres efterfølgende om resultaterne.

### **Indstilling**

Social og sundhedsdirektøren indstiller at Sundhedsudvalget:

1. Drøfter resultaterne
2. Overvejer, hvordan resultaterne kan indgå i arbejdet med den nye sundhedspolitik?

### **Tidligere beslutninger:**

.



**Beslutninger:**

Sundhedsudvalget ønsker i forbindelse med Sundhedspolitikken at have fokus på indsatserne i forhold til unge og rusmidler.  
Orienteringen i øvrigt taget til efterretning.

**Bilag**

- Sammendrag af status for Frederikshavn på de enkelte forebyggelsespakker (1231793 - EMN-2014-00789)

## 5 (Åben) Sundhedspolitik 2017 - 2020 - Godkendelse af proces- og tidsplan

Sags ID: EMN-2016-00269

Sagsbehandler: Marianne Skrubbeltrang

Ansvarligt center: Sundhed og Pleje

Beslutningskompetence  
Sundhedsudvalget

### Sagsfremstilling

#### **Baggrund og rammer for udarbejdelse af politikken**

Politikkerne i Frederikshavn Kommune følger generelt de fireårige byrådsperioder. Den nuværende sundhedspolitik dækker perioden fra 2013 – 2016. Sundhedsudvalget har derfor på mødet den 9. februar 2016 besluttet at igangsætte en proces, der fører frem mod en ny Sundhedspolitik for perioden 2017 – 2020.

Sundhedspolitikken er relevant for alle kommunens fagudvalg. Målgruppen er alle borgere – børn, unge, voksne, ældre, herunder flygtninge – og medarbejdere i Frederikshavn Kommune. Sundhedspolitikken skal inkludere såvel det borgerrettede, som det patientrettede perspektiv.

Politikken skal vedtages i Byrådet, men Sundhedsudvalget er ansvarlig for processen frem til vedtagelsen.

#### **Målet med den nye sundhedspolitik**

Den nye sundhedspolitik skal bygge videre på det - i den gamle politik - der allerede fungerer godt, men den skal også angive nye visioner og målsætninger.

Politikken skal være kort og præcis - et overskueligt og let tilgængeligt produkt, der viser Byrådets overordnede politik på sundhedsområdet. Den skal således være en tilkendegivelse overfor borgerne om, hvad de kan forvente inden for sundhedsområdet. Dermed foretages, der en politisk prioritering, som administrationen efterfølgende skal anvende som rettesnor. Sluttelig skal den angive hvilke effekter, der ønskes opnået.

#### **Vision, pejlemærker og effektmål**

Politikken skal indeholde overordnet vision og nogle politiske pejlemærker, der giver trækraft på sundhedsområdet. Frederikshavn Kommune ønsker at være foregangskommune på sundhedsområdet. Politikken skal være ambitiøs - der skal være noget "at løbe efter"! Samtidig er det vigtigt, at den giver manøvrerum i praksis og bliver så kort, at den er let at huske og realisere i samspil med kommunens øvrige politikker – og i samklang med Sundhedsaftalen i Region Nordjylland og tendenserne på landsplan.

I forlængelse af hvert af de politiske pejlemærker angives den ønskede effekt:  
"Det kan bl.a. indfries ved, at xxxxxxxx"

### **Processen**

*Sundhedsudvalget er tovholder på processen med udarbejdelse af ny Sundhedspolitik. Det er derfor naturligt, at de løbende følger og drøfter arbejdet på de ordinære møder, ligesom de deltager i konkrete møder med interessenterne.*

- Sundhedsudvalget godkender proces- og tidsplan. Den lægges på hjemmesiden, så der er gennemsigtighed i processen.
- Sundhedsudvalget drøfter retningen for sundhedsarbejdet på landsplan, regionalt og lokalt. På baggrund af drøftelsen udstikkes den overordnede vision og de politiske pejlemærker, der ønskes for politikens retning. (Byrådets øvrige medlemmer inviteres med)
- Dernæst vil mange af sundhedsområdet interessenter i Frederikshavn Kommune blive inddraget i dialogen med Sundhedsudvalget om de politiske pejlemærker og ønskede effekter:
  - Det fysiske Sundhedspanel, Ældrerådet, Handicaprådet
  - De frivillige
  - Borgere via offentligheds møder i Skagen, Frederikshavn og Sæby
  - Borgere via Det elektroniske Sundhedspanel
  - Ungebyrådet
- Inden borgermøderne udsendes der orientering til pressen.
- Administrationen arbejder med udkast til ny politik
  - Midtvejsdrøftelse i Sundhedsudvalget
- Sundhedsudvalget drøfter 1. oplæg.
- Administrationen indarbejder tilpasninger.
- Sundhedsudvalget drøfter 2. oplæg. Hvis dette godkendes:
- Udkastet sendes til høring i Ældrerådet, Handicaprådet og HovedMED.
- Sundhedsudvalget anbefaler udkastet til ny Sundhedspolitik godkendt af Byrådet.
- Vedtagelse af ny Sundhedspolitik i Byrådet.
- Orientering til pressen

*Undervejs udarbejdes en proces for:*

- Implementering af den nye sundhedspolitik.
- Metoder til effektmålinger.

*Efter:*

Effektmålinger

### **Hovedtidsplan**

Processen strækker sig fra marts 2016 til forventet godkendelse i Byrådet maj 2017.

Den interesserede læser kan se hovedtidsplanen i vedhæftede bilag.

### **Indstilling**

Social- og Sundhedsdirektøren indstiller at Sundhedsudvalget godkender proces- og tidsplanen.

### **Tidligere beslutninger:**

.

### **Beslutninger:**

Proces- og tidsplan godkendt.

### **Bilag**

- Sundhedspolitik 2017 - 2020 Hovedtidsplan (1237157 - EMN-2016-00269)

## **6 (Åben) Orientering om den ekstraordinære indsats igennem en tidlig indsats i sundhedsplejen**

Sags ID: EMN-2016-00418

Sagsbehandler: Gro Uldahl Jensen

Ansvarligt center: Familie

Beslutningskompetence

SUU

### **Sagsfremstilling**

I budget 2016 og overslagsårene er afsat bevilling på 2 mio. kr. til investeringsprojekt "Ekstraordinær indsats i forhold til den tidlige indsats i sundhedsplejen". På Sundhedsudvalgsmødet d. 10. november 2015 blev det besluttet, at de 2 mio. kr. skulle bruges på følgende indsatser:

1. hjemmebesøg i småbørnsalderen
2. etablering af et tværfagligt tilbud til sårbare gravide samt spæd- og småbørnsforældre

I det følgende gives en orientering om, hvad status er på de to tilbud:

#### **1. Hjemmebesøg i småbørnsalderen**

På baggrund af sundhedsstyrelsens anbefalinger, faglitteratur og input fra andre kommuner er der udarbejdet standarder for hjemmebesøgene (jf. bilag 1 og 2). Fokus for hjemmebesøgene er monitorering af, og tilbud om råd og vejledning i forhold til, barnets emotionelle, fysiske og sociale udvikling samt familiens samlede trivsel. Ved 3 års besøget er der desuden fokus på forebyggelse af overvægt.

Ændringen af basistilbuddet til børn i 1,5 års- og 3 års-alderen har udløst opnormering af spæd- og småbørns sundhedsplejen svarende til to deltidsstillinger. Disse er ved internt opslag besat af skolesundhedsplejersker, og tiltrædes 1.marts 2016 hvorefter tilbuddet om hjemmebesøg i småbørnsalderen udrulles.

De herefter ledige skolesundhedsplejestillinger er dels besat fra 1.8.16 og forventeligt fra 1.4.16.

#### **2. Tværfagligt tilbud til de sårbare gravide samt spæd- og småbørnsforældre**

Hensigten er at etablere et tilbud, der er baseret på metoden "Minding the baby" (herefter MTB). MTB er udviklet på Yale University i USA. Denne behandlingsindsats er inspireret af flere tilgange, men er især baseret på den nyeste forskning og teoridannelse indenfor tilknytning og mentalisering<sup>1</sup>.

Erfaringer fra danske undersøgelser peger på, at mellem 5 % og 7 % af kommende og nybagte forældre har helt særlige behov for en tværfaglig indsats, og nogle af disse forældre har behov for et længerevarende og anderledes specialiseret tilbud, end der typisk tilbydes. Disse forældre har ofte vanskeligheder med at mentalisere. Det betyder, at de ofte misfortolker barnets mentale tilstande og følelser, hvilket fører til misforståelser og frustration, der påvirker relationen, samspillet og kommunikationen mellem forældre og barnet negativt. Adskillige udviklingspsykologiske studier har fundet en sammenhæng imellem forældres evne til at mentalisere og deres børns emotionelle og sociale udvikling, samt egen evne til at mentalisere.

Minding the baby programmet har via den mentaliseringsbaserede tilgang til formål at fremme både psykisk som fysisk sundhed hos barnet og moderen, og udmøntes af et tværfagligt team omkring familien, bestående af en sundhedsplejerske og en socialrådgiver med familierapeutisk erfaring, som på skift én gang om ugen det første år, og hver anden uge det andet år, besøger hjemmet. Indsatsen starter i tredje trimester, før barnet bliver født, og afsluttes inden barnet er to år.

MTB har fra programmets opstart i USA i 2002 løbende været evalueret bl.a. gennem et randomiseret studie, der undersøgte programmets effekt i interventionsfamilier versus kontrolfamilier, der får den almindelige indsats fra sundhedsplejen.

Forskningsresultaterne i USA viser et positivt udbytte hos interventionsgruppen ift. kontrolgruppen.

I interventionsfamilierne ses:

---

<sup>1</sup> Mentalisering er at forstå egen og andres adfærd ud fra mentale tilstande. Mentale tilstande er blandt andet følelser, tanker, behov, mål og grunde. Vi mentaliserer alle, når vi interagerer med hinanden, men vi er sjældent opmærksomme på, at vi gør det. Evnen til mentalisering er en forudsætning for at have vedvarende meningsfulde relationer og en stabil selvfølelse. Ved at mentalisere ser man den andens perspektiv samtidigt med, at man holder fast i sig selv. Gennem mentalisering lærer man egne følelser og tanker at kende og forstå, at de er baggrunden for ens adfærd. Dette giver en fornemmelse af kontrol og selvbevidsthed. Mentalisering hænger tæt sammen med evnen til at regulere følelser. At mentalisere har i sig selv en affektregulerende funktion.

- Øget refleksiv funktion
- Bedre tilknytning mellem mor og barn (ved 12. mdr. signifikant flere sikkert tilknyttet børn end kontrolgruppen, og signifikant færre desorganiserede børn)
- Bedre følelsesmæssig kommunikation i MBT-familierne (målt ved barnets 4. mdr.)
- Færre indberetninger til socialforvaltningen
- Flere børn, som har fået de vacciner, der anbefales
- Flere børn ammes
- Bedre helbred hos både mor og barn
- Mindsket antal af gentagne graviditeter inden for de første to år
- Flere har fået stabiliseret forholdet til deres partner eller afbrudt destruktive parforhold
- Flere har genoptaget uddannelse eller job.

Der er grund til at antage, at metoden vil have god effekt i Danmark også. Det har vist sig, at også Center for innovation og metodeudvikling i Århus, sammen med Århus kommune har fattet interesse for metoden og nu har indbudt til etablering af et nationalt netværk omkring implementering af metoden i Danmark, i et direkte samarbejde med udviklerne fra Yale. Center for Familie har tilkendegivet interesse for at indgå i dette nationale projekt, som bl.a. vil kunne give mulighed for at deltage i en valideret evaluering af indsatsen. Der afholdes partnerskabsmøde ultimo marts måned.

Såfremt det nationale netværk kan etableres, er tidsplanen, at de enkelte projekter starter konkret i januar 17. I tidsperioden indtil da, vil vores lokale tilbud derfor kunne ses som et "pilotprojekt". Målgruppen for tilbuddet er foreløbigt defineret som gravide (primært førstegangsfødende), med generelt lavt funktions og refleksionsniveau, med motivation for at modtage tilbuddet, og som ikke vurderes at ville udøve aktivt omsorgssvigt. Inden for de økonomiske rammer, der er bevilliget til tilbuddet, kan det forventes, at 10-12 familier kan modtage tilbuddet årligt.

Den foreløbige tidsplan er, at indsatsens dimensionering (fordeling af stillinger) og organisatoriske indplacering er endeligt afklaret i løbet af marts måned 2016, således at der kan ske ansættelse af personale til 1.juni 2016. Primo juni vil der være mulighed for, at Frederikshavn kommunes MTB personale kan deltage i undervisning og træning ved udviklerne (Slade m.fl.) fra Yale, således at teamet har det metodiske udgangspunkt for arbejdet. Opgaven vil herefter være at beskrive visitationsprocedurer og etablere de nødvendige lokale samarbejder og arbejdsgange. Som udgangspunkt, men navnlig afhængigt af om opsporingsmodellen og samarbejdet med regionen herom kan falde på plads, vil de første gravide i Frederikshavn Kommune kunne visiteres ultimo august 16.

Der er etableret samarbejde med Vendsyssel Sygehus, som er det primære fødested for gravide fra Frederikshavn Kommune, om jordemødrenes muligheder for at indgå i den tidlige opsporing og identifikation af de sårbare gravide. Der skal udvikles metode til, med en passende ressource anvendelse, at sikre at de gravide der har behov for, og kan profitere af, MTB tilbuddet henvises rettidigt. I denne sammenhæng vil såvel regional, som national erfaring og forskning blive inddraget.

Dette udviklingsarbejde er aktuelt kompliceret af, at regionen har ønsket, at den udvikling af opsporingsmodeller der er også er beskrevet som udviklingsområde i sundhedsaftalerne, varetages parallelt med arbejdet med fødeplanen, hvilket vil betyde at arbejdet først kan forventes til ende bragt langt henne i 2016. Center for Familie har peget på, at der bør gives mulighed for igangsætning af lokale pilotprojekter allerede nu.

Målgruppen for tilbuddet er derfor defineret som gravide, der er motiveret for at modtage tilbuddet, forældrene har ikke ydet omsorgssvigt, de gravide har lavt refleksionsfunktion samt lavt funktionsniveau.

Inden for de økonomiske rammer, der er bevilliget til tilbuddet, kan det forventes, at 10-12 familier kan modtage tilbuddet årligt.

### **Indstilling**

Børne-, kultur- og arbejdsmarkedsdirektøren indstiller, at orienteringen tages til efterretning

### **Tidligere beslutninger:**

.

### **Beslutninger:**

Orienteringen taget til efterretning.

### **Bilag**

4. Beskrivelse af 1,5 årsbesøget (1236903 - EMN-2016-00418)
5. Beskrivelse af 3 års besøg (1236904 - EMN-2016-00418)



## 7 (Åben) Nedbringelse af ventetid på genoptræning ved samarbejdsmodel med private aktører

Sags ID: EMN-2015-00608

Sagsbehandler: Mette Brandt Pedersen

Ansvarligt center: Social- og Sundhedsmyndighed

Beslutningskompetence

SUU

### Sagsfremstilling

#### Sagsresumé

I forbindelse med budgetforliget for 2015 blev det besluttet, at ventetiden på genoptræning skal nedbringes fra tidligere 10 dage til 5 dage. Realiseringen af nedbringelsen af ventetiden gennem samarbejde med private aktører, i den udstrækning den kommunale træningskapacitet ikke har kunnet overholde en ventetid på 5 dage.

Der er på denne baggrund indgået en samarbejdsaftale med private aktører – en såkaldt *“over-flow-model”* – hvor private aktører har leveret de basale genoptræningsopgaver, som kommunen ikke har kunnet levere i henhold til en ventetid på 5 dage. Der er også indgået aftale om at afprøve levering af nogle få mere komplekse genoptræningsopgaver ved de private aktører. Det er træningsopgaver som både sætter særlige krav til koordinering mellem mange forskellige offentlige indsatser samt særlige krav til leveringen, der som oftest sker som individuel hjemmetræning.

Der er lagt op til en konkurrenceudsættelse af de træningsopgaver, som kommunens træningsområde ikke selv kan levere med en ventetid på 5 dage. En konkurrenceudsættelse giver mulighed for yderligere at få afprøvet pris og kvalitet på området, og konkurrenceudsættelse kan dermed også være med til at styrke effektiviteten og kvalitetsudviklingen i opgaveløsningen på området.

Der har været nedsat en administrativ arbejdsgruppe som i forhold til udviklingen på området har analyseret og vurderet, hvilke udviklingstiltag der skal til dels for at nedbringe ventetiden, dvs. øge produktiviteten og effektiviteten, samt understøtte kvalitetsudviklingen på området både i forhold til den fagligt vurderede kvalitet og den brugeroplevede kvalitet (se i forhold til sidstnævnte særskilt sagsfremstilling vedrørende:

*Udviklingssamarbejde om styrket effektivitet og kvalitet i genoptræningen).*

I resultaterne som præsenteres nedenfor, fremgår det, at den valgte samarbejdsmodel (over-flow-model) har været med til at øge såvel produktivitet, effektivitet som kvalitetsarbejdet både hos de kommunale og private leverandører. I løbet af 2015 har der således været en fortsat stor aktivitetsstigning på træningsområdet inden for den kommunale

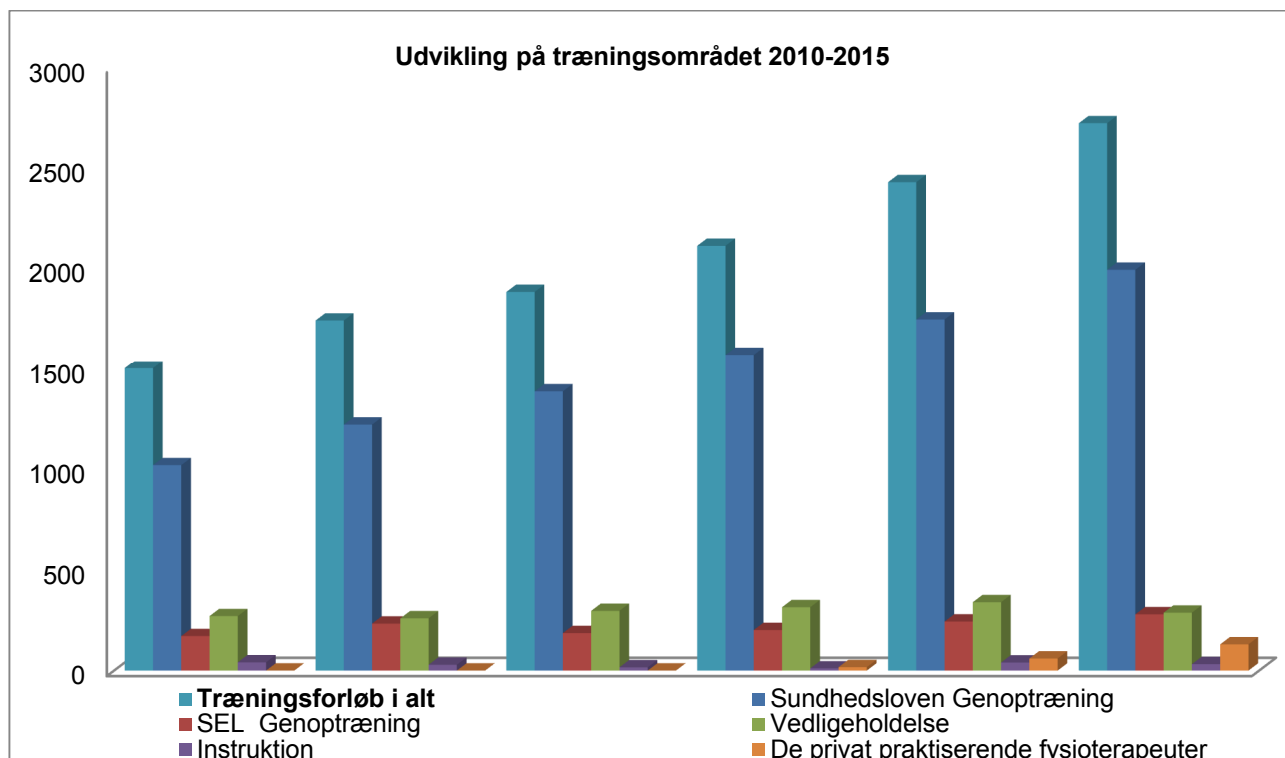
træningskapacitet, men der skal tilføres færre ressourcer til området end først antaget i forbindelse med beslutningen om at nedbringe ventetiden fra 10 til 5 dage.

### *Stor aktivitetsstigning og samtidig nedbringelse af ventetid på genoptræning*

Som det ses af udviklingsgrafene, har der været en støt og stor stigning i antallet af træningsforløb siden 2010. I 2013 begyndte de privatpraktiserende aktører at udføre en mindre andel af genoptræningsforløbene efter sundhedslovens § 140. Fra 2014 til 2015, hvor der blev truffet beslutning om at nedsætte ventetiden fra 10 til 5 dage, er antallet af træningsforløb mere end fordoblet hos de private aktører (fra 60 til 130). Kommunens træningsforløb er også steget (fra 1745 til 1992).

Selv om der er sket en fortsat aktivitetsstigning på området, har det været muligt at nedbringe ventetiden på genoptræning fra 10 til 5 dage. Ventetiden på genoptræning kan fra den 1.4.2015 og frem opgøres til, at den i gennemsnit har været 3,9 dage. I det tal indgår dog ikke de borgere, som af forskellige årsager ikke har kunnet påbegynde træningen inden for de besluttede 5 dage. Det gælder især borgere, som ud fra sundhedsfaglige og lægefaglige indstillinger først skal starte med træning på et senere tidspunkt. Det gælder også de borgere, som af forskellige evt. planlægningsårsager selv takker nej til at påbegynde træningen inden 5 dage.

Selv om gennemsnitsventetiden ud fra ovennævnte hensyn bliver 3,9 dage, er der 92 borgere, som har ventet mere end 5 dage. Det er især borgere med behov for ergoterapeutisk træning, som ikke kan sendes videre til de private aktører. Der er fortsat fokus på at optimere det område svarende til området for fysioterapi. Samlet set har ca. 92 % har fået i værksat genoptræning inden for 5 dage (fra visitationstidspunktet)



Den nuværende samarbejdsmodel (over-flows-model) mellem de kommunale og private aktører på genoptræningsområdet har medført, at kommunen udnytter egne rammer maksimalt, og har været i stand til at øge aktivitetsniveauet inden for den afsatte ramme på området. Da den økonomiske ramme, som blev afsat i forbindelse med at ventetiden skulle nedbringes til 5 dage, ikke er fuldt udnyttet, kan det derfor konstateres, at det er en "konkurrenceform", som har givet et kraftigt incitament til at driftsoptimere både inden for det kommunale system men også hos de private aktører, hvor antallet af træningsforløb er mere end fordoblet. Det er et spørgsmål, om der ville være opnået endnu kortere ventetid – samt effekten heraf – såfremt den afsatte ramme var tilført enten kommunens træningsområde (ramme) eller afsat decideret til træningsforløb i privat regi?

Det spørgsmål – samt spørgsmål og udviklingspunkter relateret til kvalitetsudviklingsarbejdet – kan med fordel belyses nærmere, inden der træffes beslutning om, hvilken form for konkurrenceudsættelse og/eller samarbejde der skal være på genoptræningsområdet. Der kan i den forbindelse også henvises til en af de arbejdsgrupper, der er nedsat i forbindelse med budgetbemærkningen om konkurrenceudsættelse, som konkret vil fremkomme med beskrivelser af fordele og ulemper ved forskellige konkurrencemodeller. Resultaterne fra de her beskrevne indsatser samt fortsatte udviklingspunkter kan med fordel ses i sammenhæng med disse beskrivelser – og som et endeligt afsæt for at træffe beslutning om fremadrettet konkurrencemodel på området.

Sagen er sendt til høring i Ældrerådet og Handicaprådet

**Ældrerådets høringssvar:**

Ældrerådet anbefaler Social- og Sundhedsdirektørens indstilling.

**Handicaprådets høringssvar:**

Handicaprådet tiltræder indstillingen fra Social og Sundhedsdirektøren med følgende bemærkning.

Som udgangspunkt har Handicaprådet udtrykt fuld opbakning til nedbringelsen af ventetiden på opstart af genoptræning til 5 dage. Handicaprådet modtager derfor de foreløbige erfaringer på dette arbejde med meget stor tilfredshed. Det er meget positivt, at den igangsatte samarbejdsmodel mellem de kommunale og private aktører, tilsyneladende har nogle synergieffekter, der løfter alle indenfor området.

Handicaprådet ser derfor frem til resultaterne af det videre samarbejde med de valgte områder.

**Indstilling**

Social- og sundhedsdirektøren indstiller:

- At nuværende samarbejdsmodel med de private aktører på genoptræningsområdet forlænges i et år
- At der sker nærmere opfølgning på pris og kvalitet ved private aktørers levering af komplekse træningsforløb
- At der træffes beslutning om konkurrencemodell på området, når der foreligger nærmere beskrivelser af fordele og ulemper ved forskellige konkurrencemodeller

**Tidligere beslutninger:**

.

**Beslutninger:**

Indstillingen godkendt.

**Bilag**

## 8 (Åben) **Udviklingssamarbejde om styrket effektivitet og kvalitet i genoptræningen**

Sags ID: EMN-2015-00608

Sagsbehandler: Mette Brandt Pedersen

Ansvarligt center: Social- og Sundhedsmyndighed

Bestlutningskompetence

**Bestlutningskompetence**

SUU

### **Sagsfremstilling**

#### *Sagsresumé*

Sundhedsudvalget har stor opmærksomhed på effekten og kvaliteten forbundet med at yde en tidlig genoptræningsindsats, når borgere efter sygehushenvisning skal genoptrænes i kommunalt regi. Der er i den forbindelse truffet beslutning om, at ventetiden på genoptræning skal nedbringes fra tidligere 10 til 5 dage.

Beslutningen beror på antagelser om, at hurtig genoptræningsindsats er medvirkende til at borgere hurtigere og bedre kan opnå det funktionsniveau, som borgeren havde inden genoptræningen eller det højest mulige funktionsniveau. Det er med til at spare afledte udgifter til fx pleje, hjælpemidler, sygedagpenge og andre udgifter som følge af manglende selvhjulpethed.

Det er en udfordring i forhold til denne antagelse, at der ikke tidligere har været indsamlet systematisk viden om den brugeroplevede effekt og kvalitet relateret til at nedsætte ventetiden på genoptræning – og til selve genoptræningen. Der kan i den forbindelse også sættes spørgsmålstejn ved, hvordan man overhovedet måler på resultaterne og effekten af genoptræning? Skal der fx sammenlignes indsatser på tværs af forskellige grupper og kontrolgrupper? Skal der være mest fokus på borgerens funktionsniveau (fagligt set) eller borgerens oplevede kvalitet? Eller er det et spørgsmål om antal gennemførte forløb vs. borgerens livskvalitet? Det handler på mange måder kort sagt om, hvordan fysio- og ergoterapeuterne sætter mål sammen med borgeren, hvordan der følges op, og hvordan effekten og kvaliteten af indsatserne registreres?

Disse spørgsmål har indledningsvist været med til at skærpe en nedsat arbejdsgruppes forståelse af, at der med fordel kan indsamles mere konkret og systematiseret viden om "hvad der virker?" og "hvordan det virker?", så genoptræningsområdet udvikles i takt med borgernes behov på området. Der er på den baggrund indgået supplerende aftaler med de privatpraktiserende aktører om, at der skal arbejdes på at udvikle redskaber og metoder, der kan understøtte en større vidensopsamling af effekterne af genoptræningsindsatserne, som skal understøtte at borgerne opnår størst mulig selvhjulpethed.

Resultaterne fra nogle af de indledende iværksatte indsatser, der skal tilvejebringe mere viden om effekt og kvalitet på genoptræningsområdet præsenteres nedenfor.

#### *Brugertilfredshedsundersøgelse og nye statusevalueringsskemaer*

Der er i perioden november-december 2015 iværksat en mindre tilfredshedsundersøgelse på genoptræningsområdet både ved de kommunale og private aktører på området. Derudover er der også udviklet et nyt "statusevalueringskema", som fysioterapeuterne - delvist i samarbejde med den enkelte borger – skal udfylde i forbindelse med opstart og afslutning på et genoptræningsforløb. Både brugertilfredsundersøgelsen og statusskemaerne er iværksat og afprøvet ved de kommunale og private aktører.

I forhold til tilfredshedsundersøgelsen er borgerne givet mulighed for at svare anonymt om deres tilfredshed med genoptræningen, herunder forholdene omkring genoptræningen, samt hvorvidt borgeren mener at have opnået målene med genoptræningen. I forbindelse med fysioterapeuternes statusevalueringskema bliver der også spurgt ind til borgerens oplevelse af, om genoptræningen har medført en forbedring, forværring eller uændret status hos borgeren. Derudover skal statusevalueringen også i langt højere grad end tidligere beskrive iværksatte genoptræningsmetoder, antal træningsgange samt faglig vurdering af opnået effekt mv.

Det er for tidligt at give udtømmende beskrivelser af resultaterne af de iværksatte tiltag, da det har taget tid og ressourcer at få spørgsmålene formuleret, tilpasset og iværksat – hvilket der også fortsat ses behov for. Der er dog indtil videre indsamlet 81 spørgeskemaer (som er udfyldt korrekt, så de kan indgå i tilfredshedsundersøgelsen) samt 52 statusevalueringer.

Tilfredshedsundersøgelsen er lavet med udgangspunkt i et spørgeskema, som KORA har udviklet for Økonomi- og Indenrigsministeriet. Spørgeskemaet afklarer bl.a., hvor tilfredse borgerne er med genoptræningsforløbet, med den information, de får forud for forløbet, og med de fysiske rammer for genoptræningen. Derudover er der også spurgt ind til borgerens vurdering af, om målene for træningen er opnået samt et spørgsmål relateret til genoptræningens betydning for, at borgeren har kunnet genoptage sit arbejde (såfremt borgeren var i arbejde inden genoptræningen). Dele af spørgeskemaet kan sammenlignes på: [www.tilfredshedsportalen.dk](http://www.tilfredshedsportalen.dk), hvor både kommuner og borgere kan sammenligne brugernes tilfredshed med en række kommunale serviceydelser på tværs af institutioner og kommuner. Det er ikke gjort endnu, da spørgeskemaet kun er afprøvet indledningsvist.

### *God brugertilfredshed, god effekt og godt afsæt for sammenhængende indsatser på social og sundhedsområdet!*

Som det fremgår af brugertilfredshedsundersøgelsen – se bilag - er der generelt en meget høj tilfredshed fra borgerne. Det gælder fx i forhold til genoptræningstiden, hvor 82 % erklærer sig meget tilfreds og tilfreds mod 8 % som er utilfredse eller meget utilfredse. Hele 99 % erklærer sig meget tilfredse eller tilfredse med dialogen med terapeuterne om målsætningen for træningen. 96 % af de adspurgte borgere er enten meget tilfredse eller tilfredse med terapeutens instruktioner af øvelser.

Når det gælder tilfredshed med afslutningen på genoptræningen er tilfredsheden en "smule lavere" nemlig 81 % meget tilfredse og tilfredse. Det er selvfølgelig fortsat en ret høj score, men det er et af de områder, hvor der er givet enkle kommentarer om, at borgeren gerne ville have trænet et par gange mere. Disse tilbagemeldinger er ikke overraskende set i lyset af, at træningscentre ikke træner "helt færdigt" med borgerne,

som trænes indtil de har opnået et funktionsniveau, hvor de selv kan og skal træne videre for at opretholde og fortsat kan genvinde funktionsniveau.

I lyset af de generelt meget høje tilfredshedsvurderinger er det alligevel "kun" 79 % af borgerne, der vurderer, at de har opnået de opstillede mål med træningen, og 21 % som ikke deler den vurdering. Men der er dog 88 % der samlet set er meget tilfredse eller tilfredse med genoptræningsforløbet mod 1 % der er meget utilfreds. Der kan i det lys være behov for at indhente flere svar, som evt. kan være med til at nuancere, hvorfor der er så forholdsvis mange, der ikke føler de har opnået målene med træningen – selv om de overordnet set er meget tilfredse med genoptræningsforløbet? Det kræver formulering af yderligere spørgsmål – og måske blik for at genoptræningen ikke altid kan medvirke til at opnå de mål, der opsættes i forbindelse med træningen, dvs. opnå den ønskede virkning?

I alt 54 % af de adspurgte borgere er uden for arbejdsmarkedet. Der vurderes derfor også at være behov for at nuancere spørgsmålet relateret til genoptræningens effekt i forhold til at genoptage tidligere beskæftigelse, således at der i højere grad fx spørges ind til, hvorvidt borgeren kan genoptage tidligere aktiviteter?

Der kan ikke umiddelbart spores forskelle i "tilfredshedsgraden" mellem henholdsvis de kommunale og private aktører. Der vurderes således at være god overensstemmelse målt på alle punkter mellem de kommunale og private i forhold til borgernes oplevede tilfredshed med basale genoptræningsforløb.

Arbejdet med de nye stusevalueringer på træningsområdet bidrager til et at give mere ensartethed i arbejdet med at sætte mål med borgeren. Evalueringerne giver også et langt bedre indblik i borgerens træningsforløb – herunder valg af genoptræningsmetoder, antal træningsgange samt eventuelle begrundelser for, hvorfor borgeren ikke har opnået målene med træningen inden for den forventede tidshorisont. Det er med til at skabe et bedre grundlag for at skabe sammenhæng i visiteringen, når eller hvis borgeren efterfølgende fortsat modtager fx hjemmepleje eller andre indsatser fra kommunen.

I stusevalueringerne er der som nævnt også fokus på, hvordan borgeren oplever træningens effekt. Da statussen udfyldes af terapeuterne giver det også mulighed for en umiddelbar opfølgende dialog, såfremt terapeuten og borgeren er uenige om, hvorvidt borgeren har opnået en forbedret, uændret eller forværret tilstand af genoptræningen.

Generelt tegner der sig også her et billede af, at borgerne oplever at få en forbedring som følge af genoptræningen – henholdsvis 20 og 21 ud af 26, dvs. ca. 80 %. Der er for få stusevalueringer til at lave nærmere beskrivelser af området. Det skyldes ikke mindst, at der er udfordringer i forhold til at få IT på området til at understøtte forskellige statistiktræk. Derudover er der heller ikke indkommet stusevalueringer på de komplekse træningsforløb, som de private aktører på området også skal prøve at udføre.

Sagen er sendt til høring i Ældrerådet og Handicaprådet

#### **Ældrerådets høringssvar:**

Ældrerådet anbefaler Social- og Sundhedsdirektørens indstilling.

### **Handicaprådets høringsvar:**

Handicaprådet tiltræder indstillingen fra Social og Sundhedsdirektøren, med følgende bemærkning.

Handicaprådet anbefaler, at der iværksættes en it-orienteret løsning på evalueringer af udbyttet, for såvel borger som kommunale og private aktører. Handicaprådet anser det som en væsentlig faktor, at det kan sammenholdes, om brugerens opfattelse af udbytte af genoptræningen modsvares af tilsvarende udsagn fra den professionelle behandlers udsagn. Begge er væsentlige, for at kunne vurdere effekten af genoptræningen. Handicaprådet anbefaler det fortsatte samarbejde med private aktører i forbindelse med at få udarbejdet it-formularer, der tilpasses de arbejdsredskaber den enkelte private aktør har i sin daglige it-dokumentation. Dette må ikke blive en forhindring for at få besvarelser fra tilfredshed m.v. fra den private brugerside.

### **Indstilling**

Social- og sundhedsdirektøren indstiller:

- At der fortsat indsamles viden om de fremsatte udviklingspunkter i forhold til brugerundersøgelser (borgerens oplevede kvalitet) og faglige vurderinger af opnåede resultater, så der fremadrettet kan opnås mere viden om effekt og kvalitet på genoptræningsområdet.

### **Tidligere beslutninger:**

.

### **Beslutninger:**

Indstillingen godkendt.

### **Bilag**



## 9 (Åben) Drøftelse af foreløbigt udkast til vedtægter for Frivilligcenteret

Sags ID: EMN-2016-00382

Sagsbehandler: Louise Pedersen

Ansvarligt center: Sundhed og Pleje

### Beslutningskompetence

SUU

### Sagsfremstilling

I Frivilligcenteret er en arbejdsgruppe i øjeblikket i gang med at udarbejde vedtægter for Frivilligcenteret I Frederikshavn Kommune. I den forbindelse har arbejdsgruppen bedt om input og kommentarer fra Sundhedsudvalget.

Desuden forespørger arbejdsgruppen om, om der ønskes politisk repræsentation fra Frederikshavn Kommune i bestyrelsen.

Arbejdsgruppen meddeler, at Socialstyrelsen har udmeldt, at en politiker ikke kan være formand eller næstformand i et Frivilligt Center.

De foreløbige vedtægtsændringer eftersendes.

### Indstilling

Social og Sundhedsdirektøren indstiller, at Sundhedsudvalget:

1. drøfter udkastet til vedtægter
2. tager stilling til, om der ønskes politisk repræsentation i bestyrelsen.

### Tidligere beslutninger:

.

### Beslutninger:

Udkast til vedtægter drøftet.

Såfremt Frivilligcenteret ønsker politisk repræsentation i bestyrelsen, er Sundhedsudvalget positivt stillet her overfor.

### Bilag

3. Udkast til vedtægter for frivilligcenter - med vandmærke (1262411 - EMN-2016-00382)

## 10 (Lukket) **Udvalgsformanden orienterer**

### **Beslutninger:**

Orienteringen taget til efterretning.