FREDERIKSHAVN KOMMUNE

Referat Sundhedsudvalget

Ordinært møde

Mødetidspunkt: 04-10-2016 15:30

Mødeafholdelse: lokale 0.28

NB.

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

Fraværende: Flemming Rasmussen (DF)

Stedfortrædere:

Indholdsfortegnelse

Sundhedsudvalget

04-10-2016 15:30

1 (Åben) Dialogmøde med FIT DEAL....3

2 (Åben) Dialogmøde med julehjælpsuddelerne....4

3 (Åben) Redegørelse for brug af § 18 - tilskud til frivilligt socialt arbejde i 2014....5

4 (Åben) SUU - budgetopfølgning 310816....7

5 (Åben) Opfølgning på foranalyse konkurrenceudsættelse af Træningscenter Phønix....9

6 (Åben) Pladsmangel på Træningscenter Phønix....14

7 (Åben) Sundhedspolitik 2017 - 2020 - Indtryk fra møder med interessenter....16

8 (Åben) Aftale om satspuljen på sundheds- og ældreområdet for 2016 - 2019....18

9 (Åben) Revideret sundhedsaftale på Hjerte Kar området....22

10 (Åben) TeleCareNord KOL - reviderede henvisningskriterier....24

11 (Åben) Orientering om TeleCare Nord Hjertesvigt....26

12 (Åben) Orientering om PLO´s udspil På patientens vegne....29

13 (Åben) Orientering om ventetider i Den Kommunale Tandpleje....31

14 (Åben) Sygefraværsstatistik august 2016 SUU....32

15 (Åben) Fastlæggelse af mødeplan for Sundhedsudvalget 2017....33

16 (Lukket) Udvalgsformanden orienterer....35

1 (**Åben**) **Dialogmøde med FIT DEAL**

Sags ID: EMN-2016-02426

Sagsbehandler: Louise Pedersen
Ansvarligt center: Sundhed og Pleje

Beslutningskompetence
SUU

Sagsfremstilling
Jf. Sundhedsudvalgets beslutning i møde den 7. juni 2016 er FIT DEAL inviteret til et dialogmøde om samarbejdet mellem sundhedsområdet og FIT DEAL.

FIT DEAL kommer til stede kl. 15.30-16.00, - 2-3 personer deltager fr FIT DEAL.

Fagkonsulent Birgitte Kvist og administrativ assistent Louise Pedersen deltager under punktet.

Indstilling
-

Tidligere beslutninger:
.

Beslutninger:
Dialogmødet blev afholdt med deltagelse af 3 personer fra FIT Deal:
Hasse Kristensen, Henrik Carlsen og Birgitte Mathiasen.

Der aftales et dialogmøde mellem Fit Deal og forvaltningen for at afdække muligheder for samarbejde mellem Fit Deal og sundhedsområdet.

Fraværende: Flemming Rasmussen.

Bilag

2 (**Åben**) **Dialogmøde med julehjælpsuddelerne**

Sags ID: EMN-2016-02426

Sagsbehandler: Louise Pedersen
Ansvarligt center: Sundhed og Pleje

Beslutningskompetence
SUU

Sagsfremstilling
Jf. Sundhedsudvalgets beslutning i møde den 7. juni 2016 er julehjælpsuddelerne

- Dansk Folkehjælp
- Frelsens Hær Frederikshavn
- Frelsens Hær Skagen
- Dansk Røde Kors

inviteret til et dialogmøde om samarbejdet vedr. julehjælp kl. 16.00-16.30.

Dansk Folkehjælp deltager med en person
Frelsens Hær Frederikshavn deltager med en person.

Fagkonsulent Birgitte Kvist og administrativ assistent Louise Pedersen deltager under punktet.

Indstilling
-

Tidligere beslutninger:
.

Beslutninger:
Dialogmødet gennemført med deltagelse af Erik Sørensen, Dansk Folkehjælp og Inge Lise Larsen, Frelsens Hær, Frederikshavn.

Fraværende: Flemming Rasmussen.

Bilag

3 (**Åben**) **Redegørelse for brug af § 18 - tilskud til frivilligt socialt arbejde i 2014**

Sags ID: EMN-2016-00348

Sagsbehandler: Louise Pedersen
Ansvarligt center: Sundhed og Pleje

Beslutningskompetence
SUU

Sagsfremstilling
Administrationen har modtaget den seneste redegørelse fra Ankestyrelsen, som viser, hvordan de økonomiske midler til frivilligt socialt arbejde er anvendt i kommunerne. Den seneste redegørelse viser anvendelse af § 18 tilskud i 2014.

I nedenstående skema ses den procentvise fordeling i Frederikshavn Kommune sammenlignet med fordelingen på landsplan. På ældre- og børn, unge og familieområdet ligger Frederikshavn Kommunes uddeling højere end på landsplan. På de øvrige områder ligger Frederikshavn Kommune tæt på landsgennemsnittet.

	Frederikshavn		%	Landsplan		%
Ældre	kr.	478.860	27	kr.	2.887.475	21
Børn, unge og familier	kr.	392.060	22	kr.	15.438.482	11
Kvinder eller mænd i krise	kr.	10.000	1	kr.	6.023.679	4
Handicappede	kr.	108.500	6	kr.	7.310.251	5
Misbrugere eller tidligere misbrugere	kr.	65.000	4	kr.	7.373.590	5
Hjemløse	kr.	-		kr.	2.697.049	2
Sindslidende	kr.	178.000	10	kr.	11.903.834	9
Sygdomsgrupper	kr.	119.200	7	kr.	9.743.687	7
Flygtninge/indvandrere	kr.	63.000	4	kr.	10.498.689	8
Ensomme	kr.	42.000	2	kr.	4.545.781	3
Ofre for vold eller seksuelle overgreb	kr.	-		kr.	595.885	0
Pårørende til ovennævnte grupper	kr.	-		kr.	1.039.199	1
Andre	kr.	324.500	18	kr.	31.779.762	23
		1781120	100	**kr.**	**137.837.363**	100

Som det fremgår af rapporten har Frederikshavn Kommune uddelt 96 % af det tildelte bloktilskud i 2014. Administrationen forsøger hvert år at uddele 100 % af § 18 tilskuddet men modtager også hvert år tilskud retur fra foreninger, som ikke har afholdt den ansøgte aktivitet, eller kun har brugt tilskuddet delvist. Tilskud, som kommer retur fra foreningerne, overføres til puljen det efterfølgende år

Indstilling
Social- og Sundhedsdirektøren indstiller, at Sundhedsudvalget tager orienteringen til efterretning.

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:
Taget til efterretning.

Fraværende: Flemming Rasmussen.

Bilag

- paragraf 18 redgørelse 2014 - seneste (1384647 - EMN-2016-00348)

4 (**Åben**) **SUU - budgetopfølgning 310816**

Sags ID: EMN-2016-02576

Sagsbehandler: Børge Arthur Hansen
Ansvarligt center: Center for Økonomi og Personale

Beslutningskompetence
SUU

Sagsfremstilling
Center for økonomi og personale har i samarbejde med Centerchefer og Direktør foretaget budgetopfølgning pr. 31 august 2016 for Sundhedsudvalgets område. Heri er budget, forbrug og andre budgetforudsætninger (mængder og priser) gennemregnet.
På det grundlag er der udarbejdet en redegørelse (se bilag), som ikke omfatter en fuldstændig beskrivelse af udvalgets budgetområde, men kun de omkostningssteder/aktiviteter, hvor der er udsigt til væsentlige afvigelser, eller områder af stor betydning for kommunens samlede økonomi.

Sundhedsudvalgets korrigerede driftsbudgetramme udgør pr. 31. august 2016 332,2 mio. kr. ekskl. overførte overskud fra 2015 (hensat på bankbøger). Det forventede regnskabsresultat pr. 31. august 2016 er opgjort til 332,2 mio.kr. og dermed forventes balance mellem budget og forbrug.

Sundhedsudvalgets korrigerede anlægsbudgetramme udgør pr. 31. august 2016 1,5 mio. kr. og de forventede udgifter estimeres til 1,5 mio. kr. ekskl. overførte overskud fra 2015 (hensat på bankbøger).

De hensatte beløb på bankbøger både under drift og anlæg indgår ikke i budgetopfølgningens estimater og konklusioner, idet disse, iht. økonomiudvalgets beslutning, ikke er en forbrugsmulighed i 2016, og henstår alene som en evt. fremtid option. Følgende beløb henstår fra 2015:
(Drift - overført overskud fra 2015 (bankbøger) 3,3 mio. kr.)
(Anlæg - overført overskud fra 2015 1,5 mio. kr.)

Indstilling
Social- og Sundhedsdirektøren indstiller:

At Sundhedsudvalget tager budgetopfølgningen til efterretning, og fremsender denne til videre behandling i Økonomiudvalget.

Tidligere beslutninger:
.

Beslutninger:
Budgetopfølgningen taget til efterretning, og fremsendes til Økonomiudvalget til videre behandling.

Fraværende: Flemming Rasmussen.

Bilag

- SUU budgetopfølgning 310816 (1418889 - EMN-2016-02576)

5 (**Åben**) **Opfølgning på foranalyse konkurrenceudsættelse af Træningscenter Phønix**

Sags ID: EMN-2016-00525

Sagsbehandler: Birgitte Kvist
Ansvarligt center: Kontrakt og Tilsynsenheden

Beslutningskompetence
SUU

Sagsfremstilling

Opfølgning på "Foranalyse konkurrenceudsættelse Træningscenter Phønix" med yderligere beskrivelse af model 2

Sundhedsudvalget behandlede foranalysen vedr. konkurrenceudsættelse af Træningscenter Phønix på udvalgsmøde d. 10. maj 2016.

Udvalget ønsker, at der arbejdes videre med model 1, og at mulighederne i model 2 undersøges nærmere.

Model 1) Samarbejdsmodel – spidsbelastningsmodel

Modellen indebærer, at de kommunale træningscentre i videst muligt omfang træner med alle borgere. Såfremt borgere med basale problemstillinger ikke kan tilbydes opstart på deres genoptræning rettidigt, er der mulighed for, at borger kan vælge at modtage træningen hos privat leverandør hvor Frederikshavn Kommune har indgået aftale.

Modellen er velkendt fra sundheds/sygehusvæsen som model til nedbringelse og fastholdelse af lav ventetid. Dette er Frederikshavn Kommunes nuværende ordning.

Model 2) Udbud på udvalgte opgaver

Med model 2 udbydes specifikke diagnoser (f.eks. skulder eller hofte) eller områder (f.eks. vedligeholdende træning) til privat leverandør. Denne model er velkendt fra andre kommuner. Her vælges ofte udbud på monofaglige, ukomplekse opgaver.

Der er mulighed for at private leverandører såvel som den kommunale leverandør kan byde ind på den enkelte opgave eller hele leverancen.

Fra rapporten: TRÆNINGSCENTER PHØNIX, budgetbemærkninger om konkurrenceudsættelse og inddragelse af fremmed aktør ligger et skema med beskrivelser af fordele, ulemper mm. vedr. model 2 – **vedlagt som bilag 1**

Arbejdsgruppen skal gøre opmærksom på lovgivningsmæssige forhold omkring frit valg på sundhedsloven § 140. Hvis man etablerer tilbud (på specifikke diagnosegrupper) ved

privat leverandør i optageområde Phønix, har alle kommunens borgere have ret til at vælge dette tilbud. (se bilag 2 Genoptræning §140)

Lovgivning på området

Træningsområdet udfører følgende ydelser på baggrund af bevilling fra Center for Social og Sundhedsmyndighed:

- Genoptræning efter sygehusindlæggelse jf. Sundhedsloven § 140
- Genoptræning uden forudgående sygehusindlæggelse jf. Serviceloven § 86 stk. 1
- Vedligeholdelsestræning jf. Serviceloven § 86 stk.2
- Fysio- og ergoterapeutisk vejledning og instruktion jf. Serviceloven § 86 stk. 1 og 2

Herudover udfører træningsområdet følgende ydelser:

- Fysisk træning og undervisning i forbindelse med rehabiliteringstilbud til borgere med kroniske lidelser i form af KOL, kræft, diabetes og hjerte-kar-sygdomme jf. sundhedsloven § 119
- Sundhedsfremmende holdtræning til udvalgte målgrupper jf. sundhedsloven § 119

Vedlagt som bilag 2: lovgivning på træningsområdet

Baggrund for udvælgelse af træningsopgaver der kan varetages af privat leverandør

Ud fra et borgerperspektiv og på baggrund af en faglig vurdering, er der lavet en beskrivelse af de områder/ borgerkategorier, som arbejdsgruppen, som består af ledere og medarbejdere fra både Center for Social og Sundhedsmyndighed og fra Center for Sundhed og Pleje vurderer bedst egnet til udflytning fra Træningscenter Phønix til leverance hos private aktører.

I denne vurdering er der ikke taget hensyn til økonomi og administrative problematikker ej heller til de personalemæssige konsekvenser en udflytning af opgaver kan have. Alligevel skal der være opmærksomhed på, at nogle af de grupper der peges på, også er de grupper, der er mest omkostningseffektive ift. produktion og drift af træningscenter Phønix.

For at sikre at borgerene fortsat oplever en høj grad af koordinering og et højt kompetenceniveau i udførslen af de mere komplekse genoptræningsforløb, er der lagt vægt på, at det er monofaglige fysioterapeutiske indsatser med grupper af en vis volumen, der lægges ud. Hvilket også er vigtigt at have med i overvejelserne, når der skal træffes beslutning om hvor mange leverandører, der ønskes på de enkelte områder. Herudover er der lagt vægt på, at borgergrupperne i nogen grad er kendt i regi af de private fysioterapeuter.

Indsatser, der kræver samtidig koordinering fra flere faggrupper vurderes ud fra et borgerperspektiv og en faglig vurdering til fortsat at skulle varetages af kommunens træningscenter.

Opgaver der vurderes at kunne flyttes fra Træningscenter Phønix

Træningsopgaverne er uddybet i **vedlagt bilag 3 - beskrivelse af opgaverne:**

Opgaver omfattet af både sundhedsloven § 119 og § 140 - hvor der er frit valg mellem kommunens etablerede tilbud

- Træning før operation – Slidgigt i knæet

- **Opgaver omfattet af sundhedsloven § 140 – hvor der er frit valg mellem kommunens etablerede tilbud** Skulderproblematikker

- Nakke/rygproblematikker

- Efter kikkertoperation i knæ – f.eks. menisk og korsbåndsskader

Opgaver omfattet af servicelovens § 86, stk. 2

- Vedligeholdelsestræning

I forbindelse med udflytning af opgaver til privat leverandør skal der være fokus på følgende problematikker:

Forsyningsforpligtelsen:
Kommunen har forsyningsforpligtelsen, og skal til en hver tid kunne overtage opgaven. Derfor skal der være fokus på, at Træningscenter Phønix mister de specifikke kompetencer for de opgaver der bliver flyttet ud. Særlig betydning har det for opgaver under sundhedsloven § 140, hvor det også må antages at have indflydelse på de kommunale træningscentre i Skagen og Sæby, idet det må forventes at også borger herfra vil benytte sig af det frie valg, og dermed påvirke de samlede kompetencer i det kommunale træningsområde.

Journalsystem
Visitationen i Center for Social og Sundhedsmyndighed har for nuværende en større administrativ opgave forbundet med visitering til de private fysioterapeuter, idet disse ikke har adgang til det kommunale anvendte journalsystemet CSC. Hvis flere opgaver skal lægges ud til private leverandører, er det nødvendigt at disse, på linje med de private leverandører på hjemmepleje, også have adgang til journalsystemet CSC. I kontrakten skal det fremgå, om leverandørerne selv skal investere i dette eller om kommunen financierer det og stiller det til rådighed.

Arbejdsopgaver for Visitationen i Center for Social og Sundhedsmyndighed
Der skal være opmærksomhed på, at der er forskellige visitationsretningslinjer indenfor områder, målgrupper, diagnoser mm, gør det kompliceret for borger og visitator.
Hvis opgaver under sundhedsloven § 119 (nogle af borgerne med slidgigt i knæet) skal udbydes til privat leverandør, vil det betyde at Visitationen, vil få en ny opgave, idet disse i øjeblikket sendes direkte til Træningscentrene uden visitering.

Fordeling mellem almene og specialiserede genoptræningsplaner
Træningscenter Phønix har et godt ry blandt både borgere og samarbejdspartnere. Det gode omdømme blandt de regionale samarbejdspartnere er væsentlig for at Frederikshavn Kommune får det antal almene grenoptræningsplaner som vi gør. I 2015 var fordelingen mellem almene genoptræningsplaner/ specialiserede genoptræningsplaner 88/12. Det er udskrivende læge, der vurderer om borgeren udskrives til kommunen med en almen genoptræningsplan, eller bibeholdes i sygehus regi med en specialiseret genoptræningsplan. Skades omdømmet vil det kunne få konsekvenser for den kommunale medfinansiering.

Vedr. udbudsform:
Såfremt det besluttes, at flytte opgaver fra Træningscenter Phønix til privat leverandør, skal der træffes beslutning om udbuddets form, og hvor mange leverandører kommunen vil indgå aftale med. Kommunale opgaver kan varetages uden at fysioterapeuten har et ydernummer. Det kræver derfor stillingtagen til, om det kun er klinikker med ydernummer, der er placeret i Træningscenter Phønix geografiske område, der skal have tilbuddet om at varetage Træningscenter Phønix opgaver, eller er det muligt for andre aktører, der udbyder fysioterapi at få mulighed for at løse opgaven.

Kørselsudgifter
Udflytning af opgaver efter serviceloven § 86 og sundhedsloven § 140 kan have indflydelse på udgifterne til kørsel, (borger der er berettiget til kørsel, har ret til kørsel eller kørselsgodtgørelse til nærmeste etablerede tilbud).

Personalemæssige og økonomiske konsekvenser
Området er i dag rammestyret og en eventuel udflytning af opgaver til private leverandører må forventes at få indflydelse på den økonomiske ramme, herunder også ansættelsesmæssige konsekvenser for personalet i træningscentrene.

Sundhedsudvalget sender indstillingen til høring i Ældreråd, Handicapråd samt til udtalelse i lokal MED og Center MED inden endelig behandling.

Områdeleder Susanne Thaarup deltager under punktet.

Indstilling
Social- og Sundhedsdirektøren indstiller at Sundhedsudvalget beslutter:

1. Om der skal laves økonomiske beregninger på en eller flere diagnosegrupper eller lovområder, inden der tages stilling til en evt. udflytning af opgaver til private leverandører.
   Følgende diagnosegrupper/lovområder er nævnt:
   - Skulderproblematikker
   - Nakke/rygproblematikker
   - Træning før operation – Slidgigt i knæet
   - Efter kikkertoperation i knæ – f.eks. menisk og korsbåndsskader
   - Vedligeholdelsestræning

Såfremt der ikke ønskes økonomiske beregninger på et eller flere diagnosegrupper/lovområder, inden endelig stillingtagen til et udbud, Indstilles at Sundhedsudvalget træffer beslutning:

2. Om en eller flere diagnosegrupper/lovområder skal sættes i udbud til varetagelse hos private leverandører, eller om Sundhedsudvalget fravælger at arbejde videre med Model 2 i forhold til konkurrenceudsættelse af opgaver fra Træningscenter Phønix

3. Om hvilke af ovennævnte diagnosegrupper/lovområder der skal udbydes til varetagelse hos private leverandører

Såfremt der træffes beslutning om at udbyde specifikke opgaver til private leverandører, indstilles at Sundhedsudvalget beslutter:

4. Om opgaverne skal udbydes til én eller flere leverandører, herunder om én eller flere leverandører skal varetage den enkelte opgave

5. Om den/de private leverandører skal være fysisk placeret i træningscenter Phønix geografiske optageområde

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

For at afhjælpe kapacitetsproblemet på Phønix ønsket udvalget, at et antal forløb lægges ud til private leverandører. Administrationen udarbejder et høringsoplæg med det udgangspunkt.

Fraværende: Flemming Rasmussen.

Bilag

- Bilag 1 - fordele, ulemper (1422920 - EMN-2016-00525)
- Bilag 2 Lovgivning på træningsområdet (1422921 - EMN-2016-00525)
- Bilag 3 - beskrivelse af opgaverne (1422922 - EMN-2016-00525)

6 (**Åben**) **Pladsmangel på Træningscenter Phønix**

Sags ID: EMN-2016-02543

Sagsbehandler: Marianne Skrubbeltrang
Ansvarligt center: Sundhed og Pleje

Beslutningskompetence
SUU

Sagsfremstilling
De fysiske rammer på Træningscenter Phønix er under stort pres, og der er en akut situation som skal tages hånd om. Den fortsatte aktivitetsstigning gør situationen på Phønix uholdbar med fare for at borgere ikke kommer til rettidigt, og at medarbejderne bliver syge. En evt. politisk beslutning af at flytte opgaver væk fra Phønix kræver tid og vil muligvis på lang sigt kunne afhjælpe noget af problematikken. Det løser dog ikke problemet her og nu.

Der er aktivitetsstigning på alle områder både henvisninger efter sygehusindlæggelse og efter henvendelse fra borger/egen læge/øvrige samarbejdspartnere.
På kronikerrehabiliteringsområdet er der en markant stigning på hjerterehabilitering og cancerrehabilitering hvilket gør, at der skal oprettes flere holdtræningstider.

Vi kan pege på følgende midlertidige løsninger på den akutte pladsproblematik:

a) Borgerene motiveres til at træne i Sæby eller Skagen. Det kræver, at borger med krav på kørsel kan bevilliges dette til det ønskede træningscenter og ikke kun det nærmeste. Det kan få indflydelse på kørselsbudgettet

b) Lokalet frigivet fra flytningen af fristedet på Kastanjegården omdannes hurtigst muligt til træningssal til brug for både Kastanjegårdens beboere og ambulante borgere. Al den holdtræning, der er muligt at flytte fra Phønix, flyttes til Kastanjegården. Dette kræver midler til indretning af det tomme lokale på Kastanjegården.

Der ønskes en stillingtagen til, hvordan vi kan afhjælpe den meget tilspidsede situation på Phønix. Der er tale om en midlertidig løsning for det næste halve

år, idet ingen af løsningsforslagene i tilstrækkelig grad vil kunne afhjælpe pladsmanglen på Træningscenter Phønix.

Sagen høres i Ældrerådet, Handicaprådet og sendes til orientering i Socialudvalget.

Indstilling
Social og Sundhedsdirektøren indstiller, at Sundhedsudvalget:

- drøfter løsning a og b
- Beslutter, hvilken løsning, der vælges.

Tidligere beslutninger:
Udvalg: Ældrerådet **Dato:** 26-09-2016

Ældrerådets høringssvar:
Ældrerådet støtter den midlertidige løsning med anvendelse af frigivet træningssal på Kastaniegården, dog under forudsætning af, at det ikke giver gener for de borgere, der har midlertidigt ophold på Kastaniegården.

Udvalg: Handicaprådet **Dato:** 26-09-2016
Handicaprådet peger på løsning a.

Fraværende: Susanne Jensen, Aksel Jensen - i stedet mødte Børge Bondeven Frederiksen, Rikke Løgtved Bruus – i stedet mødte Dorthe Smidt, Irene Hjortshøj – i stedet mødte Birthe Pedersen.

Beslutninger:
Udvalget følger model A.

Fraværende: Flemming Rasmussen.

Bilag

- Antal træningsforløb 2011 - 2016 (1414543 - EMN-2016-02543)

7 (**Åben**) **Sundhedspolitik 2017 - 2020 - Indtryk fra møder med interessenter**

Sags ID: EMN-2016-00269

Sagsbehandler: Marianne Skrubbeltrang
Ansvarligt center: Sundhed og Pleje

Beslutningskompetence
SUU

Sagsfremstilling
Sundhedsudvalget har på mødet den 9. februar 2016 besluttet at igangsætte en proces, der fører frem mod den kommende Sundhedspolitik for perioden 2017 – 2020.

Sundhedsudvalget har på mødet den 16. august 2016 godkendt "Sundhed med lyst til livet!", som er udkastet til ambition og pejlemærker.

I øjeblikket afprøves ambition og pejlemærker i en dialog med borgere om sundhed på følgende møder:

- 20.09.2016: Ældrerådet, Handicaprådet, Integrationsrådet og Det fysiske Sundhedspanel
- 27.09.2016: Borgermøde i Skagen – afholdes på Karstensens Skibsværft
- 04.10.2016: Borgermøde i Sæby – afholdes på Roblon
- Det elektroniske sundhedspanel
- 12.10.2016: Møde med de frivillige – afholdes på L.P. Houmøllersvej.
- 25.10.2016: Borgermøde i Frederikshavn – afholdes på MAN Diesel og Turbo

Formand og næstformand orienterer om indtryk fra møderne.

Indstilling
Social- og Sundhedsdirektøren indstiller, at Sundhedsudvalget tager orienteringen til efterretning.

Tidligere beslutninger:
.

Beslutninger:
Taget til efterretning.

Fraværende: Flemming Rasmussen.

Bilag

8 (**Åben**) **Aftale om satspuljen på sundheds- og ældreområdet for 2016 - 2019**

Sags ID: EMN-2016-02086

Sagsbehandler: Marianne Skrubbeltrang
Ansvarligt center: Sundhed og Pleje

Beslutningskompetence
SUU

Sagsfremstilling
Resumé
I oktober 2015 blev en satspuljeaftale på sundheds- og ældreområdet til 874,3 millioner kr. forhandlet på plads i Sundheds- og Ældreministeriet.
Svage ældre, demente og mennesker med psykiske problemer er nogle af de grupper, som får glæde af midler fra satspuljen 2016-2019.
Sundhedsudvalget orienteres her om aftalen for 2016 – 2019.

Satspuljeaftalen for 2016 - 2019
Regeringen, Socialdemokraterne, Dansk Folkeparti, Liberal Alliance, Alternativet, Radikale Venstre, Socialistisk Folkeparti og Det Konservative Folkeparti indgik i oktober 2015 en ny satspuljeaftale på sundhedsområdet.

Med aftalen blev partierne enige om at fordele midler fra satspuljen over de næste fire år til indsatser, der bl.a. skal komme de svageste ældre og demente til gavn.

Der er afsat i alt 470 millioner kr. til en national handlingsplan for demens, som skal give demente og deres pårørende et bedre liv. Og 20 millioner kr. til en pulje, som blandt andre kommuner, frivillige foreninger mv., kan søge om midler fra til aktiviteter, der skal øge livskvaliteten hos de mere end 40.000 ældre, der i dag bor på plejehjem eller i plejebolig.

Med udgangspunkt i beboernes behov og muligheder kan aktiviteterne bl.a. bidrage til at styrke den personlige og sociale trivsel på plejecentrene. Aktiviteterne kan eksempelvis være centreret omkring gode måltider, naturoplevelser, kulturelle tilbud eller besøgshunde, som kan stimulere og aktivere beboernes følelser og lysten til at kommunikere.

Der er også afsat 100 millioner kr. af til, at beboere på plejehjem kan få tilknyttet faste læger, og 29 millioner kr. til, at sårbare ældre kan få opfølgende hjemmebesøg.

Satspuljepartierne har desuden afsat midler til en række forebyggelsesinitiativer. Det gælder eksempelvis 30 millioner kr. til sundhedstjek, der har til formål at opfange tegn på

sygdom og øge opmærksomheden om risikofaktorer, som eksempelvis kan motivere til at leve sundere.

Derudover er der afsat 25 millioner kr. til stofindtagelsesrum, hvor stærkt afhængige misbrugere over 18 år kan indtage deres medbragte stoffer under hygiejniske forhold og under overvågning af kvalificeret personale, der kan gribe ind og hjælpe ved overdoser.

En del af pengene fra dette års satspulje øremærkes til indsatser rettet mod mennesker med psykiske problemer.

Telefonrådgivningstjenesten for selvmordstruede 'Livslinien' får 5 millioner kr. til at videreføre sin natåbning, og foreningen 'Det Sociale Netværk' bevilges 1 millioner kr. til at arrangere næste års psykiatritopmøde, som bl.a. er med til at opbygge viden og udveksle erfaringer om psykiatrien generelt set.

Derudover tildeles kampagnen 'EN AF OS', der bl.a. har til formål at afstigmatisere psykisk sygdom, midler til at fortsætte sit arbejde med at fjerne de tabuer og negative opfattelser, der alt for ofte kobles til mennesker med psykiske lidelser.

Fakta om satspuljeaftalen:
Med satspuljeaftalen er der i alt afsat 874,3 millioner kr. til følgende initiativer på sundheds- og ældreområdet:

- National handlingsplan for demens 2025: 470 mio. kr. (2016-2019)
- Faste plejehjemslæger: 100 mio. kr. (2016-2019)
- Pulje til styrket sammenhæng for de svageste ældre: 82,4 mio. kr. (2016-2017)
- Sundhedstjek: 30 mio. kr. (2016-2019)
- Opfølgende hjemmebesøg for sårbare ældre: 29 mio. kr. (2016-2019)
- Stofindtagelsesrum: 25 mio. kr. (2016-2017)
- Pulje til livskvalitet på plejehjem: 20 mio. kr. (2016-2019)
- Screening for cystisk fibrose: 14,8 mio. kr. (2016-2019)
- Projekt 'I sikre hænder': 14 mio. kr. (2016-2018)
- Videreførelse af forebyggelsesindsatsen i forhold til seksuel og reproduktiv sundhed for unge: 10,6 mio. kr. (2017-2018
- Erstatningsordning til andenhånds-eksponerede asbestofre: 10 mio. kr. (2016 og frem)
- Styrket indsats for børn og unge som pårørende: 9 mio. kr. (2016-2018)
- Pulje til forebyggelse af narkotikadødsfald med udlevering af modgiften Naloxon: 8 mio. kr. (2016-2018)
- Pulje til kompliceret sorg: 8 mio. kr. (2016-2019)
- Kultur på recept: 8 mio. kr. (2016-2019)
- Forskning i HPV-vaccinens bivirkninger: 7 mio. kr. (2016-2018)

- Børnehospice – Sankt Lukas Stiftelsen: 6 mio. kr. (2016-2018)
- Tilskud til Danske Hospitalsklovne i psykiatrien: 6 mio. kr. (2016-2019)
- Videreførelse af kampagnen 'EN AF OS': 6 mio. kr. (2017-2019)
- Telefonrådgivningstjenesten for selvmordstruede 'Livslinien': 5 mio. kr. (2016-2019)
- Nationale kliniske retningslinjer målrettet de svageste ældre patienter: 3 mio. kr. (2017-2018)
- Udbredelse af akuthjælpeordning: 1,5 mio. kr. (2016)
- Det Sociale Netværk – afholdelse af Psykiatritopmøde 2016: 1 mio. kr. (2016

Uddybning af de enkelte initiativer kan ses i bilaget: *Aftale om satspuljen på sundheds- og ældreområdet for 2016 – 2019.*
I slutningen af 2016 forhandles der igen satspulje.

Administration af ansøgningspuljerne på sundheds- og ældreområdet
Sundheds- og Ældreministeriet udbyder puljer, men den største del administreres af Sundhedsstyrelsen. Der kan dog også være puljer, som udbydes af Socialstyrelsen. Dette gælder områder indenfor psykiatri- og misbrugsområdet.

Sundheds- og Ældreministeriet og Sundhedsstyrelsen udarbejder IKKE fremadrettede oversigter over de puljer, der er på vej. Når puljerne er færdigbeskrevet offentliggøres de løbende via deres nyhedsbreve..
Socialstyrelsen udmelder, som noget nyt, ansøgningspuljer via bekendtgørelser. Puljebekendtgørelserne forvarsles 6 – 8 uger før udmelding.

Administrationen følger løbende de ansøgningspuljer der kommer, og vurderer relevans ud fra følgende kriterier:

- Strategisk prioritering af projekterne, så de udvalgte understøtter organisationens overordnede strategi
- Sikring af balance mellem projekter og drift
- Sikring af, at projektledelse bliver forandringsledelse
- Resursetræk contra udbytte

Ældrerådet og Handicaprådet orienteres om satspuljeaftalen.

Indstilling
Social og Sundhedsdirektøren indstiller at Sundhedsudvalget og Socialudvalget

- orienteres om satspuljeaftalen for 2016 – 2019

Tidligere beslutninger:
Udvalg: Socialudvalget **Dato:** 04-10-2016

Orienteringen taget til efterretning.

Fraværende: Helle Madsen.

Beslutninger:
Taget til efterretning.

Fraværende: Flemming Rasmussen.

Bilag

- Notat om screening af puljer på sundheds- og ældreområdet medio september 2016 (1412631 - EMN-2016-02086)

9 (**Åben**) **Revideret sundhedsaftale på Hjerte Kar området**

Sags ID: EMN-2013-01375

Sagsbehandler: Birgitte Kvist
Ansvarligt center: Sundhed og Pleje

Beslutningskompetence
SUU

Sagsfremstilling

Orientering om ny sygdomsspecifik sundhedsaftale på hjerte-kar området
Der har i siden 2009-2010 været indgået en Sygdomsspecifik Sundhedsaftale på Hjerte-Karområdet med alle kommuner. Denne er en del af Den Tværsektorielle Grundaftale. Aftalen beskriver den stratificering, der er i forhold til behandlings- og rehabiliteringstiltagene. I den akutte fase 1, ligger ansvaret i sekundær sektor, i fase 2 har der altid været er delt ansvar mellem primær og sekundær sektor, og i fase 3 ligger ansvaret overvejende i primær sektor.

Det nye er, at der - på baggrund af en pilotafprøvning i Sygehus Vendsyssel og Brønderslev Kommune samt 2 års erfaringer med samarbejdet om sammenhængende hjerterehabilitering i Hjørring og Frederikshavn Kommune og Sygehus Vendsyssel - er udarbejdet en konkretisering af stratificeringen i fase II, som tager afsæt i:

- et sammenhængende forløb på tværs af sygehuse og kommuner og en individuel og social differentieret vurdering af patientens behov.
- at alle patienter starter hjerterehabiliteringen på sygehuset med en samtale, hvor der foretages en individuel vurdering af, hvorvidt patienten skal henvises til fuld hjerterehabilitering i kommunen, eller om patienten skal modtage elementer af hjerterehabiliteringen i kommunen og elementer på sygehuset. Endelig vurderes det, om der er særlige indikationer, der gør, at patienten skal modtage den fulde hjerterehabilitering på sygehuset.
- det lægefaglige ansvar ligger på sygehuset under hele forløbet, og kommunen kan kontakte kardiologisk afdeling efter behov. Først ved afslutning af forløbet overgår det lægefaglige ansvar til egen læge.
- at det er præciseret, at regionen påtager sig opgaven med videndeling og rådgivning fx i form af undervisningsdage, faglige temadage og faglige besøg med henblik på at give adgang til kardiologisk viden, og at kommunerne ligeledes stiller sig til rådighed for faglige besøg og videndeling.

Aftalen omfatter patienter med iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og hjerteklapsygdomme, der har fået en hjertesygdom, de skal lære at leve med.

Indstilling

Social og Sundhedsdirektøren indstiller at Sundhedsudvalget tager orienteringen til efterretning

Tidligere beslutninger:
.

Beslutninger:
Taget til efterretning.

Fraværende: Flemming Rasmussen.

Bilag

- Samlet_Sundhedsaftale - Hjerte-Kar 2016.ashx (1414206 - EMN-2013-01375)

10 (**Åben**) **TeleCareNord KOL - reviderede henvisningskriterier**

Sags ID: PRJ-2016-00014

Sagsbehandler: Birgitte Kvist
Ansvarligt center: Sundhed og Pleje

Beslutningskompetence
SUU

Sagsfremstilling

Orientering om fortsatte drift af TeleCare Nord og de nye henvisningskriterier.

TeleCare Nord KOL var et telemedicinsk projekt i regi af den nordjyske sundhedsaftale og alle de nordjyske kommuner, PLO Nordjylland og de nordjyske sygehuse deltog i projektet, som nu fortsætter som drift.

TeleCare Nord KOL havde inkluderet 1225 patienter med KOL i forskellig sværhedsgrad fra let/moderat KOL til meget svær KOL. Med forskningsresultaterne fra den sundhedsøkonomiske forskning fandtes, at der var en sandsynlighed for sundhedsøkonomiske gevinst ved subgruppen af patienter med svær KOL. På den samlede gruppe derimod var resultatet, at telemedicin var dyrere.

Forskningsresultaterne er i overensstemmelse med fund i andre internationale forskningsforsøg, hvor der primært ses en sundhedsøkonomisk gevinst for patienter med KOL i svær grad - og til dels meget svær grad.

På de patientnære effekter, herunder livskvalitet, var resultatet på den samlede gruppe, at livskvaliteten faldt, men at den faldt mindre i interventionsgruppen, dvs. gruppen som modtog telemedicin. Der fandtes igen i subgruppen af patienter med svær KOL, at livskvaliteten steg i gruppen, som modtog telemedicin.

På tværs af hele gruppen af patienter som modtog telemedicin, var resultatet, at disse oplevede en øget tryghed.

På baggrund af forskningsresultaterne og de opsamlede erfaringer igennem projektforløbet har arbejdsgruppen udarbejdet oplæg til reviderede kriterier for henvisning af patienter og borgere til TeleCare Nord KOL i fortsat drift.

Kriterierne for henvisning er udarbejdet efter nyeste klassifikationsmodel; kombineret vurdering af stabil KOL modificeret fra GOLD guidelines, hvor patienter inddeles i kategorierne A,B,C og D efter symptomgrad og risikograd**.**
Den reviderede sygdomsspecifikke sundhedsaftale for KOL, som er under udarbejdelse, vil indeholde samme klassifikationsmodel.

Det er i regi af arbejdsgruppen drøftet hvilke patienter / borgere, der med afsæt i forskningsresultater og erfaringer bør tilbydes telemedicin

fremadrettet. Anbefalingen er, at kriterierne bør omfatte borgere / patienter i gruppe D og / eller patienter i iltbehandling. Dette omfatter dermed patienter og borgere som efter tidligere stratificering blev klassificeret til at have svær KOL, og borgere som er i høj risiko for indlæggelser.

I sammenhæng til denne drøftelse ses fra kommunal side perspektiver i fremadrettet at arbejde med muligheden for at tilbyde telemedicin til borgere med let grad af KOL ud fra et forebyggende perspektiv, hvor man tror på, at der kan forebygges i en tidligere indsats. Området må fortsat betragtes som et udviklingsområde, hvor der fortsat kan undersøges muligheder for anvendelsen af telemedicin for borgere med KOL. Samtidig bør implementering været et fremadrettet fokus.

Der kan blive behov for at revurdere inklusionskriterierne, da der arbejdes med nationale retningslinjer i forbindelse med national udrulning af hjemmemonitorering til patienter med KOL.

Henvisningskriterierne for TeleCare Nord KOL er vedlagt i bilag

Indstilling
Social og Sundhedsdirektøren indstiller at Sundhedsudvalget tager orienteringen til efterretning

Tidligere beslutninger:
.

Beslutninger:
Taget til efterretning.

Fraværende: Flemming Rasmussen.

Bilag

6. Henvisningskriterier KOL TCN 2016 (1330270 - PRJ-2016-00014)

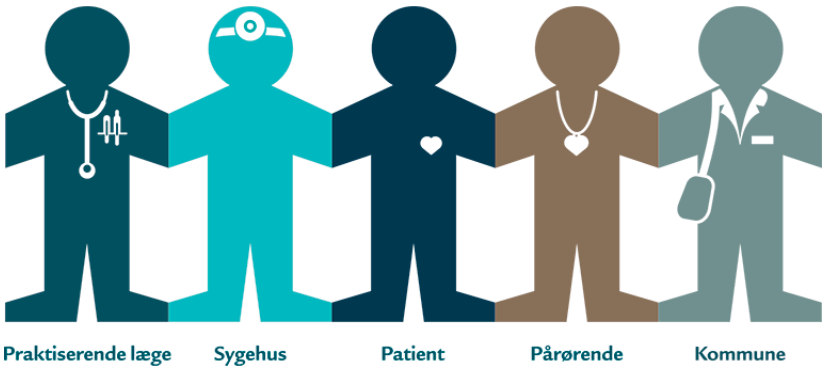
11 (**Åben**) **Orientering om TeleCare Nord Hjertesvigt**

Sags ID: EMN-2016-02537

Sagsbehandler: Birgitte Kvist
Ansvarligt center: Sundhed og Pleje

Beslutningskompetence
SUU

Sagsfremstilling
Orientering om TeleCare Nord Hjertesvigt
TeleCare Nord Hjertesvigt er et telemedicinsk projekt i regi af den nordjyske sundhedsaftale 2015 – 2018 og alle de nordjyske kommuner, PLO Nordjylland og de nordjyske sygehuse deltager i projektet.



Projektet tager afsæt i erfaringer og løsninger fra TeleCare Nord KOL og målrettes telemedicin til patienter med hjertesvigt. Projektet skal afprøve telemedicin til en ny patientgruppe i stor skala, og bidrage til et vidensgrundlag for udbredelse af telemedicin til patienter med hjertesvigt. Samtidig skal projektet bidrage til, at den nordjyske telemedicinske servicefunktion udvikles til at kunne håndtere flere forskellige patientgrupper og evt. patienter med mere end en sygdom.

TeleCare Nord hjertesvigt har modtaget kr. 8.8 mio. i støtte under puljen ”telemedicin til nye patientgrupper” initiativ 1.1 under Strategi for digital velfærd.

Projektmål

TeleCare Nord Hjertesvigt skal beskrive et individuelt og differentieret patientforløb på tværs af sygehuse og kommuner og i samarbejde med almen praksis. I projektperioden skal projektets sundhedsfaglige indhold

udvikles, opgave-og ansvarsfordelingen aftales, it-leverancerne skal sikres og implementeringen drives.

Der er opstillet en række projektmål både i forhold til de patientnære effekter, og i forhold de sundhedsøkonomiske gevinster. I forhold til patienten forventes en øget sygdoms mestring samt øget tryghed og livskvalitet. Med en systematisk telemedicinske hjemmemonitorering og opfølgning forventes samtidig at forværringer i sygdommen opdages tidligere, og at der opnås en reduktion i indlæggelser, genindlæggelser og ambulante besøg.

Ansøgning om forlængelse af projekt periode

Forslag om en projektforlængelse er begrundet i vanskelighederne med at inkludere det nødvendige antal patienter i projektet indenfor den eksisterende tidsramme. Det har ligeledes fra forskningens side været anført, at det ville være meget svært at nå at gennemføre de forudsatte analyser af projektet indenfor den eksisterende tidsramme.

Det samlede projektbudget på 22.173.150 kr. er uændret. Kravet til den kontante finansiering på samlet 8.208.000 kr. for projektpartnerne og aconto afregningen med partnerne i år 2016 og 2017 er uændret. Ligeledes er kravet til egenfinansieringen (timeregistreringen) på 5.102.250 kr. uændret, men kan af partnerne samles op over 3 år i stedet for 2 år. Tilskuddet fra Digitaliseringsstyrelsen på 8.862.900 kr. er ligeledes uændret.

Forlængelse med 1 år vil alene betyde, at slutafregningen med fonden og med partnerne sker i regnskabsår 2018 i stedet for 2017.

En forlængelse af projektperioden kræver Digitaliseringsstyrelsens godkendelse. Efter Den Administrative Styregruppe beslutning om en forlængelse, skal Digitaliseringsstyrelsen ansøges om den formelle projektforlængelse på baggrund af en begrundet ansøgning om forlængelse indeholdende en ny tidsplan. Styrelsen er dog umiddelbart positiv overfor en forlængelse.

Projekt opstart

Der er udarbejdet informationsmaterialer til borgere og lavet samarbejdsaftaler mellem sygehus, læger og kommuner samt instrukser som ligger på Region Nordjyllands hjemmeside. De første tværsektorielle undervisningsdage har været afholdt.
De første borgere blev inkluderet i projektet 1. september 2016 og Frederikshavn Kommune har de første borgere på telemedicin.
Orientering om TeleCare Nord Hjertesvigt:
http://www.rn.dk/Service/Nyhedsbase-RN/Nyhed?id=F0935F9F-6448-4CC5-BC67-3DBB10BE0D1C

Indstilling

Social og Sundhedsdirektøren indstiller at Sundhedsudvalget tager orienteringen til efterretning

Tidligere beslutninger:
.

Beslutninger:
Taget til efterretning.

Fraværende: Flemming Rasmussen.

Bilag

- patientinformation TCN hjerte.ashx (1414269 - EMN-2016-02537)

12 (**Åben**) **Orientering om PLO´s udspil På patientens vegne**

Sags ID: EMN-2016-02582

Sagsbehandler: Birgitte Kvist
Ansvarligt center: Sundhed og Pleje

Beslutningskompetence
SUU

Sagsfremstilling
Alle borgere skal have deres egen praktiserende læge, og lægen skal have ordentlig tid til at lytte til patienten. Alle patienter skal opleve et trygt og sammenhængende forløb mellem forskellige behandlingstilbud. Og samfundet skal have mest mulig sundhed for pengene.

Det er de tre overordnede sigtelinjer i PLO's nye udspil, "På patientens vegne", der indeholder 28 konkrete forslag.

De er blandt andet tænkt som et indspark til det igangværende udvalgsarbejde, der skal munde ud i en plan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.
Det PLO fremhæver er:

"PLO har længe argumenteret for, at der er brug for at styrke almen praksis og resten af det nære sundhedsvæsen. Hvis det også fremover skal være sådan, at man i hele Danmark har adgang til sin egen praktiserende læge – også i områder langt fra universitetsbyerne - er det på høje tid, at der handles. Med dette udspil giver PLO en række bud på, hvordan væksten kan sættes i gang."

"Samtidig har PLO forskellige forslag til, hvordan de kan skabe mere sammenhængende patientforløb mellem almen praksis, sygehusene og kommunerne. At sikre større sammenhæng og undgå, at patienter falder mellem to stole, er en af de allerstørste udfordringer i det danske sundhedsvæsen."

"PLO´s tredje overordnede fokus er at bidrage til, at samfundet får mest mulig sundhed for pengene. Økonomien er stram, og der skal prioriteres på sundhedsområdet. Derfor har de set på, hvordan de kan sikre, at praktiserende lægers tid i højere grad anvendes målrettet på de områder, hvor de gør størst gavn for borgerne."

Christian Freitag – formand for PLO understreger, at "På patientens vegne" hverken er en facitliste eller en handlingsplan – og at der ikke er sat prisskilt på et eneste af forslagene:

"PLO´s udspil er ment som et oplæg til dialog om, hvordan vi i fællesskab kan gøre det bedre til glæde for patienterne. PLO mener, at de som praktiserende læger har et ansvar for at være konstruktive og give deres bud på, hvordan der kan sikres bedre kvalitet i den del af sundhedsvæsenet, hvor de har deres daglige gang".

Blandt PLO's forslag kan nævnes:

- Patienter med særlig komplicerede problemstillinger skal have mulighed for at få længere konsultationer
- Der skal sikres bedre overgange fra sygehus til almen praksis; blandt andet med en overdragelseskonsultation hos egen læge
- Der skal ansættes mere personale, så lægens tid i højere grad kan bruges på patientbehandling af høj faglig kvalitet
- Alle praktiserende læger skal forpligtes til at tilbyde en direkte telefonlinje, der kan benyttes af kommunens sygeplejersker.

Bilag er vedlagt: "På patientens vegne"

Indstilling
Social og sundhedsdirektøren indstiller at Sundhedsudvalget

- Orienteres om PLO´s oplæg "På patientens vegne"
- Drøfter PLO´s oplæg "På patientens vegne"

Tidligere beslutninger:
.

Beslutninger:
Drøftet og taget til efterretning.

Fraværende: Flemming Rasmussen.

Bilag

- PLO På patientens vegne 2016 (1417008 - EMN-2016-02582)

13 (**Åben**) **Orientering om ventetider i Den Kommunale Tandpleje**

Sags ID: EMN-2016-01430

Sagsbehandler: Lene Jelsbak Mortensen
Ansvarligt center: Familie

Beslutningskompetence
SUU

Sagsfremstilling
På Sundhedsudvalgets møde den 16. august blev punktet vedrørende konkurrenceudsættelse og brug af fremmed aktør i den kommunale tandpleje behandlet. Sundhedsudvalgets fokus i den forbindelse centrerede sig særligt omkring rationel drift, geografi og ventetider. Siden har Sundhedsudvalget aftalt, at sætte analysearbejdet vedr. konkurrenceudsættelse i bero, grundet at der i det aktuelle finanslovsforslag er et forslag om at etablere frit valg i tandpleje. Uagtet dette, påkalder ventetider i Tandplejen sig fortsat opmærksomhed, og derfor fremlægges hermed et notat om ventetider i den Kommunale Tandpleje til orientering.

Indstilling
Direktøren for Børn, Skole og Arbejdsmarked indstiller, at Sundhedsudvalget:

- Tager notat om ventetider i den Kommunale Tandpleje til efterretning

Tidligere beslutninger:
.

Beslutninger:
Taget til efterretning.

Fraværende: Flemming Rasmussen.

Bilag

c) Notat om ventetider i den Kommunale Tandpleje i Frederikshavn (1420475 - EMN-2016-01430)

14 (**Åben**) **Sygefraværsstatistik august 2016 SUU**

Sags ID: EMN-2016-01155

Sagsbehandler: Karina Juul Sundvall
Ansvarligt center: Center for Økonomi og Personale

Beslutningskompetence
Sundhedsudvalget

Sagsfremstilling
Den vedlagte sygefraværsstatistik viser udviklingen i den sygdomsrelaterede fraværsprocent i perioden 2013, 2014, 2015 samt perioden januar - juli 2016 i Frederikshavn Kommune. Derudover ses de enkelte centres sygdomsrelaterede fraværsprocent med 13 måneders tilbageblik for perioden juli 2015 til og med juli 2016 vist pr. måned.

Sygefraværsprocenten inkluderer de sygdomsrelaterede fraværsårsager: Sygdom, delvis syg (sygemelding i løbet af dagen), nedsat tjeneste, arbejdsskade og fravær, hvortil der gives refusion fra første dag (fravær på grund af langvarig eller kronisk sygdom (§ 56)).

Indstilling
Kommunaldirektøren indstiller, at sygefraværsstatistikken tages til efterretning.

Tidligere beslutninger:
.

Beslutninger:
Taget til efterretning.

Fraværende: Flemming Rasmussen.

Bilag

- Bilag - Sygefraværsstatistik august 2016 (1392047 - EMN-2016-01155)

15 (**Åben**) **Fastlæggelse af mødeplan for Sundhedsudvalget 2017**

Sags ID: EMN-2014-00701

Sagsbehandler: Bente Kiel Pedersen
Ansvarligt center: Ledelsessekretariatet

Beslutningskompetence
SUU

Sagsfremstilling
Frederikshavn Byråd vedtog på sit møde 31. august 2016 mødeplan for afvikling af byrådets møder i 2017.

Af planen fremgår, at der skal være et møde pr. måned, dog er juli måned mødefri.

For at sikre et naturligt flow af sagerne fra de stående udvalg m.fl. til Økonomiudvalget og Frederikshavn Byråd, foreslås møderne i Sundhedsudvalget som hovedprincip afholdt i første halvdel af hver måned.

- Tirsdag den 17. januar
- Tirsdag den 7. februar
- Tirsdag den 14. marts
- Tirsdag den 18. april
- Tirsdag den 9. maj
- Tirsdag den 13. juni
- Tirsdag den 22. august
- Tirsdag den 12. september
- Tirsdag den 10. oktober
- Tirsdag den 14. november
- Tirsdag den 12. december

Møderne foreslås afholdt kl. 15.30.

Indstilling
Social- og sundhedsdirektøren indstiller, at mødeplan for 2017 fastlægges.

Tidligere beslutninger:
.

Beslutninger:
Mødedato 7. februar ændres til 14. februar. Mødeplanen i øvrigt godkendt.

Fraværende: Flemming Rasmussen.

Bilag

16 (**Lukket**) **Udvalgsformanden orienterer**

Beslutninger:
Orienteringen taget til efterretning.

Fraværende: Helle Madsen.

Bilagsforside

Dokument Navn:	paragraf 18 redgørelse 2014 - seneste.pdf
Dokument Titel:	paragraf 18 redgørelse 2014 - seneste
Dokument ID:	1384647
Placering:	Emnesager/§ 18 Frivilligt Socialt Arbejde, 2. uddeling 2016/Dokumenter
Dagsordens titel	Redegørelse for brug af § 18 - tilskud til frivilligt socialt arbejde i 2014
Dagsordenspunkt nr	3
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1

Social- og Indenrigsministeriet

§ 18-REDEGØRELSEN

DET KOMMUNALE SAMARBEJDE MED FRIVILLIGE SOCIALE FORENINGER

En kvantitativ analyse af kommunernes fordeling af § 18-midler

- udarbejdet af Ankestyrelsen

KOLOFON

§ 18-redegørelsen
Udgivet af Social- og Indenrigsministeriet,
Udsatte og Civilsamfund,
december 2015

Redaktion:
Ankestyrelsen

Ankestyrelsen

ISBN.: 978-87-7546-521-7

Layout: Skabertrang | Silkeborg Bogtryk

INDHOLDSFORTEGNELSE

1 RESUMÉ 4

2 STØTTEN TIL DET FRIVILLIGE SOCIALE ARBEJDE 6

2.1 UDBETALT § 18-STØTTE OG STATSTILSKUD 2010-2014 7
2.2 FORSKEL MELLEM KOMMUNERNE 7
2.3 FORDELING AF UDBETALT STØTTE SAMT ØVRIG ØKONOMISK STØTTE 9
2.4 UUDNYTTEDE § 18-MIDLER 11
2.5 ANDEN ØKONOMISK STØTTE 13

3 DE STØTTEDE FRIVILLIGE AKTIVITETER OG FORENINGER 16

3.1 MÅLGRUPPER FOR AKTIVITETERNE 17
3.2 DEN GENNEMSNITLIGE ØKONOMISKE STØTTE TIL FRIVILLIGE AKTIVITETER, FORENINGER OG ORGANISATIONER 18
3.3 HAR PROJEKTERNE TIDLIGERE MODTAGET STØTTE EFTER § 18? 19
3.4 KOMMUNERNES ANVENDELSE AF DOKUMENTATION 19

* BILAG 20

BILAG 1 STATISTIKKENS BAGGRUND OG METODE 21
BILAG 2 UDBETALT STØTTE, BLOKTILSKUD MED VIDERE 2014 22
BILAG 3 UDVIKLINGEN I UDBETALT STØTTE OG ANVENDTE TILSKUD 2010-2014 I LØBENDE PRISER 25
BILAG 4 INDBERETNINGSSKEMA OM FRIVILLIGT SOCIALT ARBEJDE 2014 EFTER LOV OM SOCIAL SERVICE § 18 26

1

RESUMÉ

§ 18-redegørelsen er Ankestyrelsens årlige status for kommunernes støtte til det frivillige sociale arbejde.

Det frivillige sociale arbejde i kommunerne omfatter en lang række foreningsbårne aktiviteter for ældre, socialt udsatte børn og voksne, psykisk syge og handicappede med videre.

Kommunerne kan støtte den frivillige indsats på flere måder. Kommunerne kan efter servicelovens § 18 yde direkte økonomisk støtte til det frivillige sociale arbejde. Herudover støtter de fleste kommuner den frivillige indsats med anden økonomisk støtte – fx støtte til frivilligcentre eller projekter og arrangementer, der vedrører bestemte forvaltningsområder. Endelig støtter hovedparten af kommunerne det frivillige sociale arbejde med andre former for støtte end økonomisk tilskud – fx lokaler eller hjælp til sekretariatsbistand og annoncering.

KOMMUNERNE UDBETALTE I 2014 MERE I § 18-STØTTE END DE MODTOG I BLOKTILSKUD FRA STATEN

Staten udbetalte i 2014 via bloktilskuddet 158 mio. kr. til kommunerne til brug for det frivillige sociale arbejde. Der er ikke noget lovkrav om, at kommunerne præcist skal anvende dette tilskud til det frivillige sociale arbejde, men med § 18-redegørelsen følges der årligt op på, hvor meget kommunerne har brugt på området.

I 2014 udbetalte kommunerne samlet set 167,3 mio. kr. svarende til 9,3 mio. kr. mere, end de modtog via bloktilskuddet.

Det er tredje år i træk, at kommunerne samlet anvender mere på det frivillige sociale område, end der er udbetalt via bloktilskuddet.

KOMMUNERNE UDBETALTE 97,1 MIO. KR. I ANDEN ØKONOMISK STØTTE

Kommunerne udbetalte derudover i alt 97,1 mio. kr. til frivillige aktiviteter i anden økonomisk støtte end den, de udbetalte i henhold til servicelovens § 18.

9 UD AF 10 KOMMUNER STØTTER OGSÅ DET FRIVILLIGE SOCIALE ARBEJDE PÅ ANDEN MÅDE

Ni ud af ti kommuner ydede desuden andre former for støtte end direkte økonomisk støtte. Det kan fx være adgang til brug af lokaler, hjælp til sekretariatsbistand, annoncering og konsulentbistand.

DEN FRIVILLIGE INDSATS RETTER SIG OFTEST MOD ÆLDRE

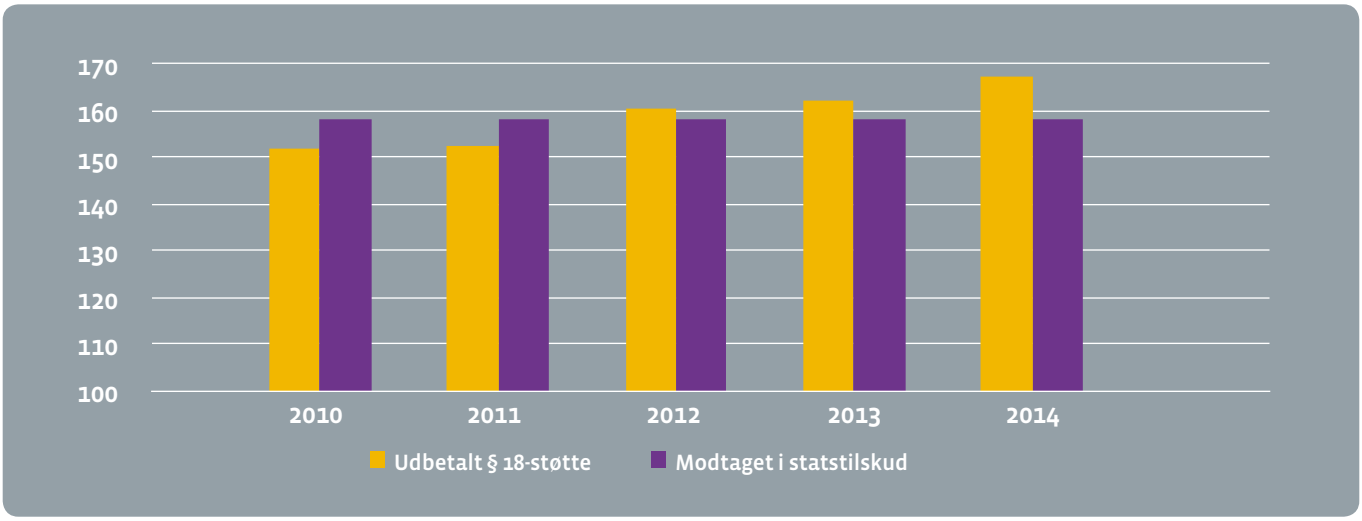
Kommunerne indrapporterede i 2014 information om støtte til i alt 5.527 frivillige sociale aktiviteter, heraf var ældre målgruppen for 33 procent af aktiviteterne, sygdomsgrupper udgjorde 16 procent af de støttede aktiviteter, og 13 procent af aktiviteterne var målrettet børn, unge og familier. Derudover blev der også givet støtte til aktiviteter for sindslidende, flygtninge og indvandrere med videre.

5.536 FORENINGER MODTOG HVER I GENNEMSNIT LIDT OVER 30.000 KR.

I gennemsnit modtog de 5.536 foreninger, der modtog støtte til en eller flere aktiviteter, 30.220 kr. i støtte i 2014, hvilket er en stigning i forhold til 2013. Kommunerne støttede i høj grad foreninger, som også tidligere har modtaget støtte. I 2014 havde 80 procent af de støttede foreninger også tidligere modtaget støtte.

FIGUR 1.1

Statstilskud og udbetalt støtte efter § 18, 2010-2014 (faste priser 2014-niveau).



LOV OM SOCIAL SERVICE

§ 18. Kommunalbestyrelsen skal samarbejde med frivillige sociale organisationer og foreninger.
Stk. 2. Kommunalbestyrelsen skal årligt afsætte et beløb til støtte af frivilligt socialt arbejde.
Stk. 3. Rammerne for samarbejdet fastlægges af den enkelte kommunalbestyrelse.
Stk. 4. Socialministeren fastsætter retningslinjer for kommunalbestyrelsens indsendelse af redegørelser om den lokale udvikling i det frivillige sociale arbejde og retningslinjer for den centrale opfølgning.

2
STØTTEN TIL DET FRIVILLIGE SOCIALE ARBEJDE

Staten udbetaler hvert år, via det kommunale bloktilskud, et tilskud til det frivillige sociale arbejde i kommunerne.

Kommunernes opgave er blandt andet at samarbejde med de frivillige sociale foreninger og at medvirke til at støtte og styrke det lokale frivillige sociale arbejde.

I lovgivningen er der ikke krav om, hvor stort et beløb kommunerne skal udbetale. Mange kommuner supplerer støtten til det frivillige sociale arbejde via andre regler end servicelovens § 18. Ud over støtte efter servicelovens § 18 yder 63 procent af kommunerne økonomisk støtte til indsatser eller projekter, hvor den frivillige indsats indgår som del af aktiviteterne.

Endelig yder 90 procent af kommunerne andre former for støtte end økonomisk støtte. Det kan være hjælp til lokaler, sekretariatsbistand, konsulentbistand, annoncering eller lignende.

2.1 UDBETALT § 18-STØTTE OG STATSTILSKUD 2010-2014

I 2014 udbetalte kommunerne 167,3 mio. kr. i støtte til det frivillige sociale arbejde efter servicelovens § 18, hvilket er 9,3 mio. kr. mere end de modtog fra staten, og 5,2 mio. kr. mere end der blev udbetalt i 2013, jf. tabel 2.1.

TABEL 2.1

Udviklingen i udbetalt § 18-støtte og modtaget statstilskud i mio. kr. PL 2014.

	2010	2011	2012	2013	2014
Udbetalt § 18-støtte	151,7	152,3	160,8	162,1	167,3
Modtaget i statstilskud	158,0	158,0	158,0	158,0	158,0
Merforbrug	-6,3	-5,7	2,8	4,1	9,3

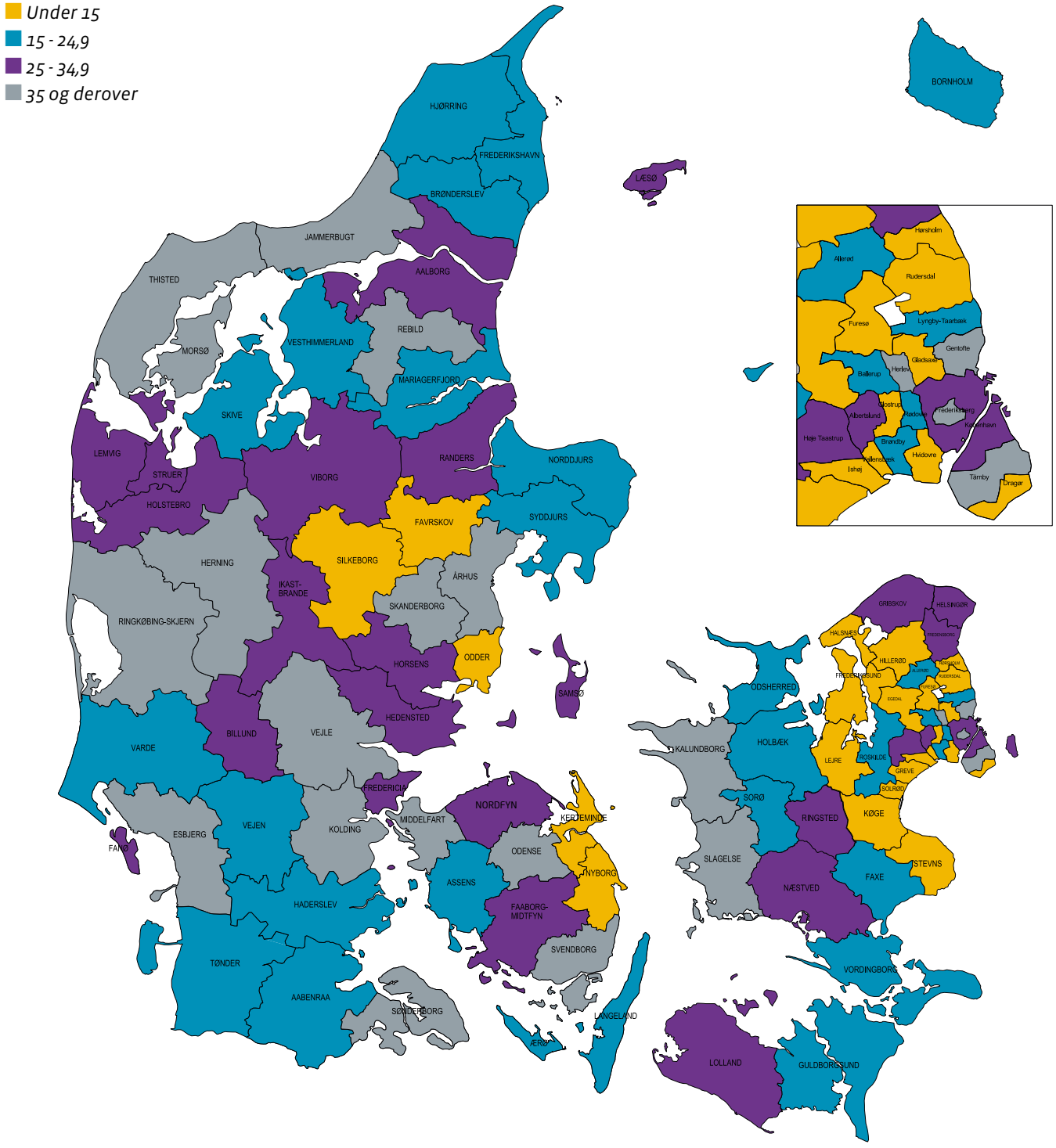
Note: Tabellen viser udviklingen i bloktilskuddet og den udbetalte støtte fra 2010 til 2014 i faste priser. Støttebeløbet til det frivillige sociale arbejde er PL-reguleret i forhold til udviklingen i modtaget statstilskud. Grundlaget – de faktiske beløb – der ligger til grund for beregningen kan ses i bilag 3.

2.2 FORSKEL MELLEM KOMMUNERNE

Der var i 2014 relativt store forskelle på, hvor meget de enkelte kommuner udbetalte i tilskud til det frivillige sociale arbejde pr. indbygger. Dette har også været tilfældet i de foregående år. I 2014 varierede § 18-støtten fra knap 69 kr. pr. indbygger i den kommune, der udbetalte mest, til lidt under 5 kr. pr. indbygger i den kommune, der udbetalte mindst til foreningerne, jf. kort 2.1.

KORT 2.1

§ 18-støtte til det frivillige sociale arbejde i 2014 pr. indbygger.



2.3 FORDELING AF UDBETALT STØTTE SAMT ØVRIG ØKONOMISK STØTTE

38 procent af kommunerne udbetalte mere til det frivillige sociale arbejde i 2014, end de modtog via bloktilskuddet, jf. tabel 2.2.

TABEL 2.2

Kommunernes udbetalte § 18-støtte som andel af statstilskuddet. Procent.

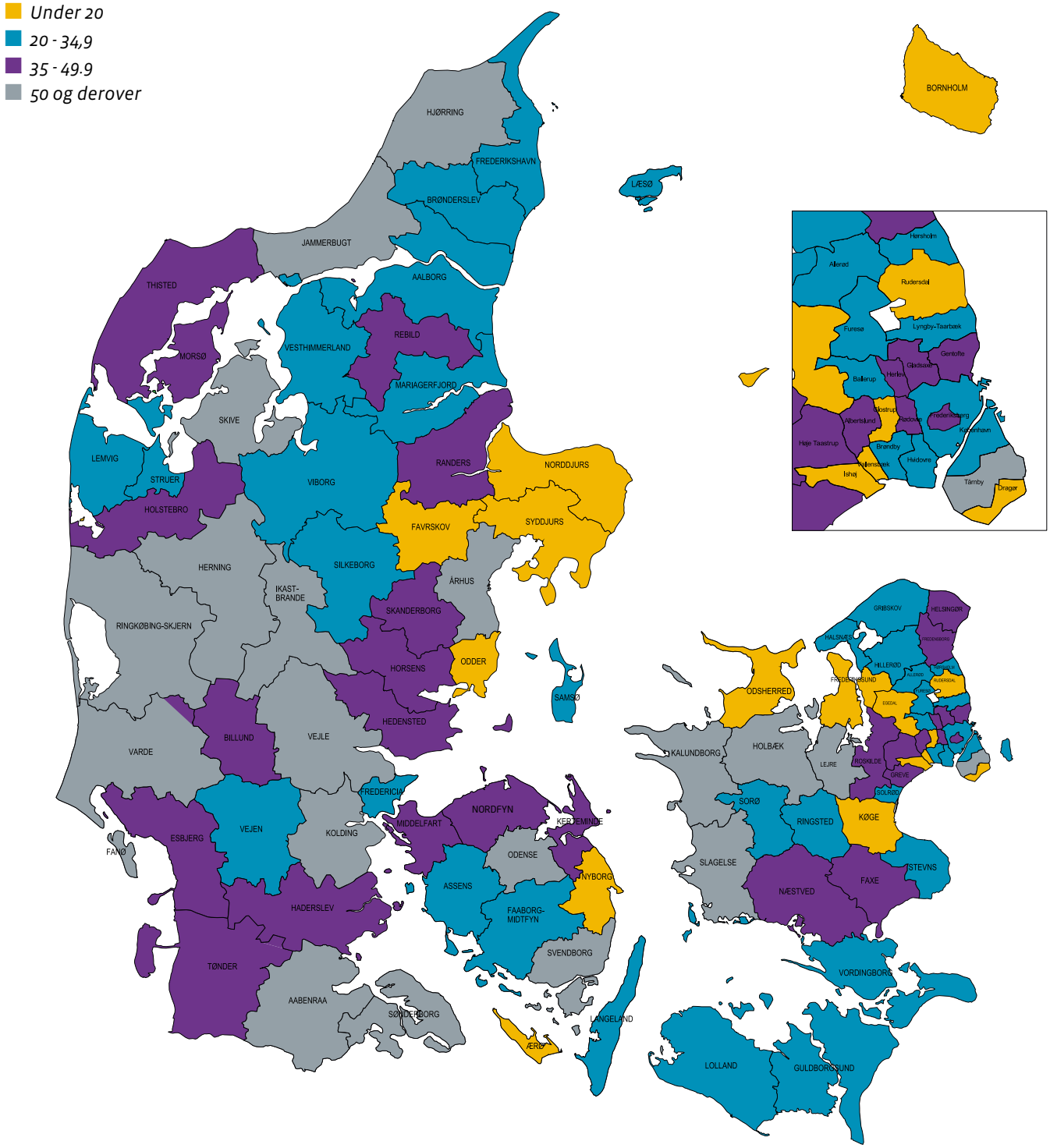
	2010	2011	2012	2013	2014
	Kommuner i procent der anvender:				
Under 25 procent	4	4	3	2	3
25-49 procent	26	26	25	20	18
50-74 procent	24	21	18	16	23
75-100 procent	16	21	18	24	17
Over 100 procent	30	28	36	37	38
I alt	100	100	100	100	100

KORT 2.2

§ 18 støtte + øvrig økonomisk støtte per indbygger 2014

§ 18-STØTTE OG ØVRIG STØTTE PER INDBYGGER

- *Under 20*
- *20 - 34,9*
- *35 - 49.9*
- *50 og derover*



§ 18-STØTTE I STØRRE OG MINDRE KOMMUNER

Der er en tendens til, at de største kommuner udbetaler mest i § 18-støtte.

De 7 største kommuner med over 100.000 indbyggere anvendte i 2014 i gennemsnit 142 procent af bloktilskuddet, hvorimod de kommuner, der havde under 50.000 indbyggere, i gennemsnit udbetalte 79 procent af bloktilskuddet. For landet som helhed udbetalte kommunerne 106 procent af det tilskud, de modtog fra staten til § 18-støtte, til foreningerne, jf. tabel 2.3

TABEL 2.3

Udbetalt § 18-støtte og modtaget bloktilskud i 2014. Fordelt på kommunestørrelse målt i antal indbyggere.

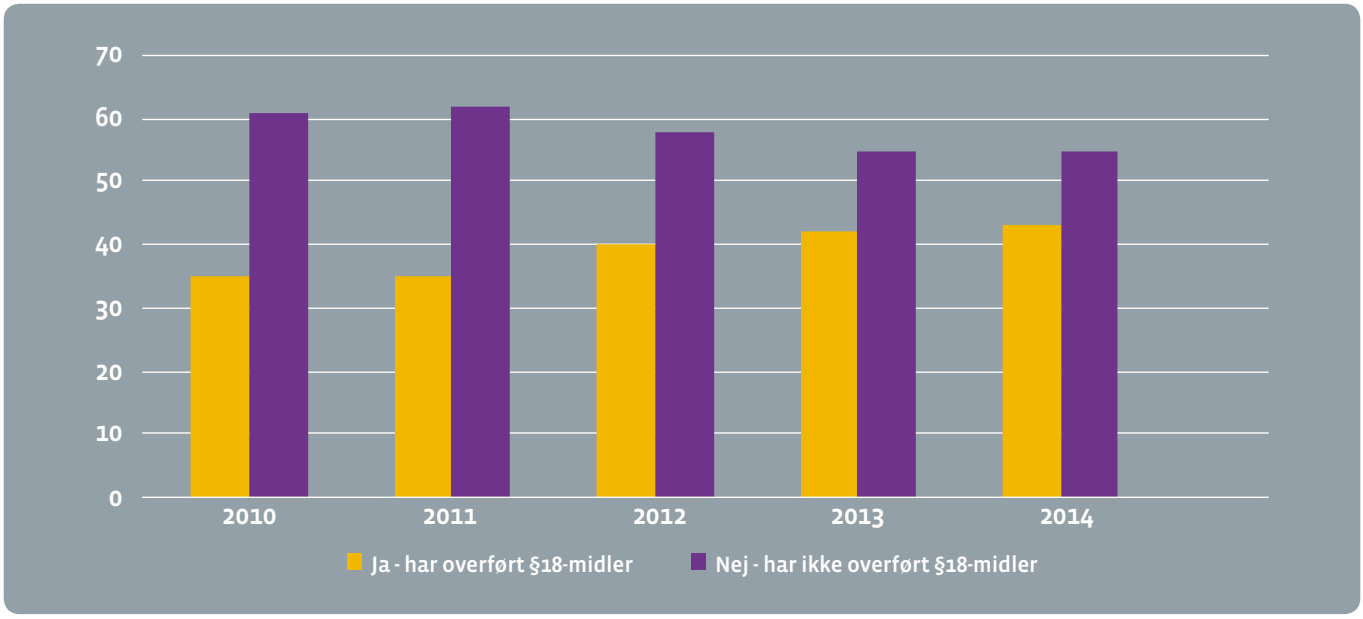
Antal indbyggere pr. kommune	Antal kommuner	Støtte i 1.000 kr. pr. kommune	Bloktilskud i 1.000 kr. pr. kommune	§ 18 støtte i procent af tilskud (gennemsnit)
100.000 og derover	7	63.877	45.072	142
75.000-99.999	10	30.448	23.916	127
50.000-74.999	19	27.649	31.800	87
Under 50.000	62	45.337	57.216	79
Hele landet	98	167.318	158.004	106

2.4 UUDNYTTEDE § 18-MIDLER

Som tidligere anført er der ikke noget lovkrav om, hvor mange midler kommunerne skal anvende på det frivillige sociale arbejde, og det er således kommunerne selv, der afgør, hvorledes eventuelle ikke udnyttede budgetbeløb skal anvendes. 43 kommuner har oplyst, at de har overført uudnyttede § 18 midler fra 2014 til 2015. Dette svarer stort set til billedet i 2013, jf. figur 2.1.

FIGUR 2.1

Har kommunerne overført uudnyttede § 18-midler?



Hovedparten af de kommuner, der har overført § 18-midler fra 2014 til 2015, er mindre kommuner.

En væsentlig årsag til, at kommunerne overfører uudnyttede § 18-midler til 2015 er, at kommunerne ikke har modtaget nok ansøgninger, der opfylder de opstillede kriterier for at modtage støtte. Ligeledes er det kommunernes vurdering, at kvaliteten i en række af ansøgningerne ikke har været tilfredsstillende, jf. tabel 2.4.

Herudover er der mange kommuner, der har overført § 18-midler til 2015, fordi projekter i 2014 er blevet forsinket, eller foreningerne har tilbagebetalt midler på grund af mindre forbrug.

Derudover er det i flere kommuner fast praksis at gemme en såkaldt "akutpulje" eller "restpulje", der kan søges løbende hele året både til nye initiativer og til akut opståede behov. Kommuner, der har denne praksis, får ikke altid brugt bevillingen fuldt ud. De afsatte midler, der ikke anvendes, overføres som hovedregel til det efterfølgende år.

TABEL 2.4

Årsager til at kommunen har overført uudnyttede § 18-midler.

	2010 Procent	2011 Procent	2012 Procent	2013 Procent	2014 Procent
Manglende ansøgninger, der opfylder opstillede kriterier	30	44	37	37	38
Kvaliteten i ansøgningerne var ikke tilfredsstillende	13	18	10	14	10
Andet	57	38	53	49	52
I alt	100	100	100	100	100

Note: Kategorien "Andet" dækker over en relativt bred vifte af årsager, fx "Foreninger havde søgt midler til aktiviteter der lå udenfor tildelingsrammerne" og " Resterende projekter var for dyre i forhold til restbeløb"..

Stort set alle de kommuner, der har overført uudnyttede § 18-midler til 2014 oplyser, at midlerne påtænkes anvendt til frivilligt socialt arbejde, jf. tabel 2.5, der viser en procentuel fordeling af uudnyttede midler. Ud over at bidrage til næste års pulje er der nogle kommuner, der påtænker at vægte særlige indsatser eller udviklingsprojekter i relation til den frivillige sociale indsats i det kommende år. Enkelte kommuner vælger også at anvende de overførte midler til etablering af fx et frivilligsekretariat eller til finansiering af driften af kommunens frivilligcenter.

TABEL 2.5

Hvad anvender kommunen de overførte uudnyttede § 18-midler til?

	2014 Procent
Finansiering af frivilligcentre	2
Finansiering af frivilligkoordinator/ frivilligsekretariat	4
Andet	94
I alt	100

Note: Kategorien "Andet" dækker over en relativt bred vifte af anvendelser, fx "Udvikling af det aktive medborgerskab, både det frivillige, sociale arbejde som det generelle medborgerskab" og "Udviklingspulje, som har til formål at støtte nye initiativer og aktiviteter indenfor frivilligt socialt arbejde"..

2.5 ANDEN ØKONOMISK STØTTE

Kommunerne har også indsendt oplysninger om den samlede økonomiske støtte, der ydes ud over støtte efter servicelovens § 18. Det kan fx være økonomisk støtte til korterevarende projekter, bevillinger, der løber over flere år, eller støtte, der ydes under kommunens enkelte forvaltningsområder eller driftsområder. Det er et krav, at det frivillige sociale arbejde er en væsentlig del af aktiviteten eller indsatsen.

Kommunerne har samlet set udbetalt cirka 97 mio. kr. i støtte ud over § 18-støtten i 2014. Det svarer til, at hver kommune, der udbetalte denne form for støtte, i gennemsnit udbetalte 1,5 mio. kr. til den frivillige sociale indsats ud over § 18-støtten, jf. tabel 2.6.

.

TABEL 2.6

Har kommunen i 2014 støttet indsatser eller aktiviteter økonomisk, hvor den frivillige sociale indsats indgår som en væsentlig del af aktiviteterne?

	Antal	Procent	Mio. kr.	Gns. pr. kommune mio. kr.
Ja	62	63	97.102.931	1.541.316
Nej	36	37	...	...
I alt	98	100	97.102.931	990.846

Note: Tabellen viser økonomiske tilskud udover den støtte, der er oplyst om i tabel 2.1 om støtte efter servicelovens § 18. Bilag 2 indeholder en kommunefordelt oversigt over de økonomiske tilskud udover § 18-støtten.

Det samlede støttebeløb på cirka 97 mio. kr. er en stigning i forhold til 2013, hvor der samlet blev udebetalt 76 mio. kr. i anden økonomisk støtte end § 18-støtte.

INDSATSER OG AKTIVITETER DER MODTAGER ANDEN ØKONOMISK STØTTE END § 18-STØTTE

De indsatser og aktiviteter, som kommunerne støtter ud over servicelovens § 18, og hvor den frivillige sociale indsats indgår som et væsentlig element, dækker en række områder. Nogle af disse indsatser og aktiviteter vil i nogle kommuner også kunne være omfattet af støtten efter servicelovens § 18. Det er økonomisk støtte til fx:

SOCIALE CAFÉER OG VÆRESTEDER:

- Aktivitets- og væresteder
- Varmestuer og caféer
- Brugerstyrede aktivitetscentre
- Medborgerhuse
- Drift og støtte til frivilligsteder
- Tilskud til kvindekrisecentre
- Seniorhuse og tilskud til forskellige senioraktiviteter
- Driftsstøtte til væresteder for voksne udsatte
- Støtte til ældre- og handicapforeninger
- Sociale projekter og tilbud for ældre, sindslidende, misbrugere og hjemløse
- Klubordninger for psykisk udsatte
- Løn og husleje i forbindelse med selvhjælp
- Samarbejde med familier og institutioner om primært børn med psykiske lidelser

SUNDHEDS- OG OMSORGSPROJEKTER:

- Sundhedsfremmende projekter og samarbejde med blandt andet patientforeninger
- Bedre psykiatri
- Tilskud til hospice
- Omsorgsprojekter og aktiviteter for ensomme, socialt udsatte, ældre og handicappede

- Rådgivning og hjælp til personer udsat for seksuelt misbrug og vold
- Støtte til organisationer, der udfører frivilligt socialt arbejde i relation til udsatte børn og voksne, hvor årsagerne er misbrug, ensomhed og sygdom
- Partnerskabsaftale om senioridræt
- Idræt for socialt udsatte, frivillig motionsven-ordning, sport for overvægtige børn
- Busture for pensionister med svære handicaps
- Motion og caféaktiviteter for kræftramte

BYDELSPROJEKTER OG BOLIGSOCIALE INDSATSER:

- Boligsociale integrationsprojekter
- Integrationsarbejde i form af lektiehjælp med videre
- Aktivitetscentre blandt andet for ældre, ældreklubber
- Projekter om genhusning af hjemløse
- Venneforeninger
- Brugerråd
- Projekt sundhed og trivsel i boligområder

FRIVILLIGCENTRE OG KOORDINATORER MED VIDERE:

- Oprettelse og drift af frivilligcentre
- Lokaler og aktiviteter
- Løn til frivilligkoordinatorer samt deltidsansatte

ANDET:

- Etablering af netværk
- Støtte til selvhjælp
- Rådgivning og vejledning
- Madklub for socialt udsatte
- Mentorordning for unge
- Pårørendegrupper i psykiatrien

Bilag 2 indeholder en kommunefordelt oversigt over udbetaling af § 18-støtte. Derudover indgår også en oversigt over de kommuner, der har oplyst det samlede økonomiske støttebeløb i 2014, der ligger ud over § 18-støtten.

LOKALER, SEKRETARIATSBISTAND OG ANDEN IKKE ØKONOMISK HJÆLP

9 ud af 10 kommuner ydede i 2014 anden støtte end økonomisk støtte; fx til lokaler, sekretariatsbistand, annoncering, konsulentbistand og andet. Andelen af kommuner, der ydede anden støtte end økonomisk støtte, er steget siden 2010, men uændret de seneste tre år jf. tabel 2.7.

TABEL 2.7

Har kommunen ydet andre former for støtte end kontant støtte?

	2010 Procent	2011 Procent	2012 Procent	2013 Procent	2014 Procent
Ja	86	87	90	90	90
Nej	14	13	10	10	10
I alt	100	100	100	100	100

Den mest anvendte form for anden støtte end økonomisk støtte er tildeling af lokaler til frivillige foreninger, jf. tabel 2.8.

TABEL 2.8

Andre former for støtte end økonomisk støtte.

	2010 Procent	2011 Procent	2012 Procent	2013 Procent	2014 Procent
Lokaler	74	85	83	84	83
Sekretærbistand	40	38	34	37	35
Støtte til annoncering	27	26	29	41	32
Konsulentbistand	43	44	48	47	51
Andet	20	20	19	28	28

Note: 28 procent af kommunerne har under kategorien "Andet" oplyst, at de har ydet støtte til fx "Råd, vejledning, information med videre", "Udlån af bærbare pc'er", "Opbygning af hjemmeside" med videre.

Det fremgår af tabel 2.8, at andelen af kommuner, der i 2014 ydede hjælp til lokaler, sekretærbistand samt konsulentbistand, er nærmest uændret i forhold til 2013. Samtidig ses et fald i andelen af kommuner, der yder støtte til annoncering.

Den ikke-økonomiske støtte går til aktiviteter og indsatser, hvor den frivillige sociale indsats indgår som et væsentligt element.

Der er flere kommuner, der støtter den lokale frivillige sociale indsats via fagdage, åbent hus-arrangementer, frivilligmesser, konferencer samt kompetenceudvikling og kurser for frivillige. Mange kommuner tilbyder rådgivning, bistand samt konsulent- og sekretariatsbistand til frivillige foreninger og organisationer. Nogle kommuner fremhæver, at de har ansat frivilligkonsulenter. Derudover hjælper flere kommuner med trykning af materiale, markedsføring, PR med videre, der synliggør og informerer om foreningerne og organisationerne.

3

DE STØTTEDE FRIVILLIGE AKTIVITETER OG FORENINGER

Kommunerne har oplyst, at de i 2014 samlet har støttet 5.536 frivillige foreninger og indberettet oplysninger om 5.527 frivillige sociale aktiviteter med § 18-midler. Det er en stigning i forhold til 2013, hvor kommunerne støttede 5.386 foreninger.

3.1 MÅLGRUPPER FOR AKTIVITETERNE

33 procent af indrapporterede aktiviteter rettede sig i 2014 mod målgruppen af ældre, mens sygdomsgrupper og børn, unge og familie var målgruppen for henholdsvis 16 procent og 13 procent af det samlede antal aktiviteter.

En mindre del af aktiviteterne rettede sig mod mere specifikke målgrupper, fx kvinder eller mænd i krise, personer med et nuværende eller tidligere misbrug, hjemløse, sindslidende, ensomme, flygtninge/indvandrere, ofre for vold eller seksuelle overgreb samt pårørende til de nævnte grupper.

De bevillinger, hvor kommunerne har indsendt oplysninger om antal samt målgrupper for de frivillige aktiviteter, beløb sig til i alt 137,8 mio. kr. Dette svarer til mere end 83 procent af den samlede udbetalte støtte i 2014, jf. tabel 3.1

TABEL 3.1

Målgrupper for de kommunalt støttede frivillige aktiviteter i 2014

	Antal	Procent	Samlet støttebeløb Mio.kr.	Procent af samlet støtte
Ældre	1.850	33	28.887.475	21
Børn, unge og familier	716	13	15.438.482	11
Kvinder eller mænd i krise	123	2	6.023.679	4
Handicappede	464	8	7.310.251	5
Misbrugere eller tidligere misbrugere	135	2	7.373.590	5
Hjemløse	51	1	2.697.049	2
Sindslidende	282	5	11.903.834	9
Sygdomsgrupper	872	16	9.743.687	7
Flygtninge og indvandrere	322	6	10.498.689	8
Ensomme	164	3	4.545.781	3
Ofre for vold eller seksuelle overgreb	32	1	595.885	0
Pårørende til ovennævnte grupper	70	1	1.039.199	1
Andre	446	8	31.779.762	23
I alt	5.527	100	137.837.363	100

Note: Kategorien "Andre" dækker over fx boligsociale caféer, bisiddergrupper, genbrugsbutikker, "generelle sociale organisationer", frivilligcentre, frivillighedsformidlinger, selvhjælpsgrupper samt aktivitetshuse, væresteder og sociale caféer.

Kommunerne gav i 2014 § 18-støtte til en række forskellige frivillige foreninger, organisationer og projekter, herunder Dansk Røde Kors, Frelsens Hær, Kirkens Korshær, boligforeninger, diabetesforeninger, genbrugsforretninger med humanitært formål, natteravnene og motion- og sundhedsprojekter samt enkeltstående arrangementer som frivilligdage, kulturweekender med videre.

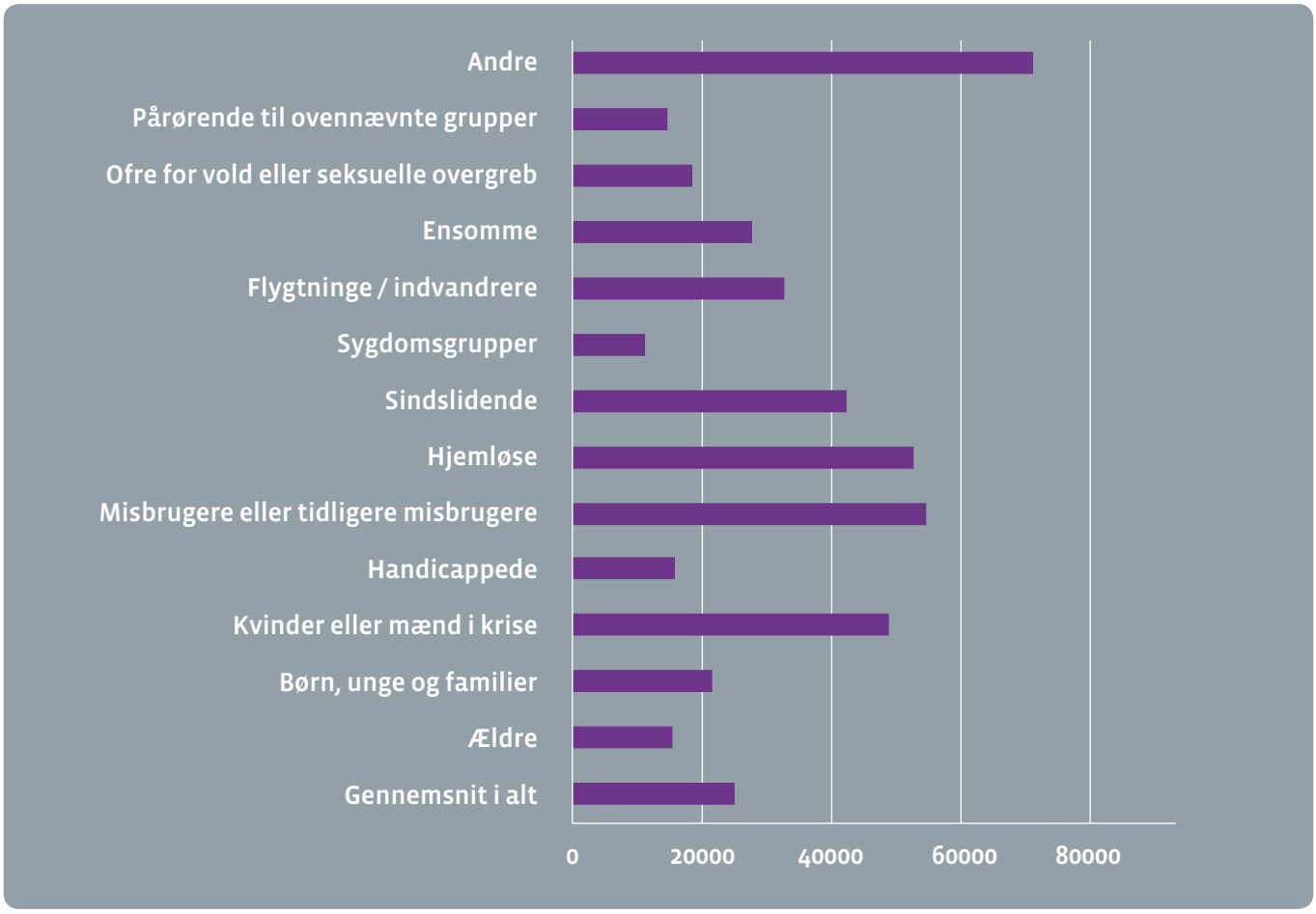
Kommunernes oplysninger tegner et billede af en bred og mangfoldig frivillig indsats, der retter sig mod mange forskellige målgrupper.

3.2 DEN GENNEMSNITLIGE ØKONOMISKE STØTTE TIL FRIVILLIGE AKTIVITETER, FORENINGER OG ORGANISATIONER

I gennemsnit modtog den enkelte forening/organisation i 2014 24.938 kr. i støtte pr. bevilling, jf. figur 3.1. Det er en stigning i forhold til 2012, hvor den gennemsnitlige støtte pr. bevilling var 24.601 kr. De 5.536 foreninger, der modtog støtte til en eller flere aktiviteter, modtog i gennemsnit 30.220 kr. i støtte i 2014.

FIGUR 3.1

Den gennemsnitlige bevilling til frivillige foreninger fordelt efter målgrupper. 2014



Note: Kategorien "Andre" dækker over fx boligsociale caféer, bisiddergrupper, genbrugsbutikker med videre.

Det fremgår af figur 3.1, at aktiviteter, der retter sig mod "Andre", i gennemsnit modtog cirka 71.000 kr. i støtte og derved modtog mest støtte. Herefter følger aktiviteter, der retter sig mod hjemløse samt misbrugere og tidligere misbrugere, der modtog mellem cirka 52.000 kr. og cirka 54.000 kr.

3.3 HAR PROJEKTERNE TIDLIGERE MODTAGET STØTTE EFTER § 18?

Det fremgår af tabel 3.2, at de fleste af de foreninger, der har modtaget § 18-støtte i 2014, er gengangere fra tidligere år. I 2014 havde 80 procent af de foreninger, der modtog støtte, også fået støtte tidligere, jf. tabel 3.2.

TABEL 3.2

Andel af foreninger der tidligere har modtaget § 18-midler

	2010 Procent	2011 Procent	2012 Procent	2013 Procent	2014 Procent
Har tidligere modtaget § 18-midler	85	84	82	83	80
Har ikke tidligere modtaget § 18-mdler	15	16	18	17	20
I alt	100	100	100	100	100

3.4 KOMMUNERNES ANVENDELSE AF DOKUMENTATION

Næsten 70 procent af kommunerne indsamler systematisk information om, hvilke aktiviteter der gennemføres for de bevilgede § 18-midler, og mere end 75 procent af kommunerne indsamler systematisk dokumentation for blandt andet at sikre, at § 18-midlerne anvendes i overensstemmelse med den ansøgning, som har dannet grundlag for bevillingen.

*

BILAG

BILAG 1 STATISTIKKENS BAGGRUND OG METODE

BAGGRUND OG METODE

Efter aftale med Social- og Indenrigsministeriet har Ankestyrelsen oprettet en statistik om det frivillige sociale arbejde, der erstatter de tidligere årligt tilbagevendende survey-undersøgelser.

Den primære baggrund for etableringen af statistikken er, at de oplysninger om det frivillige sociale arbejde, som Ankestyrelsen siden 2010 har skullet indsamle, i det væsentligste er basisoplysninger om ressourcer, herunder økonomi. Disse spørgsmål har været tilbagevendende i de senere år, og det forventes, at de skal gentages for at gøre det muligt at følge udviklingen i støtten til det frivillige sociale arbejde over tid.

Rammerne for § 18-statistikken er fastsat af en arbejdsgruppe bestående af Frivilligrådet, KL samt Social- og Indenrigsministeriet. De indhentede data er indsamlet på baggrund af en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse.

SPØRGESKEMAET

Ankestyrelsen udsendte i april 2014 et spørgeskema til landets kommuner. Herefter er de kommuner, der ikke overholdt svarfristen, blevet rykket for oplysninger både via e-mail og ved telefoniske henvendelser. De sidste besvarelser er sendt til Ankestyrelsen i august 2014.

Undersøgelsen indeholder svar fra 98 kommuner, og besvarelsesprocenten er derfor 100 procent

Det er ikke alle kommuner, der har besvaret samtlige spørgsmål, og det er heller ikke alle kommuner, der nødvendigvis skal besvare samtlige spørgsmål. Derfor kan antallet af svarkommuner variere i rapportens tabeller og figurer. Antallet af besvarelser kan aflæses i forbindelse med de enkelte tabeller med videre.

I nogle af tabellerne har decimalafrundinger medført, at procenten ikke summer til 100.

UDGIFTERNE TIL DET FRIVILLIGE SOCIALE ARBEJDE

Undersøgelsen beskriver blandt andet kommunernes tilskud til det frivillige sociale arbejde.

For at verificere oplysningerne har vi sendt individuelle e-mails til de kommuner, hvor Danmarks Statistiks opgørelse over udgifterne til frivilligt socialt arbejde i 2014 varierede mest i forhold til de oplysninger, Ankestyrelsen har modtaget. I nogle tilfælde har Ankestyrelsen også rettet telefonisk henvendelse, især med henblik på at korrigere økonomioplysningerne om § 18-støtten.

Derudover har Ankestyrelsen rettet henvendelse til de kommuner, hvor støtten til det frivillige sociale arbejde er ændret væsentligt fra 2013 til 2014. Der har været tale om kommuner, hvor støtten er oplyst at være faldet eller steget betydeligt. Henvendelserne er sket for at verificere oplysningerne og har omfattet cirka 20 procent af kommunerne.

De kommunefordelte opgørelser over støtten til det frivillige sociale arbejde i 2014 fremgår af kort 1 og bilag 2. Ved sammenligning af de enkelte kommuners støtte til det frivillige sociale arbejde i bilag 2 skal der gøres opmærksom på, at retningslinjerne for kontering af udgifterne til frivilligt socialt arbejde rummer en vis frihed for kommunerne. Kommunerne kan således vælge at opføre udgifterne til fx frivilligcentre under konto 5.99.003, hvilket vil sige frivilligt socialt arbejde efter servicelovens § 18, eller de kan vælge at placere udgifterne på andre konti, hvor det lokalt findes mest hensigtsmæssigt.

Det betyder, at den direkte sammenligning af kommunernes støtte til det frivillige sociale arbejde efter servicelovens § 18 må tages med denne form for forbehold. Omkring halvdelen af kommunerne har fx et eller flere frivilligcentre i kommunen, hvor konteringen således kan variere.

DE STØTTEDE FORENINGER

Kommunerne har oplyst, at 5.536 frivillige sociale foreninger modtog støtte.

Det skønnes, at de frivillige aktiviteter, som kommunerne har oplyst om, udgør mere end 83 procent af det samlede antal støttede aktiviteter. De aktiviteter, som kommunerne har belyst med hensyn til blandt andet målgrupper, vurderes at være et tilstrækkeligt grundlag for at give et retvisende billede af fordelingen af støtten mellem de forskellige målgrupper.

HENT SELV OPLYSNINGER I TAL FRA ANKESTYRELSEN

Flere af de oplysninger, der indgår som grundlag for statistikken om det frivillige sociale arbejde, er offentliggjort under Tal fra Ankestyrelsen på Ankestyrelsens hjemmeside: http://www.ast.dk/tal-og-undersogelser/tal-fra-ankestyrelsen. Statistik om frivilligt socialt arbejde. Her er det også muligt at hente data på kommuneniveau.

.

BILAG 2 UDBETALT STØTTE, BLOKTILSKUD MED VIDERE 2014

	Område	Udbetalt § 18-støtte i 1000 kr.	Bloktilskud i 1000 kr.	§ 18-støtte i procent af bloktilskud	Øvrig støtte i 1000 kr.	§ 18-støtte plus øvrig støtte i procent af bloktilskud	Indbyggere i 2014
	Hele landet	**167.318**	**158.004**	**106**	**97.103**	**167**	**5.627.235**
1084	**Region Hovedstaden**	**43.353**	**49.104**	**88**	**11.920**	**113**	**1.749.405**
101	København	17.544	15.960	110	-	110	569.557
147	Frederiksberg	4.532	2.736	166	210	173	102.717
151	Ballerup	959	1.452	66	75	71	48.514
153	Brøndby	524	1.140	46	402	81	34.580
155	Dragør	87	348	25	42	37	13.977
157	Gentofte	3.097	2.004	155	-	155	74.282
159	Gladsaxe	614	1.896	32	2.405	159	66.656
161	Glostrup	104	624	17	286	63	22.066
163	Herlev	1.178	756	156	-	156	27.706
165	Albertslund	880	912	96	370	137	27.728
167	Hvidovre	491	1.560	31	1.200	108	51.842
169	Høje-Taastrup	1.312	1.500	87	1.092	160	48.807
173	Lyngby-Taarbæk	915	1.488	61	247	78	54.237
175	Rødovre	838	1.164	72	479	113	37.552
183	Ishøj	316	732	43	-	43	21.547
185	Tårnby	1.640	1.188	138	750	201	41.992
187	Vallensbæk	203	384	53	-	53	15.095
190	Furesø	444	972	46	350	82	38.492
201	Allerød	368	612	60	247	100	24.175
210	Fredensborg	1.209	1.080	112	350	144	39.585
217	Helsingør	1.768	1.776	100	756	142	61.519
219	Hillerød	716	1.284	56	408	88	48.695
223	Hørsholm	288	660	44	432	109	24.709
230	Rudersdal	352	1.464	24	652	69	55.034
240	Egedal	396	1032	38	396	77	42.210
250	Frederikssund	554	1.200	46	150	59	44.401
260	Halsnæs	277	912	30	620	98	30.647
270	Gribskov	1.083	1.080	100	-	100	40.778
400	Bornholms kommune	666	1.188	56	-	56	40.215

	Område	Udbetalt § 18-støtte i 1000 kr.	Bloktilskud i 1000 kr.	§ 18-støtte i procent af bloktilskud	Øvrig støtte i 1000 kr.	§ 18-støtte plus øvrig støtte i procent af bloktilskud	Indbyggere i 2014
1085	**Region Sjælland**	**20.289**	**23.160**	**88**	**12.415**	**141**	**816.726**
253	Greve	315	1.296	24	1.500	140	48.095
259	Køge	800	1.668	48	200	60	58.374
265	Roskilde	2.001	2.184	92	1.120	143	84.219
269	Solrød	146	540	27	410	103	21.339
306	Odsherred	620	948	65	-	65	32.534
316	Holbæk	1.418	1.956	72	2.949	223	69.016
320	Faxe	814	972	84	814	167	35.119
326	Kalundborg	2.291	1.428	160	438	191	48.358
329	Ringsted	1.143	936	122	-	122	33.349
330	Slagelse	4.327	2.256	192	-	192	76.948
336	Stevns	225	612	37	311	88	21.825
340	Sorø	537	816	66	468	123	29.299
350	Lejre	251	696	36	1.998	323	26.989
360	Lolland	1.135	1.476	77	102	84	43.528
370	Næstved	2.295	2.232	103	1.080	151	81.432
376	Guldborgsund	972	1.812	54	986	108	61.007
390	Vordingborg	1.000	1.332	75	40	78	45.295

	Område	Udbetalt § 18-støtte i 1000 kr.	Bloktilskud i 1000 kr.	§ 18-støtte i procent af bloktilskud	Øvrig støtte i 1000 kr.	§ 18-støtte plus øvrig støtte i procent af bloktilskud	Indbyggere i 2014
1083	**Region Syddanmark**	**44.422**	**34.308**	**129**	**33.806**	**228**	**1.202.509**
410	Middelfart	1.343	1.032	130	-	130	37.685
420	Assens	800	1.188	67	35	70	41.037
430	Faaborg-Midtfyn	1.655	1.452	114	-	114	51.078
440	Kerteminde	268	660	41	709	148	23.665
450	Nyborg	411	912	45	10	46	31.314
461	Odense	7.912	5.544	143	15.789	428	195.797
479	Svendborg	2.872	1.632	176	2.872	352	57.979
480	Nordfyn	996	816	122	350	165	29.066
482	Langeland	306	396	77	-	77	12.695
492	Ærø	119	180	66	-	66	6.393
510	Haderslev	1.174	1.620	72	1.200	147	55.906
530	Billund	915	744	123	8	124	26.318
540	Sønderborg	3.311	2.220	149	3.074	288	75.264
550	Tønder	669	1.152	58	1.029	147	38.316
561	Esbjerg	4.944	3.312	149	-	149	115.095
563	Fanø	100	96	104	75	182	3.264
573	Varde	1.094	1.404	78	1.863	211	49.958
575	Vejen	959	1.212	79	197	95	42.667
580	Aabenraa	1.066	1.728	62	1.999	177	58.970
607	Fredericia	1.415	1.464	97	230	112	50.324
621	Kolding	6.188	2.496	248	-	248	90.066
630	Vejle	5.896	3.048	193	4.403	338	109.652

	Område	Udbetalt § 18-støtte i 1000 kr.	Bloktilskud i 1000 kr.	§ 18-støtte i procent af bloktilskud	Øvrig støtte i 1000 kr.	§ 18-støtte plus øvrig støtte i procent af bloktilskud	Indbyggere i 2014
1082	**Region Midtjylland**	**42.763**	**35.304**	**121**	**33.760**	**217**	**1.277.538**
615	Horsens	2.481	2.412	103	1.121	149	85.662
657	Herning	3.047	2.388	128	3.047	255	86.842
661	Holstebro	1.546	1.572	98	500	130	57.338
665	Lemvig	634	588	108	-	108	20.933
671	Struer	744	636	117	-	117	21.533
706	Syddjurs	760	1.128	67	25	70	41.719
707	Norddjurs	651	1.080	60	100	70	37.925
710	Favrskov	605	1.272	48	-	48	47.163
727	Odder	235	600	39	148	64	21.773
730	Randers	2.593	2.688	96	948	132	96.343
740	Silkeborg	1.309	2.460	53	725	83	89.633
741	Samsø	128	96	133	-	133	3.767
746	Skanderborg	2.656	1.548	172	-	172	58.176
751	Århus	17.079	8.940	191	22.239	440	323.893
756	Ikast-Brande	1.286	1.128	114	931	197	40.602
760	Ringkøbing-Skjern	2.079	1.596	130	922	188	57.093
766	Hedensted	1.269	1.248	102	511	143	45.715
779	Skive	764	1.344	57	2.542	246	46.942
791	Viborg	2.896	2.580	112	-	112	94.486

	Område	Udbetalt § 18-støtte i 1000 kr.	Bloktilskud i 1000 kr.	§ 18-støtte i procent af bloktilskud	Øvrig støtte i 1000 kr.	§ 18-støtte plus øvrig støtte i procent af bloktilskud	Indbyggere i 2014
1082	**Region Nordjylland**	**16.491**	**16.128**	**102**	**5.203**	**135**	**581.057**
773	Morsø	755	648	117	-	117	21.003
787	Thisted	1.976	1.272	155	15	157	44.230
810	Brønderslev-Dronninglund	670	984	68	484	117	35.627
813	Frederikshavn	1.439	1.728	83	220	96	60.458
820	Vesthimmerland	770	1.080	71	-	71	37.479
825	Læsø	51	60	85	-	85	1.808
840	Rebild	1.146	768	149	-	149	28.794
846	Mariagerfjord	916	1.164	79	-	79	42.093
849	Jammerbugt	1.478	1.056	140	724	209	38.351
851	Aalborg	5.970	5.532	108	-	108	205.809
860	Hjørring	1.320	1.836	72	3.760	277	65.405

BILAG 3 UDVIKLINGEN I UDBETALT STØTTE OG ANVENDTE TILSKUD 2010-2014 I LØBENDE PRISER

I tabellen nedenfor vises i løbende priser det materiale, der ligger til grund for rapportens tabel 2.1 om udbetalt støtte og statstilskud i perioden 2010 til 2014. Tabel 2.1 er opgjort i faste priser (Pris og løn reguleret, udgangsår 2014), mens nedenstående opgørelse er i løbende priser.

I 2014 udbetalte kommunerne 167,3 mio. kr. i støtte til det frivillige sociale arbejde efter servicelovens § 18, hvilket i løbende priser var en stigning på 7,5 mio. kr. i forhold til 2013.

Kommunerne modtog i 2014 i alt 158 mio.kr. i bloktilskud fra staten til det frivillige arbejde. Kommunerne anvendte dermed 9,3 mio. kr. mere end de modtog i statstilskud, hvilket svarer til, at kommunerne samlet set anvendte 106 procent af bloktilskuddet

TABEL 3.3

Udviklingen i udbetalt støtte og modtaget statstilskud. Løbende priser. Mio.kr.

	2010	2011	2012	2013	2014
Udbetalt § 18-støtte	142,5	144,5	156,2	159,8	167,3
Modtaget i statstilskud	148,4	149,9	153,5	155,8	158,0
Merforbrug	-5,9	-5,4	2,7	4	9,3

BILAG 4 NDBERETNINGSSKEMA OM FRIVILLIGT SOCIALT ARBEJDE 2014 EFTER LOV OM SOCIAL SERVICE § 18

Kommune:

Kontaktperson:

Telefonnummer:

E-mail:

SPØRGSMÅL OM STØTTEN

1. OPLYS DET UDBETALTE STØTTEBELØB TIL FRIVILLIGT SOCIALT ARBEJDE I KR. - JF. SERVICELOVENS § 18:

a. Regnskab 2014

2. HAR KOMMUNEN OVERFØRT EVENTUELLE UUDNYTTEDE § 18-MIDLER FRA 2014 TIL 2015?

Ja eller nej: Ja ☐ Nej ☐

2.A HVIS „JA“ I SPØRGSMÅL 2, HVILKET BELØB HAR KOMMUNEN OVERFØRT FRA 2014 TIL 2015?

Beløbet i hele kr.

2.B HVIS „JA“ I SPØRGSMÅL 2, HVAD ER ÅRSAGEN TIL AT KOMMUNEN HAR OVERFØRT UUDNYTTEDE § 18-MIDLER FRA 2014 TIL 2015?

Markér det eller de relevante felter

a. Manglede ansøgninger, der opfyldte opstillede kriterier ☐

b. Kvaliteten i ansøgningerne var ikke tilfredsstillende ☐

c. Andet ☐
Hvis markering i „c. Andet“, oplys hvad:

2.C HVAD ANVENDER KOMMUNEN DE UUDNYTTEDE § 18-MIDLER TIL?

Markér det eller de relevante felter

a. Finansiering af frivilligcentre ☐

b. Finansiering af frivilligkoordinator/frivilligsekretariat ☐

c. Andet ☐

Hvis markering i „c. Andet" beskriv kort hvad midlerne anvendes/påtænkes anvendt til:

3. HAR KOMMUNEN I 2014 STØTTET INDSATSER ELLER PROJEKTER MED ØKONOMISKE TILSKUD, HVOR FRIVILLIGT SOCIALT ARBEJDE INDGÅR SOM EN SOCIAL INDSATS OVER FOR UDSATTE BORGERE?

Der ønskes oplysninger om det samlede økonomiske tilskud udover den støtte, der er oplyst i spørgsmål 1 om støtte efter servicelovens § 18. Tilskuddet kan fx omfatte økonomisk støtte til korterevarende projekter, bevillinger der løber over flere år eller støtte, der ydes under kommunens enkelte forvaltningsområder/driftsområder, men også økonomisk støtte til fx frivilligcentre. Der ønskes alene oplysninger om indsatser, hvor frivilligt socialt arbejde er involveret som del af aktiviteten/indsatsen.

Ja eller nej: Ja ☐ Nej ☐

3.A HVIS „JA" I SPØRGSMÅL 3, ANGIV DEN SAMLEDE STØTTE FOR ÅRET 2014:

Hvis det præcise beløb ikke kendes, kan der anvendes et kvalificeret skøn

Beløbet i hele kr.

3.B BESKRIV KORT HVILKE STØTTEDE AKTIVITETER, DER ER TALE OM:

Beskrivelse af støttede aktiviteter:

4. HAR KOMMUNEN YDET ANDRE FORMER FOR STØTTE END KONTANT ØKONOMISK STØTTE I 2014 (FX STILLET LOKALER TIL RÅDIGHED)?

Markér det relevante felt

Ja eller nej: Ja ☐ Nej ☐

4.A HVIS „JA“ TIL SPØRGSMÅL 4, OPLYS HVILKE ANDRE FORMER FOR STØTTE END KONTANT ØKONOMISK STØTTE, KOMMUNEN HAR YDET I 2014:

Markér det eller de relevante felter

a. Lokaler ☐

b. Sekretærbistand ☐

c. Støtte til annoncering ☐

d. Konsulentbistand ☐

e. Andet ☐

Hvis markering i „e. Andet“, angiv hvilken:

STØTTEN FORDELT PÅ FORENINGERNE

5. HVOR MANGE FRIVILLIGE SOCIALE FORENINGER MODTOG § 18-STØTTE I 2014?

Antal frivillige sociale foreninger

6. MÅLGRUPPERNE I DEN FRIVILLIGE INDSATS

Oplys om det samlede antal foreninger inden for hver af de enkelte målgrupper og den udbetalte § 18-støtte

Antal foreninger og samlet støttebeløb

a. Ældre

b. Børn, unge og familier

c. Kvinder eller mænd i krise

d. Handicappede

e. Misbrugere eller tidligere misbrugere

f. Hjemløse

g. Sindslidende

h. Sygdomsgrupper

i. Flygtninge/indvandrere

j. Ensomme

k. Ofre for vold eller seksuelle overgreb

l. Pårørende til ovennævnte grupper

m. Andre

Hvis oplysning i „m. Andre“, angiv hvem:

7. I HVILKET OMFANG HAR AKTIVITETERNE TIDLIGERE FÅET STØTTE VIA § 18:

Kendes den præcise procentfordeling ikke, kan der anvendes et kvalificeret skøn

Procent

a. Aktiviteter, der ikke tidligere har fået støtte

b. Aktiviteter, der tidligere har fået støtte

I alt (a+b)=100 pct. **100**

8. HVIS KOMMUNEN HAR UDPEGET EN SÆRLIG KONTAKTPERSON TIL DET FRIVILLIGE SOCIALE ARBEJDE, OPLYS NAVN OG E-MAIL PÅ KONTAKTPERSON:

Kontaktperson:

E- mail:

9. INDSAMLER KOMMUNEN SYSTEMATISK INFORMATION OM, HVILKE AKTIVITETER DER FAKTISK GENNEMFØRES FOR DE BEVILLIGEDE § 18-MIDLER?

Markér det relevante felt

Ja eller nej: Ja ☐ Nej ☐

9.A INDSAMLER KOMMUNEN SYSTEMATISK DOKUMENTATION FOR BL.A. AT PÅSE, OM § 18-MIDLERNE ANVENDES I OVERENSSTEMMELSE MED DE ANSØGNINGER, HVOREFTER MIDLERNE ER BEVILLIGET?

Ja eller nej: Ja ☐ Nej ☐

EVENTUELLE BEMÆRKNINGER TIL BESVARELSEN AF SKEMAET KAN NOTERES HER:

Social- og Indenrigsministeriet,
Udsatte og Civilsamfund
Holmens kanal 22
1060 København K
sim@sm.dk
www.sim.dk

Bilagsforside

Dokument Navn:	SUU budgetopfølgning 310816.pdf
Dokument Titel:	SUU budgetopfølgning 310816
Dokument ID:	1418889
Placering:	Emnesager/P - SUU budgetopfølgning 310816/Dokumenter
Dagsordens titel	SUU - budgetopfølgning 310816
Dagsordenspunkt nr	4
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1

Frederikshavn Kommune
Sundhedsudvalget

Budgetopfølgning pr. 31.08.2016

Center for Økonomi og personale, d. 14-09-16

FREDERIKSHAVN KOMMUNE

Sundhedsudvalgets
Budgetopfølgning pr. 31 08. 2016

1. Udvikling vist på hovedområder
2. Indledning
3. Konklusion på budgetopfølgningen
4. Sammenfatning for Center for Social og Sundhedsmyndighed.
5. Sammenfatning Center for Sundhed og Pleje.
6. Sammenfatning Center for Familie.
7. Sammenfatning Direktørens område
8. Anlæg
9. Specificerede redegørelser for udvalgte områder

1. Udvikling - vist på hovedområder.

Drift

(nettobeløb vist i 1.000 kr.) - = overskud	Oprindeligt budget 2016	Korrigeret budget 2016	Forventet regnskab pr. 30/4 2016	Forventet regnskab pr. 31/8 2016	Forventet afvigelse
	1	2	3	4	4 – 2
Social og Sundhedsmyndighed	218.305	218.113	217.404	222.113	4.000
Sundhed og Pleje	78.478	81.050	80.927	80.250	-800
Tandpleje og Sundhedstjeneste	28.183	28.500	29.120	29.000	500
Direktørens område	6.259	4.534	2.071	834	-3.700
Total	331.225	332.197	329.522	332.197	0

Hensatte beløb:

					*se under indledning
Bankbøger		**3.330**	**0**	**0**	**-3.330**

Anlæg

(nettobeløb vist i 1.000 kr.) - = overskud	Oprindeligt budget 2016	Korrigeret budget 2016	Forventet regnskab pr. 30/4 2016	Forventet regnskab pr. 31/8 2016	Forventet afvigelse
	1	2	3	4	4 – 2
Total	**1.482**	**1.488**	**1.482**	**1.488**	**0**

Hensatte beløb:

					*se under indledning
Anlægsoverskud fra 2015		**1.520**	**0**	**0**	**-1.520**

2. Indledning.
De budgetansvarlige har sammen med Økonomicenteret gennemgået budget og hidtidigt forbrug, samt mængder/aktiviteter og andre budgetforudsætninger. På dette grundlag er der udarbejdet en redegørelse for de væsentligste afvigelser.

Materialet omfatter således ikke en fuldstændig beskrivelse af udvalgets omkostningssteder, men kun de omkostningssteder hvor der er udsigt til væsentlige afvigelser, eller hvor andre særlige forhold er registreret.

Regnskab 2015:

De overførte beløb på bankbøger/anlæg indgår ikke i budgetopfølgningens estimater og konklusioner, idet disse, iht. økonomiudvalgets beslutning, ikke er en forbrugsmulighed i 2015, og henstår alene som en evt. fremtid option.

Drift:
Nettoresultatet fra 2015, et driftsoverskud på 4,6 mio. kr., er tillagt således, at der er indregnet et overskud på 1,3 mio. kr. i driftsbudgettet for 2016 og den resterende del, 3,3 mio. kr., indgår i saldoen under bankbøger.

Anlæg:
Nettoresultatet fra 2015, et overskud på 1,5 mio. kr., er tilført således, at det optages under Sundhedsudvalgets anlægsbudget for 2016, men er omfattet samme bindinger som det overførte driftsresultat.

De overførte beløb på bankbøger/anlæg indgår ikke i budgetopfølgningens estimater og konklusioner, idet disse, iht. økonomiudvalgets beslutning, ikke er en forbrugsmulighed i 2016, og henstår alene som en evt. fremtid option.

3. Konklusion på budgetopfølgningen.

Sundhedsudvalgets korrigerede budget for 2016 udgør 332,2 mio. kr. netto.

Sundhedsudvalgets budgetopfølgning pr. 31.08-16 udviser pt. at der forventes balance mellem budget og forbrug. ved årets udgang.

I ovenstående forventning er det forudsat, at der for de resterende 4 måneder af 2016 vil være samme tendens i udgiftsniveauet for kommunens medfinansiering af de regionale sundhedsudgifter, som har været kendetegnet i de første 8 måneder af indeværende regnskabsår, i forhold til det periodiserede budget.

Budgettet og betaling til medfinansiering af de aktivitetsbestemte sundhedsudgifter udgør den væsentligste del af udvalgets budgetramme, og afvigelser på dette område vil derfor også medvirke til store forskydninger i de forventede resultater

4. Sammenfatning: Center for Social og Sundhedsmyndighed

Netto (kr. x 1.000) - = mindreforbrug	Oprindelig budget 2016	Korrigeret Budget 2016	Forventet regnskab pr. 30/4	Forventet regnskab pr. 31/8	Forventet afvigelse
Social og Sundhedsmyndighed.	**218.305**	**218.113**	**217.404**	**222.113**	**4.000**

Merforbruget omfatter følgende afvigelser:

Vederlagsfri fysioterapi	merforbrug	0,9 mio, kr
Kommunens medfinansiering af Sundhedsvæsenet	merforbrug	3,1 mio. kr.

Der henvises til nærmere specifikation af Centrets budgetopfølgning for de enkelte indsatsområder på de følgende sider

5. Sammenfatning: Center for Sundhed og Pleje

Netto (kr. x 1.000) - = mindreforbrug	Oprindelig budget 2016	Korrigeret Budget 2016	Forventet regnskab pr. 30/4	Forventet regnskab pr. 31/8	Forventet afvigelse
Sundhed og Ældre	**78.478**	**81.050**	**80.927**	**80.250**	**-800**

Mindreforbruget vedrører væsentligst træningsområdet.

Der henvises til nærmere specifikation af Centrets budgetopfølgning for de enkelte indsatsområder på de følgende sider

6. Sammenfatning: Center for Familie

Netto (kr. x 1.000) - = mindreforbrug	Oprindelig budget 2016	Korrigeret Budget 2016	Forventet regnskab pr. 30/4	Forventet regnskab pr. 31/8	Forventet afvigelse
Sundhedstjeneste og Tandpleje	**28.183**	**28.500**	**29.120**	**29.000**	**500**

Merforbruget omfatter følgende afvigelser:

Sundhedstjenesten	mindreforbrug	-0,9 mio. kr.
Tandplejen	merforbrug	1,4 mio. kr.

Der henvises til nærmere specifikation af Centrets budgetopfølgning for de enkelte indsatsområder på de følgende sider

7. Sammenfatning for Direktørens område

Netto (kr. x 1.000) - = mindreforbrug	Oprindelig budget 2016	Korrigeret Budget 2016	Forventet regnskab pr. 30/4	Forventet regnskab pr. 31/8	Forventet afvigelse
Centrale Puljer	**6.259**	**4.534**	**2.071**	**834**	**-3.700**

Under Direktørens område er der afsat 3,0 mio. kr. til afledte udgifter iforbindelse med sundhedsaftalen.
Endvidere er der, ved midtvejsreguleringen for 2016 tilført 0,7 mio. kr. til akutfunktioner i hjemmeplejen samt 0,4 til den ældremedicinske patient (kompetenceløft.)

Grundet periodeforskydninger forventes et samlet mindreforbrug på 3,7 mio. kr., der kan anvendes til reducering af merforbrug på andre områder.

8. Anlæg

Den samlede anlægsramme udgør 1,5 mio. kr. og de forventede udgifter estimeres til 1,5 mio. kr. og dermed balance.
Hertil kommer overført overskud fra 2015 på 1,5 mio. kr.

9. Specificerede redegørelser for udvalgte områder

..... Side

CENTER for SOCIAL OG SUNDHEDSMYNDIGHED:
Sammendrag 7
Medfinansiering og finansiering af sundhedsudgifter 8
Vederlagsfri Fysioterapi 11

CENTER FOR SUNDHED OG PLEJE ..... Side
Sammendrag 12

CENTER FOR FAMILIE ..... Side
Sammendrag 15

DIREKTØRENS OMRÅDE ..... Side
Sammendrag 16

SUNDHEDSUDVALGET
Budgetopfølgning pr. 31.08.16

Center for Social- og Sundhedsmyndighed
Sammendrag

KORT PRÆSENTATION:
Center for Social- og Sundhedsmyndighed varetager samtlige myndighedsopgaver indenfor social- og sundhedsområdet. Myndighedsopgaverne på Sundhedsudvalgets område omfatter:

Vederlagsfri fysioterapi SUL § 140 a
Træning SUL § 140
Træningskørsel SUL § 172

Budget og budgetansvar vedr. træning og træningskørsel ligger henholdsvis i Center for Sundhed og Pleje og Center for Bibliotek og Borgerservice – kørselskontoret og beskrives der.

Udover de ovenfor anførte myndighedsopgaver varetager centret betalingsforholdet vedr. medfinansiering og finansiering af de regionale sundhedsudgifter, herunder sygehusindlæggelser, sygesikringsydelser mv.

MÅL OG MÅLOPFYLDELSE:
Målene fremgår af særskilte beskrivelser af de enkelte områder vedr. medfinansiering og finansiering af sundhedsudgifter samt vederlagsfri fysioterapi.

AKTIVITETER OG AKTIVITETSTAL:
Aktivitetstallene for de enkelte myndighedsområder fremgår af de særskilte beskrivelser.

RESSOURCEFORBRUG:
Center for Social- og Sundhedsmyndigheds samlede korrigerede budget for 2016 udgør 218,1 mio. kr. efter overførelse af ØKD 2015, og fordeler sig således:

Myndighedschefens område	0,3 mio. kr.
Medfinansiering og finansiering af Sundhedsudgifter	208,3 mio. kr.
Vederlagsfri Fysioterapi	9,5 mio. kr.

Budgetopfølgningen pr. 31.08.16 er baseret på det faktiske forbrug pr. 31.08.16 samt øvrige kendte forhold for restperioden og beskriver de områder, hvor der på nuværende tidspunkt er konstateret væsentlige afvigelser mellem budget og forventet forbrug. På den baggrund forventes et samlet netto merforbrug på 4,0 mio. kr. ultimo 2016, som fordeler sig således:

Medfinansiering og finansiering af sundhedsudgifter	merforbrug	3,1 mio. kr.
Vederlagsfri fysioterapi	merforbrug	0,9 mio. kr.

Der henvises til de efterfølgende specifikationer, hvor de enkelte områder med væsentlige afvigelser er opgjort.

SUNDHEDSUDVALGET Budgetopfølgning pr. 31.08.16	Center for Social- og Sundhedsmyndighed Medfinansiering og finansiering af sundhedsudgifter

KORT PRÆSENTATION:

Kommunerne har siden 1. januar 2007 været inddraget i finansieringen af sundhedsområdet. Pr. 1. juni 2011 er " Lov om ændring af lov om regionernes finansiering" vedtaget med virkning fra 1. januar 2012. Loven har medført, at den kommunale medfinansiering af sundhedsvæsnet siden 1. januar 2012 udelukkende har været aktivitetsafhængig.

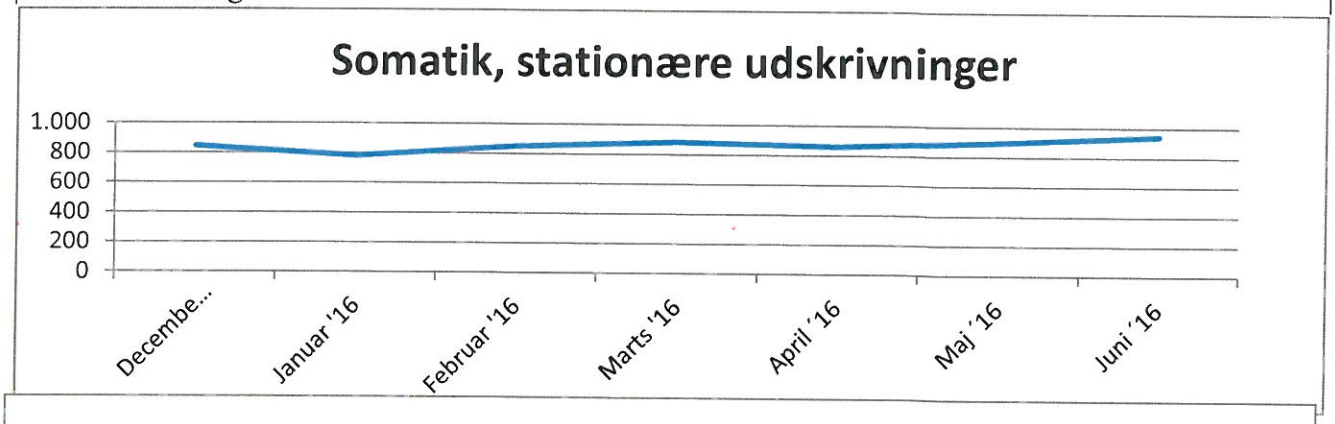
MÅL OG MÅLOPFYLDELSE:

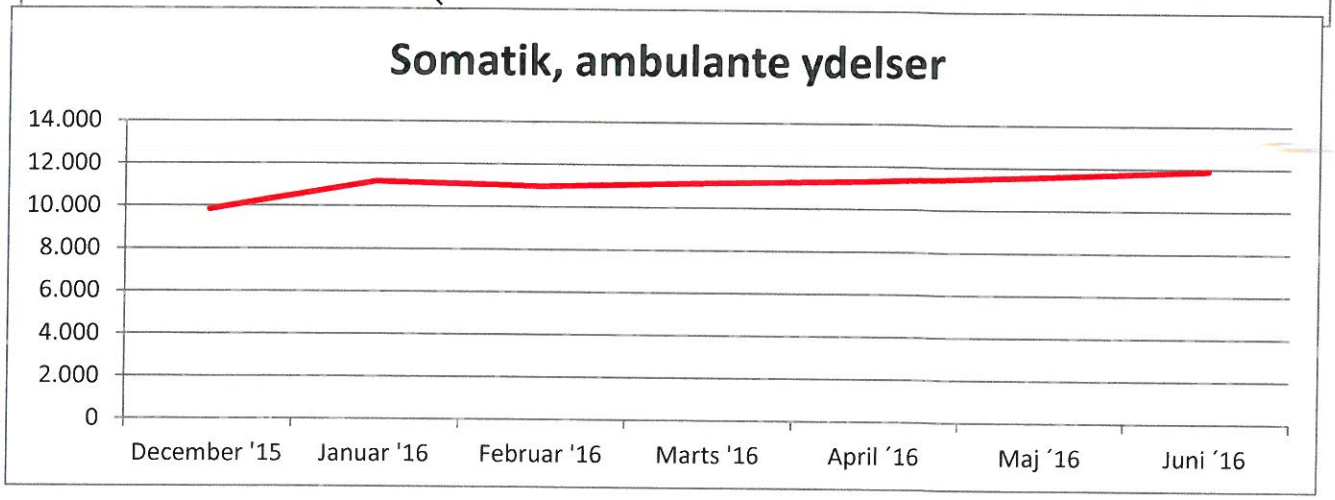
Somatik, psykiatri, herunder færdigbehandlede patienter samt Sygesikringsydelser:
Det overordnede mål og ønske er at nedbringe aktiviteten på somatik, psykiatri og sygesikringsydelser ved forebyggende tiltag, samt formindske antal af færdigbehandlede patienter ved hurtigere hjemtagning fra sygehusene.

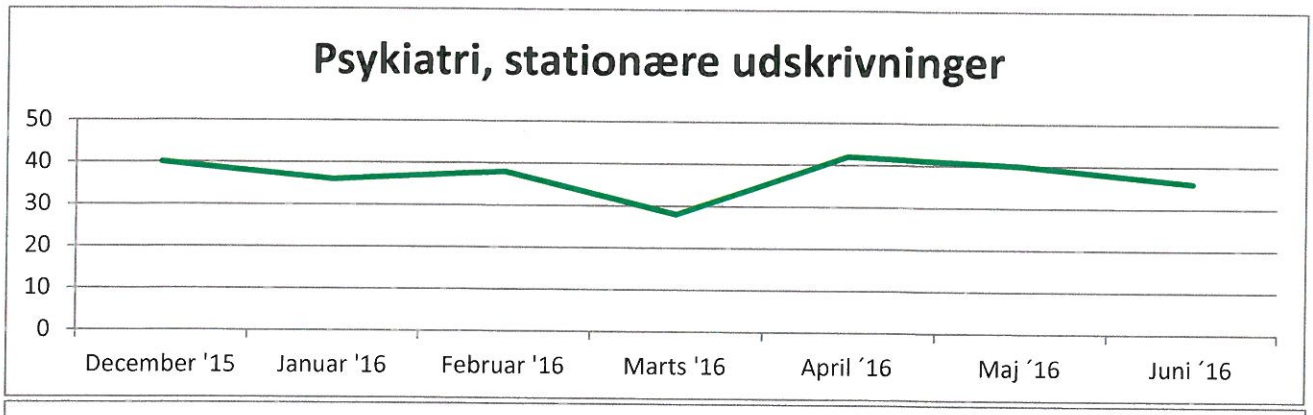
NB! I de efterfølgende grafer opgøres alene aktiviteten og altså ikke betalingen for denne

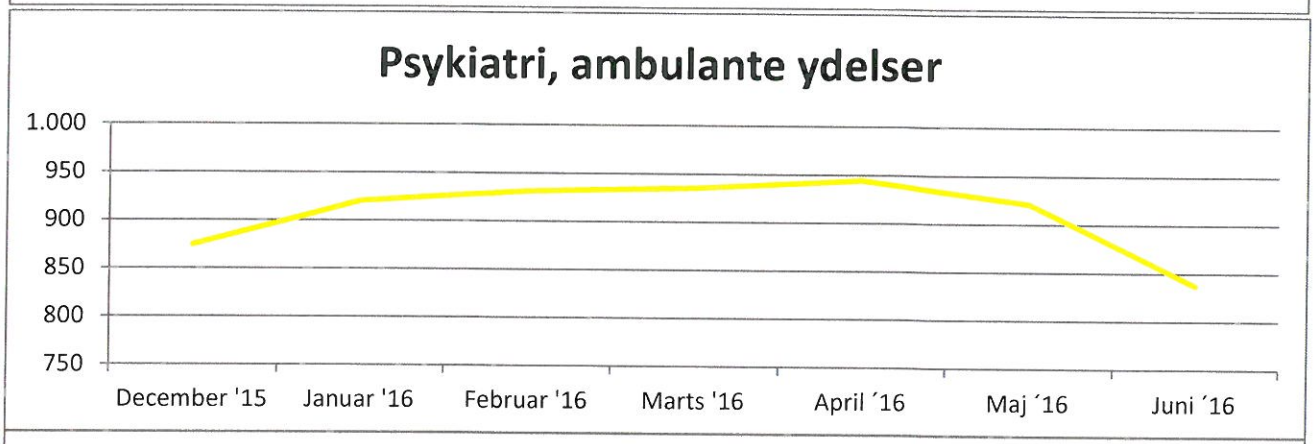
AKTIVITET OG AKTIVITETSTAL:

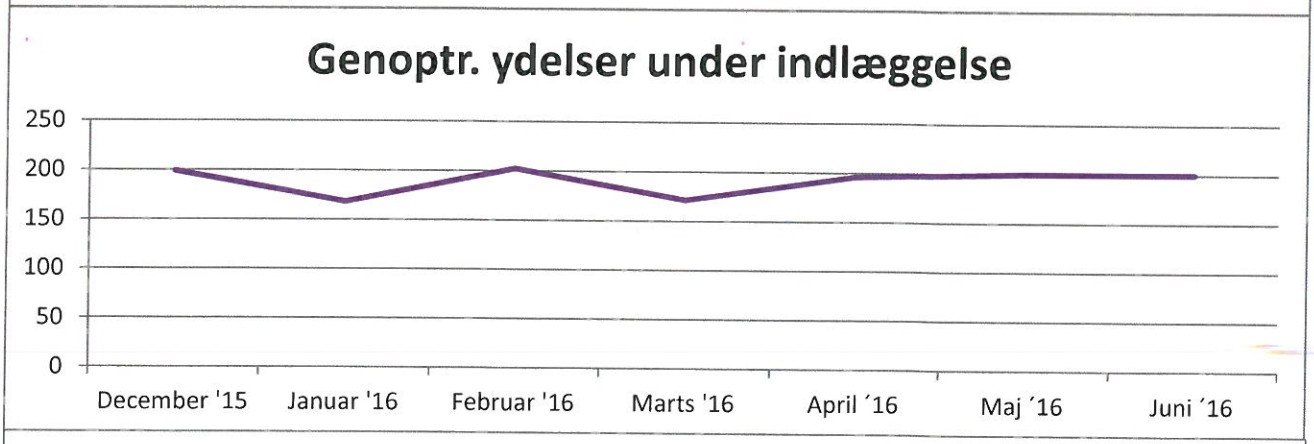
Medfinansiering:

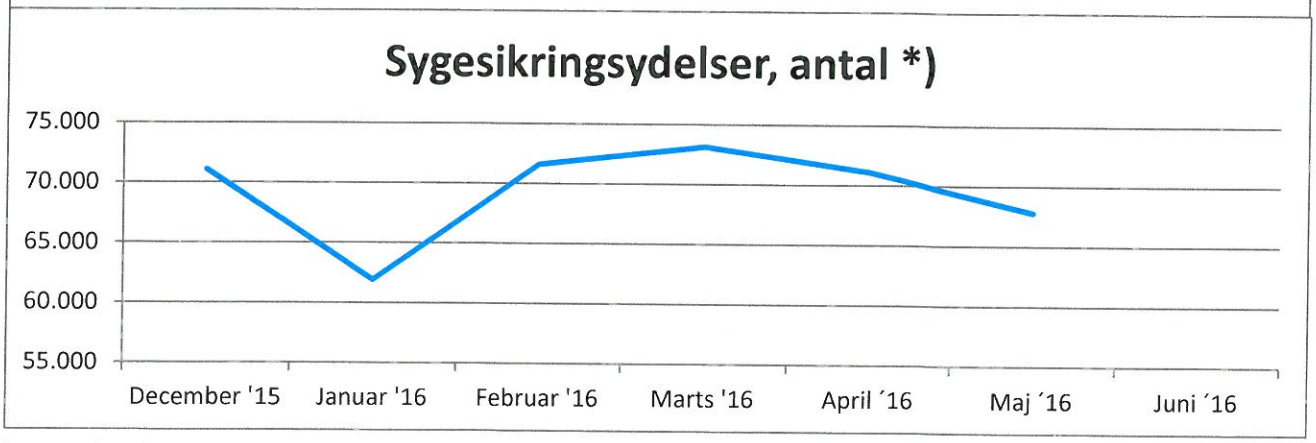






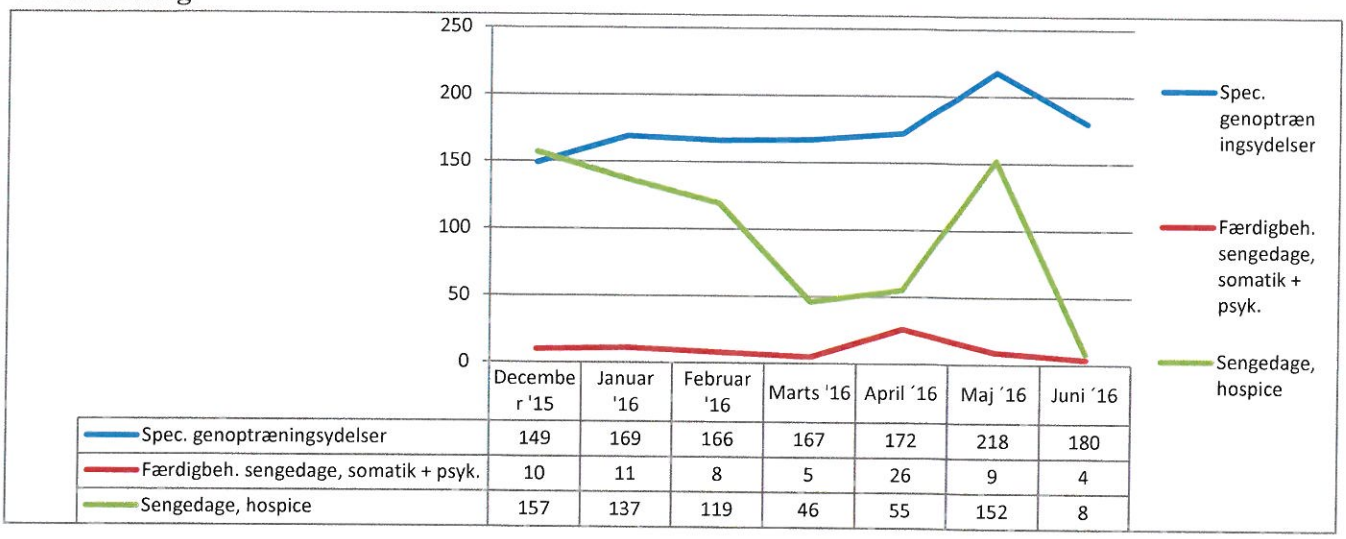






*) Data foreligger endnu ikke for juni 2016.

Finansiering:



	Decembe r '15	Januar '16	Februar '16	Marts '16	April '16	Maj '16	Juni '16
Spec. genoptræningsydelser	149	169	166	167	172	218	180
Færdigbeh. sengedage, somatik + psyk.	10	11	8	5	26	9	4
Sengedage, hospice	157	137	119	46	55	152	8

RESSOURCEFORBRUG:

Budgettet for 2016 tager afsæt i KL's skøn for udgiftsudviklingen på den aktivitetsbestemte medfinansiering reguleret for beslutninger truffet i forbindelse med budgetforslag og budgetforlig for tidligere år. Nedenstående beskriver de reguleringer, som har betydning for budgettildelingen.

I forbindelse med budgetvedtagelsen for 2014 blev der indlagt en reduktion på -10,0 mio. kr. vedrørende den aktivitetsbestemte medfinansiering i forventning om, at en målrettet forebyggelse vil hindre indlæggelser og genindlæggelser. Under budgetlægningen for 2016 er dette beløb tilbageført til området, idet regnskabsresultatet for 2014 og den løbende opfølgning for 2015 på budgetlægningstidspunktet indikerede, at det ikke har været/ ville være muligt at opnå den forventede effekt.

I forbindelse med budgetforliget for 2015 og også med virkning for budget 2016 blev området reduceret med i alt - 2,9 mio. kr., forventet effekt af Telecare Nord på -1,8 mio. kr. og øget effekt af investering i det nære sundhedsvæsen på -1,1 mio. kr.
Nettobudgettet for 2016 udgør herefter 208,3 mio. kr. og fordeler sig således:

- Aktivitetsbestemt medfinansiering	201,7 mio. kr.
- Specialiseret genoptræning	3,4 mio. kr.
- Hospiceophold	2,1 mio. kr.
- Færdigbehandlede patienter	1,1 mio. kr.

Det faktiske forbrug pr. 31.08.16 udgør 139,5 mio. kr., og området udviser dermed et akkumuleret merforbrug på 2,4 mio. kr. i forhold til det periodiserede budget for samme periode. Under forudsætning af, at samme tendens med et stigende aktivitetsniveau i forhold til det afsatte budget for restperioden, forventer Centret et merforbrug på 3,1 mio. kr. ultimo 2016.

Ved budgetopfølgning pr. 30.04.16 var forventningen et mindreforbrug på -2,4 mio. kr. Den store ændring i Centrets forventning til regnskabsresultatet for 2016 skyldes, at der efter 30.04.16 er sket store afregningr af efterregulering vedrørende tidligere perioder, og dermed var det reelle aktivitetsniveau for Medfinansiering og finansiering af sundhedsudgifter ikke kendt på daværende opgørelsestidspunktet.

KORT PRÆSENTATION:
Den vederlagsfri fysioterapi tilbydes hos praktiserende fysioterapeuter, men kommunerne har også mulighed for – men ikke pligt til – at oprette tilbud om vederlagsfri fysioterapi ved egne institutioner eller ved private institutioner, som kommunen indgår aftale med. Jf. Sundhedslovens § 140 a (og b).

MÅL OG MÅLOPFYLDELSE:
At give adgang til fysioterapi for at forbedre funktioner, vedligeholde funktioner eller forhale forringelse af funktioner hos voksne og børn med et varigt svært fysisk handicap eller en funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom.

At etablere fysioterapi i form af holdtræning i dertil egnede lokaler/bassiner/institutioner efter nærmere bestemmelser.

At give adgang til fysioterapi for personer med progressive sygdomme tidligt i sygdomsforløbet.

RESSOURCEFORBRUG:
I forbindelse med udmøntning af den kommunale besparelse for regnskabsår 2014 og overslagsårene blev området reduceret med 1,0 mio. kr. og en yderligere reduktion på 0,1 mio. kr. ved budgetlægningen for 2016, og det korrigerede nettobudget for 2016 udgør 9,5 mio. kr.

På baggrund af det faktiske forbrug pr. 31.08.16 og under hensyntagende til kendte forhold for restperioden forventes udgiften for området at ville udgøre 10,4 mio. kr. ultimo 2016 og dermed et merforbrug på 0,9 mio. kr. Ved forrige budgetopfølgning var forventningen et merforbrug på 1,0 mio. kr.

SUNDHEDSUDVALGET
Budgetopfølgning pr. 31.08.16

Center for Sundhed og Pleje
Sammendrag

KORT PRÆSENTATION:

Center for Sundhed og Pleje varetager opgaver i forbindelse med sygepleje, genoptræning, sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter for Kommunens borgere.
Genoptræningen og de sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter foregår via de 3 trænings- og sundhedscentre, der er beliggende i hhv. Frederikshavn, Skagen og Sæby.
Hjemmesygeplejen er organiseret sammen med hjemmeplejen i 7 geografisk teams, som dækker hele Kommunen.
En nærmere beskrivelse kan ses i materialet til Budget 2016 på Sundhedsudvalgets område.

Center for Sundhed og Pleje har foretaget et par organisationsændringer primo 2016.
1.1.2016 fusionerede træningscentrene og sundhedscentrene. Det betyder, at de nu er under samme ledelse, og det forventes at skabe synergieffekter ved at de to områder er samlet.
Fra 1.2.2016 er strukturen for hjemmesygeplejen og den kommunale hjemmepleje ændret, således at området er delt i 7 geografiske teams. I hvert team er der tilknyttet sygeplejersker, plejepersonale og 2 gruppeledere. Det forventes, at den nye struktur giver mere optimale betingelser for samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og hjemmeplejen.

Fra 1.1.2016 er følgende ældrepuljeprojekter blevet afsluttet og videreført i driften:
- Forebyggelse af ensomhed og isolation (organisatorisk placeret under Forebyggende hjemmebesøg)
- Nedbringelse af ventetid på genoptræning (organisatorisk placeret under Træningscentrerne)

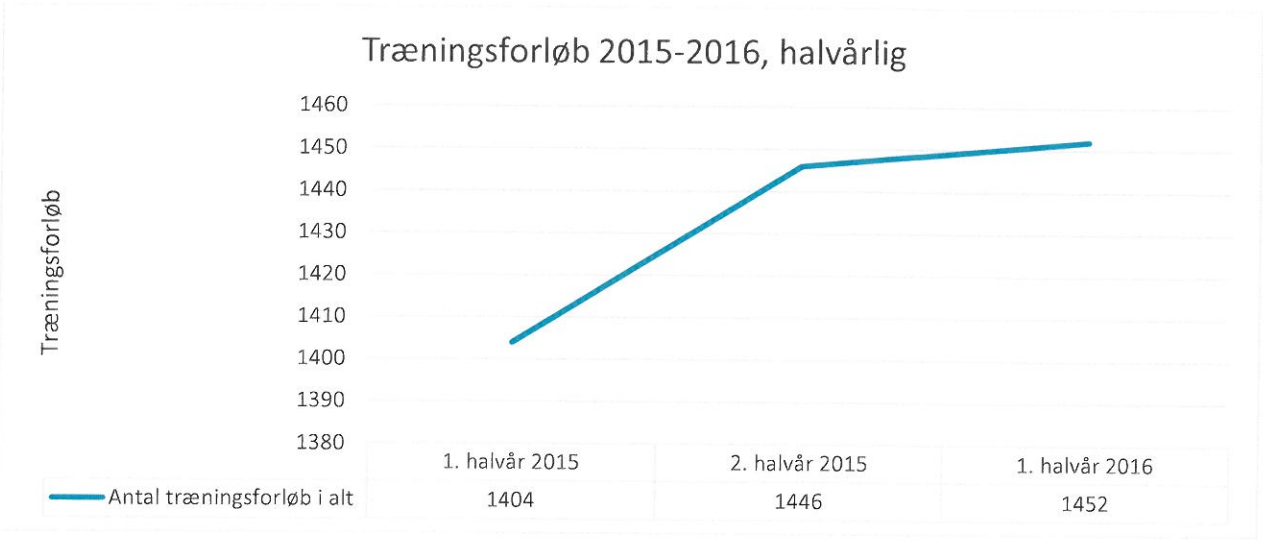
MÅL OG MÅLOPFYLDELSE:

Mål og målopfyldelse for de enkelte indsatsområder fremgår af materialet til Budget 2016 på Sundhedsudvalgets område.

AKTIVITETER OG AKTIVITETSTAL:

Generelt fremgår aktivitetstallene for de enkelte indsatsområder af den økonomiske årsrapport 2015 og materialet til Budget 2016 på Sundhedsudvalgets område.

Udvikling i antal af træningsforløb for 1. halvår 2016 – sammenholdt med tallene for 1. og 2. halvår 2015. Grafen medtages på grund af det særlig fokus på udvikling i aktivitetsstigningen.



RESSOURCEFORBRUG:
Samlet set udgør budgetrammen i 2016 81,1 mio. kr. (nettobudget). Budgettet er inkl. overført overskud/underskud fra regnskab 2015.

Budgetrammen er fordelt som følgende:
- For Sundheds- og Træningsområdet udgør budgetrammen 38,9 mio. kr.
- For Hjemmesygeplejen udgør budgetrammen 38,2 mio. kr.
- For Centerchefens område udgør budgetrammen er i 2016 på 3,9 mio. kr., hvoraf Sundhedsfremme og forebyggelse udgør de 3,8 mio. kr.

Budgetopfølgningen pr. 31.08.16 er baseret på forbruget i årets første 8 måneder, samt forventninger til resten af regnskabsåret. Samlet forventes et **mindreforbrug** på 0,8 mio. kr., som fordeles sig på nedenstående områder:

- For Sundheds- og Træningsområdet forventes et **mindreforbrug** på 1,0 mio. kr., som primært skyldes et reduceret køb af genoptræningsforløb hos privatpraktiserende fysioterapeuter (nedbringelse af ventetid). Der forventes et mindreforbrug på ca. 1,0 mio. kr. i 2016. Intern driftsoptimering, samt et ønske hos borgerne om at anvende den kommunale leverandør har indflydelse på resultatet.
Modsætningsvis har der været flere træningsforløb i sommerperioden 2016 end tidligere år. Det formodes at skyldes, at regionen ikke er gået ned i antallet af gennemførte operationer i samme periode som i de foregående år.
Inkontinensområdet forventer også et mindreforbrug i 2016, som vil blive geninvesteret. Dette for at sikre tilsvarende besparelser på de øvrige områder under Center for Sundhed og Pleje. Mindreforbruget er et resulat af det gennemførte udbud på området i 2015.

Træningsområdet har i 2016 fået tilført driftsmidler til at videreføre tiltaget fra ældrepuljeprojektet, "nedbringelse af ventetiden på genoptræning".

- Forebyggende hjemmebesøg forventes at balancere. Forebyggende hjemmebesøg har i 2016 fået tilført driftsmidler til at videreføre tiltaget fra ældrepuljeprojektet "forebyggelse af ensomhed og isolation". Dette tiltag er siden opstarten vedtaget ved lov pr. 1.1.2016.

- Hjemmesygeplejen forventer et **merforbrug** på 0,3 mio. kr. for 2016. Udviklingen i de visiterede sygeplejeydelser indikerer, at det er tale om en vedvarende stigning, både for sygeplejeydelser og for de ydelser som uddelegeres til hjemmeplejen.
September 2015 blev der samlet visiteret ca. 3.200 timer - juli 2016 blev der visiteret ca. 4.200 timer. P.t. pågår der et arbejde med at validerer tallene, for at sikre, at stigningen er reel.

- For Centerchefens område forventes **et mindreforbrug** på 0,1 mio. kr. Området omfatter diverse projekter indenfor sundhedsområdet og puljemidler, bl.a.

Tilskud til frivillig center	0,4 mio. kr.
Frivilligt socialt arbejde §18	1,6 mio. kr.
Projekt "Grænseland"	0,2 mio. kr.

PERSPEKTIVERING:
Der er fortsat fokus på aktivitetsstigningen indenfor områderne genoptræning, hjemmesygepleje og kronikerrehabilitering jf. ovenstående afsnit.

Det er konstant fokus på tidlig opsporing. Som et led i dette implementeres der i 2016/2017 Triagering i alle sygepleje- og hjemmeplejegrupper. Det forventes at give et sundhedsfagligt løft i sygeplejen og hos social- og sundhedsassistenterne

Opgavearten har ændret sig markant de seneste år – fra kendte, grundlæggende sygeplejeopgaver til nye, komplekse opgaver, hvor sygehusene sender patienter hjem til viderebehandling, til korte forløb og ofte med uforudsete problematikker, såsom behandling med IV-medicin og dialysepatienter.

De igangværende systemtilpasninger i KMD Vagtplan forventes ikke at give rationaler for sygeplejen i 2016, som forventet ved den foregående budgetopfølgning.

Den nye Kræftplan 4 forventes at medføre en stigende opgavemængde i Sundhedscentrene.

I 2017 forventes det at Frederikshavn Kommune skal implementere Fælles Sprog 3, som en af de første kommuner i landet. Fælles Sprog giver nationale retningslinjer for dokumentationspraksis. Dette afleder at der allerede ultimo 2016 forventeligt skal anvendes ressourcer til denne opgave.

SUNDHEDSUDVALGET
Budgetopfølgning pr. 31.08.16

Center for Familie
Sammendrag

KORT PRÆSENTATION:
Center for Familie varetager det forebyggende og behandlende kommunale tandplejetilbud samt sundhedsfaglige opgaver i sundhedstjenesten målrettet mod spædbørn, småbørn, skolebørn, konsulentfunktion i dagpleje, institutioner mv.

RESSOURCEFORBRUG:
Den samlede budgetramme for 2016 udgør 28,5 mio. kr.

Tandplejen:
Der forventes et merforbrug på 1,4 mio. kr., der kan henføres engangsomkostninger omkring personale og ledelsesforhold.

Sundhedstjenesten:
Der forventes et mindreforbrug på 0,9 mio. kr., der primært knytter sig til periodeforskydninger i opstart af nye indsatser – særligt MTB (Minding the Baby).

SUNDHEDSUDVALGET
Budgetopfølgning pr. 31.08.16

Direktørens område.

KORT PRÆSENTATION:
Funktionen omfatter området centrale konti der ikke umiddelbart kan placeres indenfor de enkelte centre.

RESSOURCEFORBRUG:

Budgettet udgør 4,5 mio. kr.

Heraf udgør 3,0 mio. kr. pulje til imødegåelse af merudgifter der relaterer til Sundhedsaftalen. Endvidere er der, ved midtvejsreguleringen for 2016 tilført 0,7 mio. kr. til akutfunktioner i hjemmesygeplejen samt 0,4 til den ældremedicinske patient (kompetenceløft.)

Grundet periodeforskydninger forventes et mindreforbrug på 3,7 mio. kr., der kan anvendes til reducering af merforbrug på andre områder.

Bilagsforside

Dokument Navn:	Bilag 1 - fordele, ulemper.pdf
Dokument Titel:	Bilag 1 - fordele, ulemper
Dokument ID:	1422920
Placering:	Emnesager/Foranalyse Træningscenter Phønix/Dokumenter
Dagsordens titel	Opfølgning på foranalyse konkurrenceudsættelse af Træningscenter Phønix
Dagsordenspunkt nr	5
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	3

Model 2: **Udbud på udvalgte opgaver**	Modellen indebærer at udbyde specifikke diagnoser (f.eks. skulder eller hofte) eller områder (f.eks. vedligeholdende træning) til anden leverandør. Denne model er velkendt fra andre kommuner. Her er der oftest valgt udbud på monofaglige og ukomplekse opgaver. Der er mulighed for både at have private leverandører og kommunale leverandører på den enkelte opgave eller at lade en af leverandørerne stå for hele leverancen.
Fordele	Når leverandøren har tilstrækkeligt stort borgergrundlag til at opretholde de rette kompetencer, bør borgeren kunne opleve høj kvalitet i opgaveløsningen. Ved udflytning af afgrænsede patientgrupper, der samtræner, kan presset på lokalerne på Træningscenter Phønix mindskes. En administrativ styrbar model for Center for Social- og Sundhedsmyndighed. Det vil være muligt for flere private leverandører at byde ind på opgaven.
Ulemper	Træningscenter Phønix vil miste kompetencerne på de områder, der skal leveres af anden leverandør. Kommunen vil få vanskeligt ved at leve op til forsyningspligten, selvom kompetencerne stadig findes på Træningscenter Skagen og Træningscenter Sæby. De private leverandører anvender ikke samme journalsystem som Frederikshavn Kommune, hvilket giver ulemper i hverdagen.
Konsekvenser	Der skal træffes beslutning om, hvilke patientgrupper der evt. skal overgå til anden leverandør. Der skal kravspecificeres i forhold til basal og avanceret genoptræning. Hvis der skelnes, således at fysioterapi på basalt niveau inden for specifikke patientforløb sendes i udbud, vil det være vanskeligt at opretholde kompetencerne på det avancerede niveau i kommunalt regi. Der skal laves kontraktudkast med kravspecifikationer og samarbejdsaftale med den kommunale myndighed og samarbejdspartnerne i hjemmeplejen, sundhedscentre, sygepleje og arbejdsmarkedsområdet. Der skal tages stilling til, hvorvidt der skal ske virksomhedsoverdragelse af nuværende kommunale medarbejdere, der udfører de valgte genoptræningsopgaver, eller der skal ske opsigelser. Hvis Frederikshavn Kommune skal afgive kontrolbud, vil det kræve omkostningsberegning med ressourcer fra både Sundhed og Træning og Økonomiafdelingen.
Økonomi	Det er svært at vurdere de økonomiske konsekvenser, da erfaringer fra det nuværende samarbejde kun beror på de mindst komplekse genoptræningsforløb, og da træningscenterområdet er finansieret af et rammebudget. Modellen forventes at få en fordyrende effekt på den samlede drift og hermed på enhedsomkostningerne på de kommunale genoptræningsforløb. Stordriftsfordele og mulighed for driftsoptimering reduceres. For Center for Social- og Sundhedsmyndighed vil det betyde en øget arbejdsbyrde i forhold til, at der skal afregnes med flere leverandører. Dette vil formodentlig påvirke den samlede økonomiske udgift negativt. Der vil blive brugt flere ressourcer i administration til kvalitetskontrol, statistik, afregning mm frem for direkte borgerrettede aktiviteter. Samtidig skal det undersøges nærmere, hvorvidt det er økonomisk muligt, at alle leverandører bruger det samme journaliseringssystem.
Arbejdsgruppens bemærkninger	Der er ikke noget til hinder for at udbyde udvalgte opgaver. Patientforløb, der kræver en tværfaglig tilgang, vil ikke være tilrådelige at sende i udbud. Borgere med komplekse træningsbehov og behov for tværfagligt samarbejde vil være særligt sårbare, idet behovet for koordinering og sammenhæng øges ved flere leverandører. Det vil som udgangspunkt være ukomplicerede "samtræningstilbud", der kan sendes i udbud, da der ikke kræves stor koordination med andre instanser. Det er også disse forløb, som er billigst og mest produktionseffektive at drive i de kommunale træningscentre. Såfremt der er et politisk ønske om at udbyde bestemte patientforløb, bør det primært placeres på én maksimalt to leverandører for at sikre høj kvalitet, tilpas volumen og patientflow samt effektivitet i driften. Hvis der vælges at udbyde monofaglige borgerforløb, bør opmærksomheden rettes mod, at det både skal gælde træning med borgere på basalt og avanceret niveau. Kompetencerne til avanceret niveau kan ikke opretholdes uden også at have de basale forløb. Beskrivelse af kravspecifikationer og økonomiske beregninger vil kræve tid i Center for Social- og Sundhedsmyndighed.

Relateret document 2/3

Dokument Navn:	**Bilag 2 Lovgivning på træningsområdet.docx**
Dokument Titel:	**Bilag 2 Lovgivning på træningsområdet**
Dokument ID:	**1422921**

Bilag 2: Lovgivning på træningsområdet

Forebyggelse og sundhedsfremme efter sundhedslovens § 119

§ 119. Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis.
Stk. 2. Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.
Stk. 3. Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2.

Henvisning går direkte fra sygehus eller læge til sundheds/træningscenter – uden om visitationen

Opgaver der varetages under Sundhedsloven §119

Fysisk træning og undervisning i forbindelse med rehabiliteringstilbud til borgere med kroniske lidelser i form af KOL, kræft, diabetes og hjerte-kar-sygdomme
Sundhedsfremmende holdtræning til udvalgte målgrupper, f.eks. træning før operation af knæ, bækkenbundstræning og lign.

Den fysiske træning i forbindelse med kroniker rehabilitering varetages tværfagligt i tæt samarbejde med Sundhedscentrene. Bækkenbundstræning varetages i et tæt samarbejde med den kommunale kontinents sygeplejerske, der efter en faglig vurdering henviser til bækkenbundstræning.

Derfor kan det ikke anbefales, at disse opgaver flyttes til ekstern leverandør.

Genoptræning efter sundhedsloven § 140:

§ 140. Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 84 om genoptræningsplaner.
Stk. 2. Kommunalbestyrelsens indsats efter stk. 1 tilrettelægges i sammenhæng med de kommunale træningstilbud m.v. i henhold til anden lovgivning.
Stk. 3. Kommunalbestyrelsen kan tilvejebringe tilbud om genoptræning i henhold til stk. 1 ved at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommunalbestyrelser, regionsråd eller private institutioner.
Stk. 4. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om patienternes mulighed for at vælge mellem genoptræningstilbud.

Jf. bekendtgørelse nr. 1088 af 6.10.2014 om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivelse fra sygehus § 6, har patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for almindelig genoptræning efter udskrivning af sygehus, ret til at vælge mellem de genoptræningstilbud som bopælskommunen har etableret ved egne institutioner eller som bopælskommunen har indgået med andre myndigheder (andre kommuner eller regionen) eller private leverandører på grundlag af særlig aftale herom.

Patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra et sygehus, har desuden ret til at vælge genoptræningstilbud på andre kommuners institutioner. Patienter har derimod ikke mulighed for at vælge genoptræningstilbud, som andre kommuner tilbyder egne borgere via en eller flere leverandører på grundlag af særlig aftale herom.

Det betyder at:
På nuværende tidspunkt har borgere frit valg mellem de kommunale etablerede træningstilbud, f.eks. benytter unge bosat i Skagen ofte træningscenteret i Frederikshavn, da de går i skole der. Dette frie valg vil fremadrettet også at omfatte det kommunale tilbud leveret af en privat leverandør.

Specifikke opgaver under sundhedsloven § 140 kan derfor ikke afgrænses til kun at dække borgere fra Træningscenter Phønix, men skal fortsat gælde for alle borgere i Frederikshavn Kommune.
Bopæls kommunen skal ved den første kontakt til patienten informere patienten om muligheden for at vælge mellem fagligt relevante genoptræningstilbud i bopælskommunen og i andre kommuner.

Opgaver der varetages under Sundhedsloven § 140

Alle opgaver hvor der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter sygehusindlæggelse. F.eks. genoptræning af knæ, hofter, skulder og de mere komplekse genoptræning opgaver efter blodprop eller blødning i hjernen.

Genoptræning og vedligeholdelsestræning efter serviceloven § 86:

§ 86 stk 1. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse.

§ 86 stk. 2. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder til personer, som på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov herfor.

Opgaver under servicelovens § 86

Opgaver under servicelovens § 86, stk. 1

En blandet diagnosegruppe, som bl.a. omfatter ældre borgere i kommunen, hvor der ofte stilles krav til tværfagligt samarbejde, hjemmetræning og træning via Længst Muligt I Eget Liv (LMIEL). På grund af de større krav til tværfaglighed anbefales det ikke at disse opgaver flyttes til ekstern leverandør.

Opgaver under servicelovens § 86 stk. 2

Ligeledes en blandet diagnosegruppe med kroniske og fremadskridende lidelser, hvor træningen er vigtig for at vedligeholde funktionsniveauet. Ved servicelovens § 86, stk. 2 er der ikke den samme grad tværfaglighed som ved § 86, stk. 1, da der er tale om at vedligeholde allerede opnåede funktionsniveau.

Relateret document 3/3

Dokument Navn:	**Bilag 3 - beskrivelse af opgaverne.docx**
Dokument Titel:	**Bilag 3 - beskrivelse af opgaverne**
Dokument ID:	**1422922**

Bilag 3: Uddybning af opgaver der kan udflyttes til private leverandører

På baggrund af en faglig vurdering er der lavet en beskrivelse af de områder/ borgerkategorier som vurderes bedst egnet til udflytning fra Træningscenter Phønix til leverance hos andre aktører,
For at sikre at borgerene fortsat oplever en høj grad af koordinering og et højt kompetenceniveau i udførslen af de mere komplekse genoptræningsforløb, er der lagt vægt på, at det er monofaglige fysioterapeutiske indsatser med grupper af en vis volumen. Herudover er der lagt vægt på, at borgergrupperne i nogen grad er kendt i regi af privatpraktiserende fysioterapi.

Samtidig skal der gøres opmærksom på, at nogle af de grupper der peges på også er de grupper der er mest omkostningseffektive ift. produktion og drift af træningscenter Phønix.

I nedenstående er der givet overordnet forslag til områder der kan udbydes. Hvis dette bliver aktuelt er der behov for en nærmere præcisering af diagnoserne indenfor områderne.

Sundhedsloven § 119 og § 140
<u>Træning før operation – Slidgigt i knæet</u>
Alle borgere der henvises på genoptræningsplan efter sundhedsloven § 140 eller henvisning efter sundhedsloven § 119 med slidgigt i knæet med henblik på træning før operation - Disse opgaver kan i forhold til lovgivning IKKE afgrænses til borgere i Træningscenter Phønix´s optage område.

Træningsbehov:
Kan som oftest træne på hold eller samtræning med mange andre. Nuværende kommer disse borgere med genoptræningsplan fra sygehusene. En stor del af denne type borgerne henvises allerede nu direkte fra egen læge til privatpraktiserende fysioterapeut med egenbetaling.

I henhold til ny Sundhedsaftale kan de svageste af disse borgere henvises direkte til kommunal træning som forebyggende træning efter sundhedsloven § 119 uden egenbetaling.

Det er en af de borgerkategorier der er billigst at drifte og giver det største produktionsflow på Phønix.

Sundhedsloven § 140
Disse opgaver kan i forhold til lovgivning IKKE afgrænses til borgere i Træningscenter Phønix´s optage område.

<u>Skulderproblematikker</u>
Alle borgere med isolerede skulderproblematikker, der henvises via genoptræningsplan efter sundhedsloven § 140 bortset fra borgere med brud på skulder/overarm, da det vurderes at disse grupper har komplekse problemstillinger med behov for tværfaglig indsats

Træningsbehov:
Disse borgere har brug for 1 til 1 træning kombineret med samtræning med 2-4 andre. Privatpraktiserende fysioterapeuter har erfaring af at behandle akut opståede skulderproblematikker

Nakke/rygproblematikker

Alle borgere der henvises til genoptræning efter sundhedsloven § 140 som led i konservativ behandling af nakke/rygproblematikker, bortset fra borgere med brud på rygsøjlen, rygopererede og osteoporose, da det vurderes at disse grupper har komplekse problemstillinger med behov for tværfaglig indsats.

Træningsbehov:

Disse borgere har brug for 1 til1 træning kombineret med samtræning med 2-4 andre. Privatpraktiserende fysioterapeuter har stor erfaring af at behandle akut opståede rygproblematikker

Efter kikkertoperation i knæ f.eks. menisk og korsbåndsskader

Alle borgere der henvises til genoptræning efter sundhedsloven § 140 efter kikkertoperationer i knæet (meniskskader, korsbåndsskader m.v.)

Træningsbehov:

Kan som oftest samtræne men med behov for individuel tilgang. Ofte yngre mennesker der går i skole i Frederikshavn og dermed træner på Phønix selvom de bor i Skagen/Sæby. Borgerkategorien er i nogen grad kendt hos de privatpraktiserende.

Dette er en af de borgerkategorier der er billigst at drifte og giver det største produktionsflow for Phønix.

Servicelovens § 86, stk. 2.

Vedligeholdelsestræning

Borgere med væsentlig nedsat fysisk, psykisk og/eller social funktionsevne, der har behov for terapeutisk bistand til at udføre vedligeholdelsestræningen kan tilbydes vedligeholdende træning efter serviceloven § 86 stk. 2.

Udover vedligeholdende træning på Træningscentre Phønix, varetages der også vedligeholdende træning på Caspershus på baggrund af borgerens funktionsniveau og for specifikke diagnosegrupper. Denne vedligeholdende træning på Caspershus forventes fortsat uændret.

Træningsbehov:

Oftest 1 til 1 træning, evt. samtræning. En blandet diagnosegruppe der minder meget om de borgere der nuværende får vederlagsfri fysioterapi. Således er borgerkategorien kendt hos de privatpraktiserende fysioterapeuter.

Volume på de enkelte opgaver

På baggrund af tal fra første halvår af 2015 og 2016, kan se en stigning i forløb vedr. skulder, operation i knæ og slidgigt i knæ. Det estimeres, at stigningen fra første halvår, vil fortsætte i andet halvår.

I første halvår 2016 ses følgende procentvise stigning i forhold til første halvår 2015:

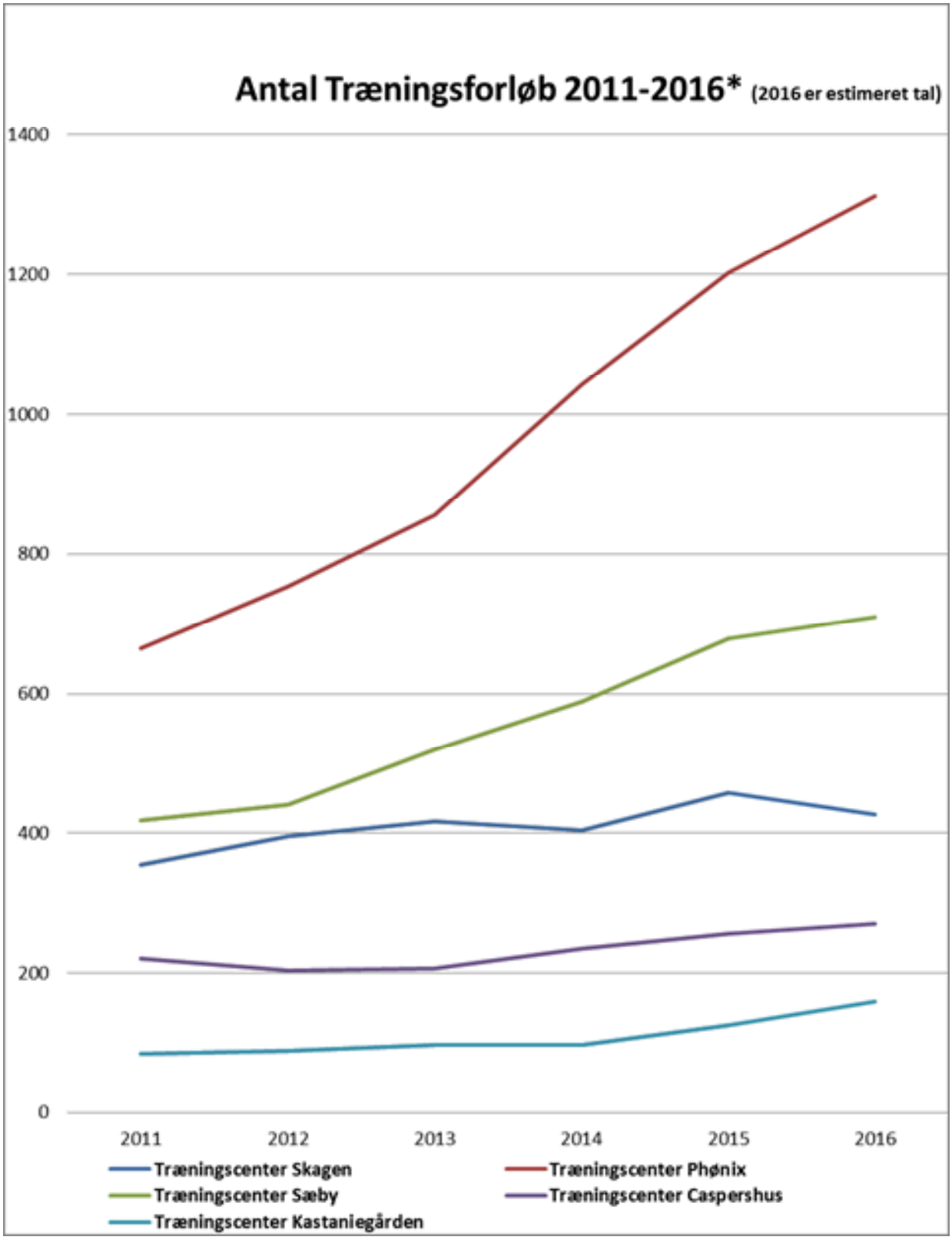
Skuldre	27 %
Nakke/Ryg	-9 %
Knæ operation	19 %
Knæ slidgigt	66 %
Vedligeholdelse	-8%

Den samlede antal forløb estimeres i 2016 at blive:

Skuldre	80
Nakke/Ryg	60
Knæ operation	110
Knæ slidgigt	160
Vedligeholdelse	90

Bilagsforside

Dokument Navn:	Antal træningsforløb 2011 - 2016.docx
Dokument Titel:	Antal træningsforløb 2011 - 2016
Dokument ID:	1414543
Placering:	Emnesager/Pladsmangel på Træningscenter Phønix/Dokumenter
Dagsordens titel	Pladsmangel på Træningscenter Phønix
Dagsordenspunkt nr	6
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1


Antal Træningsforløb 2011-2016* (2016 er estimeret tal)
1400
1200
1000
800
600
400
200
0
2011
2012
2013
2014
2015
2016
Træningscenter Skagen
Træningscenter Phønix
Træningscenter Sæby
Træningscenter Caspershus
Træningscenter Kastaniegården

Bilagsforside

Dokument Navn:	Notat om screening af puljer på sundheds- og ældreområdet medio september 2016.docx
Dokument Titel:	Notat om screening af puljer på sundheds- og ældreområdet medio september 2016
Dokument ID:	1412631
Placering:	Emnesager/Satspuljer på sundheds- og ældreområdet/Dokumenter
Dagsordens titel	Aftale om satspuljen på sundheds- og ældreområdet for 2016 - 2019
Dagsordenspunkt nr	8
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1

FREDERIKSHAVN KOMMUNE

Screening af mulige ansøgningspuljer på sundheds- og ældreområdet medio september 2016

Dato: 15. september 2016

Sagsnummer: EMN-2016-02086
Dokld: 1412631
Forfatter:
Marianne Skrubbeltrang

Aktuelt er følgende pulje udbud af Sundhedsstyrelsen

Kompetenceudvikling i rehabilitering på ældreområdet

- Rettet mod 4 forløbsansvarlige for ældre over 65 år efter 83A i Lov om social service og 2 myndighedspersoner i hver kommune.

Tilmelding til 2017 åbnes 30/9 – 2016. Frist for tilmelding 3/1 – 2017

Ledelsesmæssigt er det besluttet, at vi ikke arbejder videre med en ansøgning til denne pulje. Det er vurderingen, at Frederikshavn Kommune er længere i processen omkring rehabilitering end kurserne fra Sundhedsstyrelsen lægger op til.
Frederikshavn Kommune har i foråret 2016 udarbejdet en håndbog i hverdagsrehabilitering og herunder afholdt undervisning omkring den både for myndighed og for forløbsansvarlige terapeuter i "Længst muligt i eget liv".
Ledelsesmæssigt deltager Frederikshavn Kommune også i Sundhedsstyrelsens regionale netværk på området.

Aktuelt er følgende puljer udbudt af Sundheds og Ældreministeriet i 2016:

Pulje til indretning af demensboliger

- Den rette indretning af en bolig kan stimulere følelser og mindske urolighed, depression og aggressiv adfærd hos mennesker med demens. Sundheds- og Ældreministeriet udmelder nu en pulje på 16 mio. kr. til demensindretning og mindre ombygninger af plejeboliger til borgere med demens. Ansøgningsfristen er den 24. oktober 2016 kl. 12.00.

Der arbejdes på en ansøgning fra Plejecenteret Strandgården og Plejecentret Drachmannsvænget

Pulje til anvendelse af Patientrapporterede Oplysninger i den direkte patientbehandling og i kvalitetsarbejde

- Sygehuse kan nu i samarbejde med kommuner og almen praksis søge om at få andel i puljemidler fra Sundheds- og Ældreministeriet til projekter, der anvender Patientrapporterede Oplysninger i den direkte patientbehandling og i kvalitetsarbejde.

Hvis der kommer en forespørgsel fra hospitalet, vil det indgå i vores vurdering.

Aktuelt er følgende puljer udbudt af Socialstyrelsen med relation til sundheds-ældreområdet

Ingen aktuelle, men forvarsling om bekendtgørelse af:
Forløbsprogrammer (Der fremgår ikke hvilke)

Bilagsforside

Dokument Navn:	Samlet_Sundhedsaftale - Hjerte-Kar 2016.ashx.pdf
Dokument Titel:	Samlet_Sundhedsaftale - Hjerte-Kar 2016.ashx
Dokument ID:	1414206
Placering:	Emnesager/Sundhedsaftalen 2015 - 2018/Dokumenter
Dagsordens titel	Revideret sundhedsaftale på Hjerte Kar området
Dagsordenspunkt nr	9
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1

Den Tværsektorielle Grundaftale

2015-2018

Sygdomsspecifik Sundhedsaftale for Hjerte-Kar

Indsatsområde: Genoptræning og rehabilitering

Proces: Godkendt marts 2016

REGION NORDJYLLAND

KKR NORDJYLLAND

Sygdomsspecifik Sundhedsaftale for Hjerte og Kar sygdomme – aftale om sammenhængende hjerterehabilitering i fase II

Indledning

Den sygdomsspecifikke sundhedsaftale for Hjerte og Kar sygdomme (Hjerteaftalen) er en del af Sundhedsaftalen 2015-18. Aftalen er placeret i Den Tværsektorielle Grundaftale under området genoptræning og rehabilitering.

Aftalen dækker rehabilitering af patienter med iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og hjerteklapsygdomme, men fokuserer især på den delte tværsektorielle rehabilitering i fase II.

Koordinering og udvikling af indsatserne i Hjerteaftalen (og generelt) sker efter aftale med Porteføljestyregruppen (PSG) og Den Administrative Styregruppe (DAS) for sundhedsaftalerne. Indsatser kan iværksættes med udgangspunkt i;

- Indsatser der er beskrevet i sundhedsaftalen 2015-18, som prioriteres og igangsættes af PSG og DAS i løbet af aftaleperioden.
- Sager der opstår i løbet af aftaleperioden, fx ved implementering af nye nationale retningslinjer. I disse tilfælde udformes en henvendelse til PSG, som behandler sagen og hvis den vurderes relevant, sender den videre til godkendelse i DAS.

I begge tilfælde udarbejdes kommissorier for de enkelte indsatser, som godkendes i PSG inden en tværsektoriel projektgruppe herefter kan nedsættes. Projektgruppen afrapporterer efterfølgende til PSG og DAS, hvor evt. nye anbefalinger godkendes, inden de kan implementeres. Det organisatoriske set up for Sundhedsaftalen 2015-18 kan findes på dette link.

De lokale Samarbejdsfora (somatiske og psykiatriske) vil være fora for drøftelse og afklaring af samarbejdet mellem sygehusene og kommunerne på det mere praktiske plan – både generelt og mere specifikt på hjerteområdet
I de lokale samarbejdsfora er der således mulighed for fx at drøfte konstaterede konkrete og generelle kvalitetsbrist for overdragelse af borgere fra sygehus til kommune og vice versa.

Målgruppe og stratificering

Aftalen gælder patienter med iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og hjerteklapsygdomme, der har fået en hjertesygdom, som de skal lære at leve med.

Behandlingen og den sundhedsfremmende indsats er delt imellem region og kommuner, og udgør et sammenhængende hjerterehabiliteringsforløb med afsæt i patientens behov. Aftalen har det individuelle hjerterehabiliteringsforløb som omdrejningspunkt. Der forventes en tæt kontakt mellem sygehuset og kommunen igennem patientens rehabiliteringsforløb, hvilket anses som den bedste forudsætning for at sikre et effektivt og sammenhængende forløb.

Generelt er der tale om kroniske lidelser, som fordrer patientrettet sundhedsfremme og forebyggelse, hvor delelementer vil være ens uanset patientniveau; samlet omtalt som KRAM (kost, rygning, alkohol og motion) + (Kompetencer, relationer, accept og mestring). Dertil kommer medicin og co-morbiditet.

Tabel 1

Hjerterehabilitering beskrives som et forløb igennem flere faser, med en indgang via sygehus. Anbefalingerne på det samlede rehabiliteringsforløb udgør 12 uger (Dansk Kardiologisk Selskab).

Fase I Primær kontakt under indlæggelse Dage	**Fase II** Tidlig opfølgning Uger til måneder	**Fase III** Sen opfølgning og vedligeholdelse Måneder til år
• Akut hjerteafsnit • Invasive hjertecentre	Sammenhængende hjerterehabilitering • Sygehus – Opstart af forløb med lægesamtale og symptomlimiteret arbejdstest. Afsluttende samtale på det samlede forløb – hjerterehabilitering • Kommune – hjerterehabilitering	• Praktiserende læge • Kommunale tilbud • Foreninger / klubber, herunder patientforeninger • Psykolog
Sygehus	**Sygehus, kommune og almen praksis**	**Almen praksis og kommune**

Det er anbefalingen, at patienter med iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og klapsygdomme systematisk henvises til hjerterehabilitering. Ved henvisningen skal der være opmærksomhed på de kendte barrierer og håndtering af disse med henblik på fastholdelse i deltagelse. Et hjerterehabiliteringsforløb tilrettelægges med et individuelt afsæt og tager altid udgangspunkt i patientens ønsker og behov. Nærværende aftale beskriver primært hjerterehabilitering i fase II, hvor hjerterehabiliteringen udgør et sammenhængende forløb på tværs af sygehus og kommune og med afsæt i en individuel og social differentieret vurdering af patientens behov.
Samtidig vil aftalen omfatte en rummelighed i tilrettelæggelsen af hjerterehabiliteringen i fase II, som tilgodeser geografiske forskelle og vilkår i den nordjyske landsdel, hvor der nogle steder er langt til nærmerst sygehus, og til tilbud om rehabilitering i sygehusregi, men nærhed til det lokale tilbud, med den lægefaglige opbakning fra sygehuset. Omvendt vil der andre steder være en variation med forløb, hvor patienterne starter deres rehabilitering på sygehuset, for herefter at gå videre i det kommunale tilbud. Fokus skal være på sikring af, at alle patienter, som har behov for det, får tilbud om hjerterehabilitering under vilkår og hensyntagen til deres muligheder for at deltage. Samtidig skal fokus være på sikring af overgange, så hjerterehabilitering foregår faglig kompetent og opleves som ét samlet forløb, uanset hvor det foregår.

Faglige indsatser

Fase I
Foregår i sygehusregi
Omfatter patienter med akut eller kronisk hjertesygdom, der udredes og behandles på hjerteafdelingen. Hjerterehabilitering begynder allerede fra første døgn af indlæggelse på sygehuset, og indeholder almen information om sygdom og sygdomsforståelse, motivering og sikring af kontakt til kommunen. Alle patienter påbegynder rehabilitering under indlæggelse og fortsætter med tilknytning til specialist, så længe det findes nødvendigt ud fra en faglig vurdering.

Fase II
<u>Sammenhængende hjerterehabilitering.</u>
Er delt imellem region og kommuner, og udgør et sammenhængende hjerterehabiliteringsforløb med afsæt i patientens behov. Rehabiliteringen starter altid i sygehusregi med en lægesamtale, hvor patientens rehabiliteringsforløb tilrettelægges udfra individuelle behov. Fysioterapeuten har ligeledes en indledende samtale, hvor der sættes mål for træningen, og der udføres en sublimiteret test som grundlag for risikovurdering og tilrettelæggelse af forløb. Rehabiliteringen fortsætter herefter for størstedelen af patienterne i et kommunalt forløb indeholdende hjerterehabiliteringens elementer. En andel af patienterne vil have behov for at starte rehabiliteringen i sygehusregi for herefter at gå over i det kommunale forløb, og andre med særlige behov skal tilbydes et fuldt forløb på sygehuset. Alle patienter afsluttes i sygehusregi med en afsluttende samtale i

kardiologisk ambulatorium, hvor det vurderes om patientens mål er nået, og som regel også med en sluttest. Under forløbet ligger det lægefaglige ansvar på sygehuset.

Fase II´s rehabiliterings elementer er placeret dér, hvor den rette faglige indsats kan ydes i forhold til den enkelte patients behov, og med øje for, at det med afsæt i patientgruppen er nødvendigt at arbejde med differentierede forløb og med inddragelse af patienten. Derfor omfatter den sammenhængende hjerterehabilitering i fase II også alle de nævnte sygdomskategorier. Hjerterehabilitering vil derfor i fase II kunne foregå i kommune, på sygehuset eller begge steder. Planlægningen af patientens forløb sker med hensyntagen til geografiske forskelle og vilkår i landsdelen, samt ud fra eventuelle lokale aftaler om samarbejde.

Forløbet i fase II

Lægesamtale/samtale ved kardiologisk rehabiliterings sygeplejerske under lægeligt ansvar, vurdering og arbejdstest

- Ved patienter udskrevet fra Aalborg Universitetshospital sendes melding til hjemsygehuset (ved patienter udenfor AAUH's optageområde) indenfor 14 dage fra udskrivelse. Hjemsygehuset foretager vurdering af videre rehabiliteringsforløb.

Sygehus

- Patienten inviteres til en lægesamtale eller samtale v. kardiologisk sygeplejerske under lægeligt ansvar på sygehuset i umiddelbar forlængelse af en indlæggelse, og senest 14 dage efter udskrivelse. Dette med henblik på aftale om det videre rehabiliteringsforløb (Ved ny opererede 3-4 uger). Ved lægesamtalen gennemgås patientens medicinliste og lægen sikrer sig, at patienten får den relevante behandling. Lægen tager stilling til, om patienten har særlige behov i sin rehabilitering, og om dele af rehabiliteringen skal foregå i sygehusregi. Der er patienter med særlige behov, som skal tilbydes forløb på sygehuset. Dette vil ofte være patienter med co-morbiditet eller patienter med hjertesvigt og særlige behov. Ved samtalen vurderes patientens individuelle rehabiliteringsforløb, og om dette skal foregå i kommunalt regi eller i sygehusregi. Der udføres en symptomlimiteret arbejdstest af fysioterapeut under supervision af læge[1]. Arbejdskapacitet er vigtig som prognostisk mål. Ved denne første lægesamtale vurderes patienten med henblik på sikkerhed ved deltagelse i træning. Resultat af test medsendes ved henvisning til kommunen i genoptræningsplanen. Sygehuset indhenter samtykke til at sende information om forløb (epikrise) til kommunen.

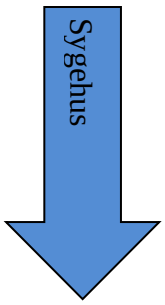
- Sygehuset har under hele rehabiliteringsforløbet behandlingsansvaret og sundhedsfagligt personale fra kommunen kan kontakte sygehuset dagligt og ved behov. Patienten kan på sygehuset tilses af læge om nødvendigt. Kontakten vil ofte være til en ansvarlig sygeplejerske og foregå pr. telefon.

Kommune

Kommunalt forløb

- Kommunal hjerterehabilitering. Henvisning til kommunale rehabilitering sker på enten en elektronisk pakkehenvisning(Ref01) eller på en genoptræningsplan (GOP) – se i øvrigt afsnittet om henvisning. Ved modtagelse af en genoptræningsplan i kommunen skal der indenfor 5 hverdage tages kontakt til patienten. Umiddelbart herefter inviteres patienten til individuel samtale ved sundhedsfagligt personale som arbejder med hjerterehabilitering. Der er løbende optag til træning, således at det sikres, at borgeren ikke oplever ventetid. Denne opstart aftales individuelt og kan have flere variationer; evt. ved deltagelse på et indslusningshold, ved individuel træning minimum én gang om ugen (vejledt af fysioterapeut) eller eventuelt ved aftalt vejledt selvtræning for de borgere som ønsker dette. Ved planlagt opstart af rehabiliteringshold sluses patienten over i dette. Indholdet i rehabiliteringen følger altid de nationale kliniske retningslinjer. Der skal samlet set kunne tilbydes op til 12 ugers rehabilitering (træning). Et forløb er gennemført, når det aftalte forløb er gennemført. Igennem det kommunale forløb bliver der ligeledes fulgt op på compliance.
- Kommunen sender besked med afsluttende status til egen læge.

[1] Følger anbefalingerne for hjerterehabilitering fra Dansk Kardiologisk Selskab.



Kardiologisk ambulatorium

- Ved afslutning af kommunal rehabilitering ses patienten i forlængelse heraf i kardiologisk ambulatorium til sikring af tilstand, medicinering og stillingtagen til, om patienten kan afsluttes til egen læge.
- Fra Sygehuset går der besked til egen læge om afslutning af rehabiliteringsforløbet, og om at patienten afsluttes til egen læge.

Kommunal opfølgning

- Kommunerne har planlagt opfølgning to til tre gange efter endt rehabiliteringsforløb, så borgerne samlet set følges i op til et år.

Der er som minimum en lægesamtale el. samtale ved kardiologisk rehabiliteringssygeplejerske ved start og en afsluttende samtale med rehabiliteringssygeplejersken på sygehuset i forløbet. Der kan være behov for yderligere lægesamtaler igennem et forløb for nogle patienter.

Indholdet i rehabiliteringen: Følger altid de nationale kliniske retningslinjer

Fase III
Omfatter samtlige patienter med særlig fokus på egenomsorg. Fase 3 omfatter vedligeholdelse af opnåede livsstilsændringer og et opnået fysisk træningsniveau. Den fortsatte koordinering og optimering af behandlingen foregår hos den praktiserende læge. Tilbud fra kommune, primærsektor i øvrigt og patientforeninger indgår i det omfang, det findes relevant af borgeren.

Depressions-screening
Der er taget stilling til hvorvidt depressionsscreening bør indgå i aftalen. Det vurderes på nærværende tidspunkt, at grundlaget for dette ikke er tilstede. Der foregår i regi af Liaison klinikken et projekt omkring depressionsscreening, hvis udvikling følges. Derudover er sygehusene forpligtiget til at indrapportere til den nationale hjerterehabiliteringsdatabase.

Multisygdom

Der er ikke beskrevet særlige indsatser for patienter med hjerte-kar sygdom og anden kronisk sygdom. Enkelte kommuner i Region Nordjylland har tilbud med udgangspunkt i multisygdom, men alle rehabiliteringstilbud har fokus på at håndtere denne udfordring. Der er i Sundhedsaftalen 2015-18 beskrevet en indsats, der skal bidrage til at udvikle tilbud målrettede borgere med multisygdom. Det vil derfor fremadrettet være et udviklingsområde - både generelt og indenfor hjerteområdet.

Inddragelse af patienter og pårørende

Der er på nuværende tidspunkt ikke aftale om specifikke indsatser gældende for hjerteområdet. Der er i regi af Sundhedskoordinationsudvalget igangsat et arbejde med udvikling af en handleplan, som skal munde ud i konkrete forslag til indsatser vedrørende inddragelse af patienter og pårørende.

Aktiviteter og økonomi

Kvantificering af hjerterehabilitering
Sammenhængende hjerterehabilitering i fase II kan forventes at medføre et øget antal af patienter til kommunal rehabilitering. Med afsæt i erfaringer fra en mindre pilotafprøvning mellem Brønderslev kommune og Sygehus Vendsyssel, samt 2 års erfaringer med samarbejde om sammenhængende hjerterehabilitering fra kommunerne Hjørring og Frederikshavn og Sygehus Vendsyssel vurderes at 3,225 borgere pr. 1000 indbyggere kan forventes at blive henvist til sammenhængende hjerterehabilitering med forløb i kommune.

Et træk på genoptræningsplaner for Sygehus Vendsyssels optageområde viser fordelingen og udviklingen af hjertepatienter, der er henvist til henholdsvis genoptræning (hjerterehabilitering) i kommune og genoptræning (hjerterehabilitering) på sygehus. I 2014 er gruppen udvidet med flere diagnoser til genoptræning i kommune.

Tallene viser fordelingen for 2011, inden samarbejde om sammenhængende hjerterehabilitering, og efterfølgende for 2014.

1/1 2011 – 31/12 2011

Patienter henvist på genoptræningsplan til kommune	43
Patienter henvist på genoptræningsplan til sygehus	205

1/1 2014 – 31/12 2014

Patienter henvist på genoptræningsplan til kommune	220
Patienter henvist på genoptræningsplan til sygehus	77

Ca. 30% af de patienter der henvises til hjerterehabilitering på sygehus vil efterfølgende også have behov for at blive tilbudt et forløb i kommune med henblik på fase III.
I 2014 er der henvist flere patienter til genoptræning i kommune. En andel af disse modtog dog fortsat i forløbet den lægelige indsats på sygehuset m. samtaler, hvor KRAM og fysisk træning blev varetaget i kommunen.

Ressourcetræk kommuner
Med sammenhængende hjerterehabilitering skal der med implementering af aftalen forventes et forhøjet ressourcetræk, som omfatter personaletid og ekstra undervisning. Dette vil bl.a. være sygeplejerske ressourcer i forhold til ekstra undervisning af hjerteklapopererede og hjertesvigtspatienter samt sygeplejerskens deltagelse i træningssessioner. Baggrunden for sygeplejerskens deltagelse i træningssalen er det individuelle samarbejde med borgeren og dennes problemstillinger – ud fra en tværfaglig kontekst. Derudover skal påregnes ressourcer i forhold til deltagelse af fysioterapeut ved indslusning i træningen, herunder test af patient. Desuden skal forventes at op til 25% af de henviste har behov for 1-2 individuelle samtaler ved diætist.

Ressourcetræk sygehuse
Der skal i forbindelse med den indledende rehabilitering være en sublimiteret arbejdstest (cykeltest). Dette vurderes fra patient til patient. Dette foregår i tilknytning til den indledende lægesamtale. Denne praksis har ikke tidligere været anvendt systematisk, men er en del af den nationale kliniske retningslinje for iskæmisk hjertesygdom. Omfanget er gens. 45 min. pr. patient med tilstedeværelse af 2 fysioterapeuter.

I det løbende samarbejde er der behov for at kommunen kan kontakte sygehuset. Der skal etableres en kontakttelefon til kardiologisk afdeling, evt. til en koordinerende sygeplejerske. Kommunen kan kontakte sygehuset vedr. fælles patienter med forløb i den sammenhængende hjerterehabilitering. Kontakten kan omhandle henvendelser vedr. bivirkninger ved medicin, tegn på forværring mv.

Kommunikation mellem parterne

Kommunikation
Ved et sammenhængende forløb på tværs af primær og sekundær sektor, er der et behov for kommunikation mellem sygehus og kommune, både ved henvisning, og under forløbet. Dette er afgørende for det sammenhængende forløb, idet den ene part ikke kan opstarte eller afslutte sin del af forløbet uden stafetten er videregivet og modtaget fra den anden.

Henvisning
Henvisning fra hospitalerne til kommunal hjerterehabilitering kan ske på enten en genoptræningsplan (GOP) eller på en elektronisk henvisning (Ref01), som findes i en "pakkeudgave" målrettet hjerteområdet. Hvis der er tale om en funktionsnedsættelse, som skal genoptrænes, skal det ske på en GOP – og har patienten behov for andre indsatser end den funktionsnedsættelse, som genoptræningen rettes imod, så noteres det i rubrikken "Supplerende oplysninger".
Hvis ikke patienten har en funktionsnedsættelse, så kan der benyttes en elektronisk pakkehenvisning (Ref01).

I relation til at kunne sondre mellem brug af genoptræningsplan og sygehushenvisning henvises til beskrivelsen i PRI dokumentet "Sondring mellem brug af genoptræningsplan (GOP) og sygehushenvisning (Ref01)**"**.

Ved direkte henvisning til kommunal rehabilitering fra almen praksis benyttes ligeledes den elektroniske pakkehenvisning (Ref01).

Løbende kommunikation mellem kommune og sygehus
Sygehuset sender notat fra første lægesamtale til kommunen (sendes som del af genoptræningsplan). Ved afslutning af den kommunale del af forløbet er det ønskeligt, at der sendes en status indeholdende bl.a. resultater af tests, fra kommune til sygehus. Denne status anvendes i den afsluttende samtale på sygehuset. Da der ved udformning af nærværende aftale ikke eksisterer en mulighed for at kommunikere digitalt fra kommune til sygehus er dette ikke i første omgang en aftalt praksis.

Implementering, monitorering, kvalitetssikring og sundhedsfaglig udvikling
Samarbejdet i forløbet

I forbindelse med implementering af den delte hjerterehabilitering er det nødvendigt at etablere nedenstående indsatser.

Etablering af åben telefonkontakt: Der etableres en åben telefon til en koordinerende kardiologisk sygeplejerske i udskrivende afdeling, som kan svare på spørgsmål fra den kommunale rehabiliteringsenhed i forbindelse med forløbet, eller henvise til rette faglighed. Dette telefonnummer oplyses i genoptræningsplanen til kommunen. Som udgangspunkt er patienterne velmedicinerede og i en stabil fase, når de bliver udskrevet fra sygehuset. Det forventes derfor ikke, at der vil være et stort behov for telefonisk kontakt. Der forventes maksimalt 4-5 henvendelser om ugen (på basis af 200 patienter), hvoraf denne henvendelse i 70% af tilfældene klares af sygeplejersken og kun sjældent, maks. 1 gang ugentligt, involverer læge.

Lægefagligt ansvar: Sygehuset har under hele forløbet behandlingsansvaret, og kommunen kan under forløbet kontakte sygehuset ved behov. Først ved afslutning af forløbet med 2. samtale på sygehuset overgår det lægefaglige ansvar til almen praksis. Hjerterehabiliteringsforløbet er her afsluttet, men kommunen har yderligere kontakt til borgeren med samtaler, så forløbet bliver på op til et år. Egen læge modtager en fælles status fra sygehuset ved afslutning.

Anbefaling om delestillinger: Det kan med fordel overvejes at ansætte en sygeplejerske i delt stilling mellem hjerteafdeling og det kommunale sundhedscenter. Formålet er at bygge bro mellem sektorerne i relation til borgerens/patientens rehabiliteringsforløb. – En anden mulighed kunne være at lave en delt sygeplejestilling mellem lægepraksis og kommune.

Rådgivning og videndeling: Regionen står til rådighed i forhold til videndeling og rådgivning, eks. i form af undervisningsdage, faglige temadage og faglige besøg med henblik på kardiologisk viden.
Kommunerne stiller sig til rådighed for faglige besøg og videns udveksling.

Der er et konkret behov for kompetenceudvikling af personalet i kommunerne i forbindelse med implementering af den delte hjerterehabilitering.

Litteraturliste / Links

National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering (Sundhedsstyrelsen 2013)
National behandlingsvejledning for hjerterehabilitering (Dansk Kardiologisk selskab 2016)
Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner (Ministeriet for forebyggelse og sundhed, oktober 2014)

Sidst revideret:
Juli 2016

Bilagsforside

Dokument Navn:	Henvisningskriterier KOL TCN 2016.pdf
Dokument Titel:	Henvisningskriterier KOL TCN 2016
Dokument ID:	1330270
Placering:	Projekter/TeleCare Nord KOL/Dokumenter
Dagsordens titel	TeleCareNord KOL - reviderede henvisningskriterier
Dagsordenspunkt nr	10
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1

Henvisning af patienter til KOL TeleCare Nord

Henvisningen fremsendes til kommunen på en sygehushenvisning. Kommunen sender kvittering via korrespondancemeddelelse, når patienten er i gang og indsender data.

Kriterier

Patienten skal have diagnosen KOL stillet ved spirometri.
Patienten skal være i behandling eller motiveret for behandling svarende til GOLD Guidelines. Derudover fast bopæl og praktiserende læge i Region Nordjylland. Patienten skal være motiveret for at deltage.
Patienten skal kunne kontaktes telefonisk.
Derudover: Patienten skal have KOL klassificeret i gruppe D og / eller i iltbehandling.
(Gruppe D: Mange symptomer, 2 + eksacerbationer el. en indlæggelse for KOL det sidste år el. FEV1 <50% af forventet)

Ved graviditet og amning skal der være kontakt til egen læge ved opstart eller ændring af medicinsk behandling.

Ønskede oplysninger

Der sendes en sygehushenvisning til kommunen med overskriften KOL TeleCare Nord. Derudover påføres følgende:

- Der er givet mundtligt samtykke til data udveksling mellem samarbejdspartnere
- Patienten bedes kontaktet mhp. opstart af telemedicinsk tilbud i TeleCare Nord.
- Telefon nr. til patient, og eventuelt til pårørende
- FEV1 (inden for sidste år)
- Antal forværringer inden for seneste år
- Antal indlæggelser grundet KOL inden for seneste år
- Højde, og evt. vægt
- Blodtryk
- Eventuel saturation og iltbehandling
- Comorbiditet
- MRC score
- Selvbehandlingsplan til KOL: se http://www.lungemedicin.dk/fagligt/101-dansk-kol-retningslinje-2012.html#haandtering
- Øvrige oplysninger relevante for den telemedicinske opfølgning

Afvigelser fra standard (måleinterval og alarmgrænser)

- Måleinterval er én gang om ugen – hvis to gange om ugen påføres dette henvisningen.
- Alarmgrænser er foruddefineret (se tabel), hvis afvigelser fra disse oplyses dette på henvisningen.

Alarmgrænser	Rød høj	Gul høj	Gul lav	Rød lav
Blodtryk Systolisk	180	160	110	90
Blodtryk Diastolisk	110	90		
Puls	130	110	60	50
Saturation			92	88

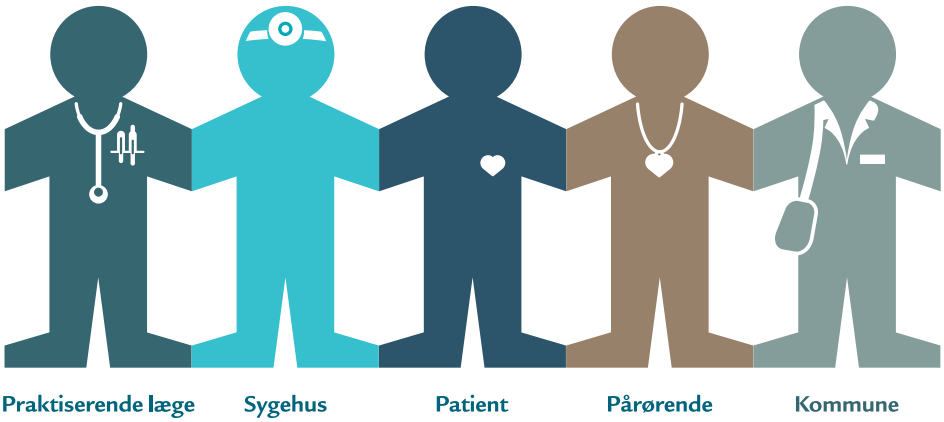
Bilagsforside

Dokument Navn:	patientinformation TCN hjerte.ashx.pdf
Dokument Titel:	patientinformation TCN hjerte.ashx
Dokument ID:	1414269
Placering:	Emnesager/CSP TeleCare Nord Hjertesvigt/Dokumenter
Dagsordens titel	Orientering om TeleCare Nord Hjertesvigt
Dagsordenspunkt nr	11
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1

PATIENTINFORMATION

TELECARE NORD

– ET PROJEKT DER UNDERSØGER OM TELEMEDICIN
KAN GØRE EN FORSKEL FOR DIG MED HJERTESVIGT



LÆS OM PROJEKTET OG DINE MULIGHEDER FOR DELTAGELSE

TELECARE NORD

TeleCare Nord er et samarbejde mellem de 11 nordjyske kommuner, de praktiserende læger og regionens sygehuse.
Samtidig deltager Kvalitetsenheden for Almen Praksis i Region Nordjylland, Hjerteforeningen og Aalborg Universitet aktivt i udformningen af projektet.
Telecare Nord har erfaring i udbredelsen af telemedicin og har tidligere gennemført et storskala projekt til KOL patienter (lungepatienter).

TELEMEDICIN TIL PATIENTER MED HJERTESVIGT

I 2016 starter et projekt med telemedicin til hjertesvigtspatienter. Projektet baserer sig på de gode resultater fra tidligere telemedicinske projekter til KOL-patienter.

HVAD ER TELEMEDICIN?

Telemedicin betyder kort fortalt, at du får udleveret en tablet (en lille bærbar skærm) samt måleudstyr, og at du selv tager målinger med dette udstyr. Målingerne sendes trådløst fra tablet'en til det sundhedsfaglige personale i din kommune. Det sundhedsfaglige personale følger dine målinger og udviklingen i dem. Hvis dine målinger ændrer sig, vurderer I sammen, om der er baggrund for at justere i din behandling, eller om du har brug for en anden indsats.

FORSKNING

– gør telemedicin en forskel for patienter med hjertesvigt?

Projektet følges af Aalborg Universitet, der har ansvaret for den forskning, der knytter sig til projektet.
Forskningsindsatsen er 2-benet. Effekten af telemedicin opgøres ud fra patientnære og sundhedsøkonomiske mål:

Patientnære mål: At styrke patient empowerment (mestring af egen sygdom) ved at stille data og viden til rådighed for patienten, styrke patientens kompetencer til egenomsorg og at give patienten en forstærket indflydelse på egen tilstand og derigennem opnå en forbedret livskvalitet.

Sundhedsøkonomiske mål: At reducere hjertesvigtspatienters behov for hospitalsbehandling og kommunale sundheds-, pleje- og omsorgsydelser samt at holde patienten på arbejdsmarkedet i videst mulig omfang.

Patienterne deles i 2 grupper: en kontrolgruppe uden telemedicinsk udstyr og en gruppe med telemedicinsk udstyr

Forskningen skal vise, hvilke effekter telemedicin har for henholdsvis økonomi, samarbejde og ikke mindst for patienten selv. Derfor er det nødvendigt at opdele patienterne i en kontrolgruppe, der ikke har telemedicinsk udstyr og en gruppe, der har telemedicinsk udstyr. Dermed kan man sammenligne data fra patienter, der ikke har telemedicinsk udstyr, med data fra patienter, der har. Begge grupper er meget vigtige for forskningen.

DIT BIDRAG TIL FORSKNINGEN

– i kontrolgruppen eller med telemedicinsk udstyr

Som patient er du i fokus i projektet. Uanset, om du indgår i kontrolgruppen eller får telemedicinsk udstyr, er din deltagelse vigtig for, at forskerne kan få ny viden. Din mening og oplevelse indgår i projektets resultater. Derfor vil du modtage nogle få spørgeskemaer i løbet af din deltagelse i projektet, og du vil muligvis blive bedt om at deltage i interviews om dine erfaringer med telemedicin.

Det er en betingelse for at deltage i projektet, at du besvarer spørgeskemaerne og er villig til at deltage i interviews.

Forskerne får adgang til dine data. Alle forskere er underlagt tavshedspligt.

HVORDAN DELTAGER DU?

I en samtale med din læge vurderer I sammen, om du vil have glæde af at deltage i projektet. Hvis du gerne vil deltage, skal du gennemlæse denne pjece grundigt og underskrive en samtykkeerklæring om, at du har modtaget både mundtlig og skriftlig information om projektet.

Du har ret til den nødvendige betænkningstid, før du underskriver samtykkeerklæringen. Det er en god ide, at du har pårørende med til at modtage informationen og til at drøfte din beslutning med.

LODTRÆKNING

Når din læge har vurderet, at du vil kunne få glæde af telemedicinsk udstyr, vil du indgå i en lodtrækning om, hvorvidt du tilbydes telemedicin eller ej. Det er tilfældigt, om du kommer i kontrolgruppen (gruppen uden telemedicinsk udstyr) eller i interventionsgruppen (gruppen med telemedicinsk udstyr).

OFFENTLIGGØRELSE AF RESULTATERNE

Resultaterne af forskningen vil blive offentliggjort løbende. Dels i form af artikler i forskellige tidsskrifter, dels som præsentationer ved videnskabelige konferencer.

Efter projektets afslutning vil der blive udgivet flere forskningsrapporter og en samlet evaluering, som konkluderer på projektets effekter.

Alle resultater af forskningen vil være offentligt tilgængelige. Alle patientdata vil være anonymiserede. Det vil ikke være muligt at identificere enkeltpersoner.

ØKONOMI

TeleCare Nord stiller det telemedicinske udstyr gratis til rådighed. Udstyret er TeleCare Nords ejendom og skal afleveres, hvis du vælger at forlade projektet.
Projektet finansieres af Region Nordjylland og de nordjyske kommuner. Projektet modtager støtte fra Digitaliseringsstyrelsen.
Projektet har et samlet budget på 22 millioner kr.

A. HVIS DU I LODTRÆKNINGEN BLIVER UDTRUKKET TIL KONTROLGRUPPEN

Kontrolgruppen får ikke telemedicinsk udstyr i projektperioden. Du forsætter din behandling som hidtil, men indgår som en vigtig del i projektet, nemlig som kontrolpatient. Forskerne vil kontakte dig med henblik på interviews, og du skal også udfylde spørgeskemaer undervejs i projektperioden. Når projektperioden er afsluttet, forventes det, at de patienter i kontrolgruppen, der egner sig til at modtage et tilbud om telemedicin, tilbydes dette.

B. HVIS DU I LODTRÆKNINGEN BLIVER UDTRUKKET TIL AT FÅ TELEMEDICIN

Din hjemkommune vil kontakte dig og hjælpe dig med det praktiske i forløbet. Det omhandler bl.a. udlevering af det telemedicinske udstyr og grundig instruktion i brugen af det. Samtidig skal du deltage interviews og udfylde spørgeskemaer i løbet af projektperioden.

HVORNÅR KOMMER DU I GANG?

Det forventes at de første patienter kan starte med telemedicin i sensommeren 2016.

TELEMEDICINSK UDSTYR I PROJEKTET

Hvis du efter lodtrækningen deltager i gruppen der får telemedicinsk udstyr modtager du en lille taske med det telemedicinske udstyr, et såkaldt TeleKit, som indeholder: Et blodtryksapparat, en personvægt samt en tablet (en lille bærpar skærm).
Du vil modtage undervisning i, hvordan du skal bruge udstyret.
Udstyret er trådløst, så du kan tage det med dig, hvis du skal på længerevarende besøg eller fx i sommerhus et sted i Danmark. Udstyret fungerer dog ikke i udlandet.
Udstyret leveres direkte til dit hjem efter nærmere aftale med dig. Når du modtager udstyret bliver det testet, at det fungerer korrekt.

Når du måler dit blodtryk, puls og vægt, overføres målingerne trådløst til tablet'en. Her kan du se den enkelte måling og godkende, at denne sendes videre til det sundhedsfaglige personale. På tableten skal du også besvare nogle spørgsmål, bl.a. om du har åndenød, og om du er mere træt, end du plejer at være.

DIN HVERDAG MED TELEMEDICIN

Når du starter med at anvende det telemedicinske udstyr, vil du få at vide, hvornår og hvor ofte, du skal tage dine målinger.
Du får hjælp til at huske, hvornår du skal tage dine målinger via en besked på tablet'en. Den kender også tidspunktet for, hvornår du skal besvare spørgsmål.
Har du problemer med f.eks. at montere blodtryksmanchetten, har du måske en pårørende eller en anden, som kommer i dit hjem, som kan hjælpe dig.
Oplever du problemer med at foretage dine målinger, eller er du usikker på, om udstyret virker korrekt, kan du altid bruge de kontaktoplysninger, du får udleveret sammen med udstyret. Hvis der opstår problemer med udstyret, bliver det erstattet med nyt, så du kan fortsætte med at lave dine målinger.

HJÆLP TIL SELVHJÆLP

Telemedicin er hjælp til selvhjælp. Du skal gerne opleve en øget tryghed og i højere grad blive opmærksom på dine symptomer – og også gerne blive i stand til selv at handle på dem. Telemedicin er ikke en del af et akutberedskab og kan ikke anvendes i nødstilfælde.
Hvis du bliver syg eller akut dårlig, skal du som altid kontakte egen læge, lægevagten eller ringe 112

OPFØLGNING PÅ DINE MÅLINGER

Du kan forvente, at dine målinger ses af sundhedsfagligt personale på hverdage en til to gange om ugen. Der er aftalt retningslinjer for samarbejdet mellem kommunen og sygehuset, så det sikres, at der altid er nogen, som følger dine målinger. Vurderes det, at der er en negativ udvikling i dine målinger eller besvarelser, vil du blive kontaktet for en drøftelse af en mulig indsats. Du vil også blive kontaktet, hvis dine målinger ikke er udført som aftalt, eller der ikke er modtaget målinger fra dig som forventet.

DIN ADGANG TIL AT SE DINE EGNE MÅLINGER

Dine målinger kan ses af sundhedsfagligt personale, som er underlagt tavshedspligt. Du har også selv adgang til at se dine målinger, både på din tablet og på www.sundhed.dk.

Projektet er underlagt Persondataloven og Sundhedsloven . Finder du grund til at klage over noget i projektet, skal du rette henvendelse til TeleCare Nords sekretariat. Du finder adresse og telefonnummer på bagsiden af denne folder. Du har mulighed for at klage og få erstatning efter reglerne i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet .

VARIGHED OG DELTAGELSE

Tilbuddet om telemedicin igangsættes i sensommeren 2016 og afsluttes formelt den 30. november 2017.Det er frivilligt at deltage i projektet, og du kan til enhver tid vælge at træde ud af projektet og levere udstyret tilbage. Det har ingen konsekvenser for din behandling i øvrigt.

KONTAKT

Hvis du har behov for yderligere information, kan du tale med din hjemkommune eller din TeleCare Nord kontaktperson i hjertesvigtsambulatoriet på dit lokale sygehus.

TELECARE NORD
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Ø
telecarenord@rn.dk
www.telecarenord.dk

Bilagsforside

Dokument Navn:	PLO På patientens vegne 2016.pdf
Dokument Titel:	PLO På patientens vegne 2016
Dokument ID:	1417008
Placering:	Emnesager/PLO- udspil 2016/Dokumenter
Dagsordens titel	Orientering om PLO´s udspil På patientens vegne
Dagsordenspunkt nr	12
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1

På patientens vegne

PLO's udspil til bedre sammenhæng, større tilgængelighed og højere kvalitet i sundhedsvæsenet

PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION

PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION

Behovet for bistand og støtte til patienterne stiger

Der sker i disse år store samfundsændringer, der påvirker det danske sundhedssystem og det omgivende samfunds forventninger til kvaliteten i sundhedsvæsenet:

Vi lever længere, og de store årgange fra tiden omkring Anden Verdenskrig har nået pensionsalderen. Der sker også en stigning i antallet af borgere med kroniske lidelser, både fordi vi får flere ældre medborgere, og fordi screening, tidligere diagnostik og nye behandlingsmuligheder gør, at mange lever i længere tid med mere end én sygdom.

Samtidig sker der store ændringer i sygehusstrukturen: Små sygehuse lukkes, og store højt specialiserede supersygehuse er ved at blive bygget. Den gennemsnitlige indlæggelsestid bliver kortere, og behovet for lægefaglig bistand til de patienter, der udskrives, bliver stadig større.

En tiltagende del af befolkningen har derfor behov for hyppigt at se deres praktiserende læge. Af samme årsag er der gode sundhedsfaglige grunde til at overveje at flytte opgaver fra sygehusene til den praktiserende læge, der kender patienten og i mange tilfælde bedre kan varetage indsatsen.

I PLO har vi længe været i gang med at forberede omstillingen af almen praksis til det nye, nære sundhedsvæsen. Vi har tre perspektiver i vores indsatser:

1 Vi ønsker lettere adgang til egen læge for alle borgere

2 Vi vil bygge bro, så patienterne oplever et trygt og sammenhængende forløb mellem almen praksis, kommuner, sygehuse og andre behandlingstilbud

3 Vi vil medvirke til, at samfundet får mest mulig sundhed for pengene.

PLO's indsatser skal ses i sammenhæng med en række politiske udmeldinger og initiativer, som entydigt peger på, at man ønsker at styrke det nære sundhedsvæsen og almen praksis:

- Regeringen, KL og Danske Regioner har nedsat et udvalg, der skal komme med et bud på en plan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Her tyder alle signaler på, at almen praksis er tiltænkt en endnu mere central rolle.
- Politisk har man i det seneste satspuljeforlig på sundheds- og ældreområdet afsat penge til meget specifikke indsatser i almen praksis. Fx tidlig opsporing af KOL og demens, bedre forhold for den ældre medicinske patient og til implementering af fast tilknyttede praktiserende læger på plejecentre. Vi forventer, at der kommer flere af denne type indsatser.
- Det er politisk besluttet, at en del af kræftopfølgningen bør flyttes fra sygehusene til almen praksis.
- Regeringen har indgået aftale med forligspartierne bag finansloven om en række initiativer, der styrker indsatsen over for de ældre medicinske patienter i sundhedsvæsenet, blandt andet en styrkelse af de kommunale akutfunktioner.

Til efteråret indledes forhandlingerne om de praktiserende lægers overenskomst. PLO forventer, at den nye overenskomst bliver startskuddet til, at flere års stagnation i almen praksis afløses af vækst og udvikling, til glæde for patienterne.

PLO står til rådighed og bidrager konkret til en række af de spørgsmål, der diskuteres inden for de nævnte initiativer, og det er i det lys, at PLO's udspil, "På patientens vegne", skal læses.

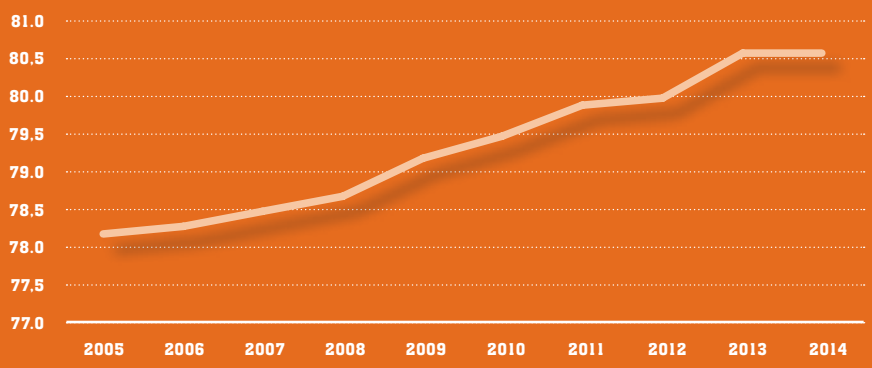
Nogle af forslagene kan vi som praktiserende læger realisere på egen hånd. Andre kræver, at vi bliver enige med vores samarbejdspartnere i stat, regioner og kommuner.

Udspillet indeholder 28 konkrete bud på, hvordan vi som praktiserende læger, i et samspil med andre aktører, kan bidrage til at styrke det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Udspillet er ikke tænkt som en handlingsplan, men som et oplæg til dialog. Et bud fra de praktiserende læger på, hvordan vi i fællesskab kan gøre det bedre. Til gavn for patienterne – dem, det hele drejer sig om.

Christian Freitag
Formand for Praktiserende Lægers Organisation

Middellevetid i Danmark

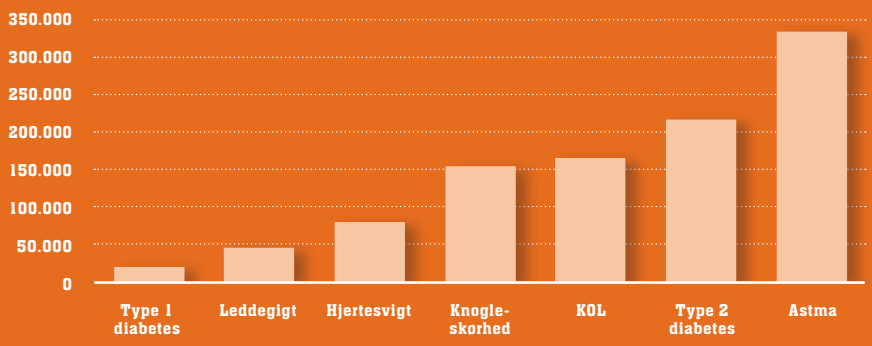
Kilde:
Danmarks Statistik



Antal voksne med udvalgte kroniske sygdomme pr. 1. januar 2014

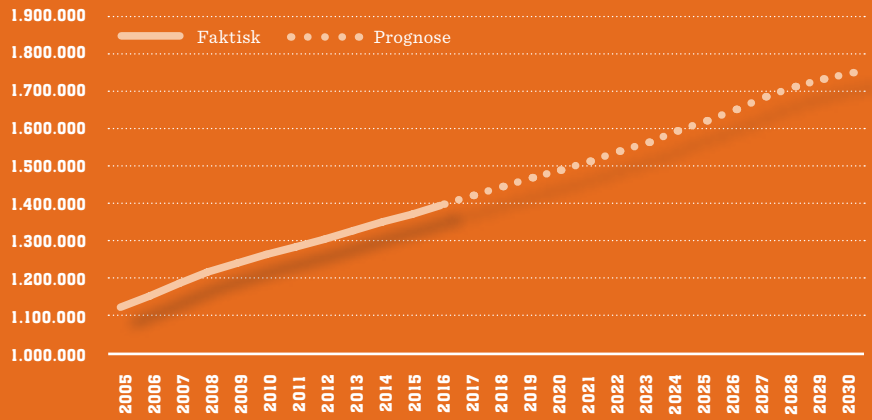
Kilde:
Statens Serum Institut:,
"Borgere med kroniske sygdomme"

NB:
Nogle af patienterne kan have flere af sygdommene, derfor kan den enkelte patient optræde flere gange i tabellen.



Danmarks befolkning på 60 år eller derover

Kilde:
Danmarks Statistik



PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION

Vi ønsker lettere adgang til egen læge for alle borgere

Et voksende antal danskere har i dag ikke adgang til deres egen læge i deres lokalsamfund.

I Region Nordjylland har næsten syv procent af befolkningen i dag ikke deres egen, selvstændigt praktiserende læge, men er henvist til ansatte læger i regions- og udbudsklinikker, som oftest for en kortere periode. Dermed forsvinder kontinuiteten og det personlige kendskab, som egen læge har til sine patienter.

Andre steder har den praktiserende læge et meget stort antal patienter, fordi der ikke er læger nok i området. Patienten oplever, at det bliver svært at få en tid hos lægen, når man har brug for det, og når man endelig har fået en konsultation, har lægen ikke den nødvendige tid til at få talt ordentligt om tingene.

Problemet er ikke jævnt fordelt ud over hele landet. Jo længere man bevæger sig væk fra hovedstadsområdet og de store byer, jo dårligere er adgangen til egen læge og i øvrigt også til praktiserende speciallæger. Det skaber en geografisk betinget ulighed i sundhed, vi som samfund ikke kan byde vores borgere.

Problemet har også social slagside: I mange af de områder, der har dårligst lægedækning, er der samtidig en overrepræsentation af ældre, svage og socialt udsatte borgere, der hyppigt har brug for at komme til lægen.

Når lægen har travlt, er det især et problem for de borgere, der har mere alvorlige og komplekse problemer. Og den nuværende overenskomst for almen praksis tager ikke i tilstrækkelig grad højde for, at nogle læger har patienter, der har større behov end andre.

PLO mener, at alle borgere, i alle dele af landet, skal have deres egen praktiserende læge i deres eget lokalområde, som de kan få tid hos, når de har brug for det.

Alle borgere skal opleve, at deres læge har den fornødne tid til at kigge dem i øjnene, lytte til deres problemer – og finde de rigtige løsninger.

PLO's forslag

1 Vækst og udvikling i almen praksis

Der er behov for, at samfundet investerer i almen praksis. Der skal uddannes flere speciallæger i almen medicin, og lægerne skal bruges til det, de er uddannet til, nemlig at være praktiserende læger.

PLO foreslår, at alle læger - og ikke kun 80 procent som i dag - videreuddannes seks måneder i almen praksis. Det vil dels skabe et bedre grundlag for at rekruttere til specialet, og det vil bidrage til at sikre bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet.

PLO foreslår yderligere, at antallet af hoveduddannelsesstillinger til almen medicin øges betragteligt. De fleste eksperter er enige om, at behovet for læger med denne brede uddannelse er tydeligt stigende. PLO bidrager gerne til, at uddannelseskapaciteten udvides i landets lægeklinikker.

2 Lægen skal ikke gøre det hele selv

Mange opgaver i fremtidens almene praksis kan med stor fordel løses i et samarbejde med andet sundhedspersonale i klinikkerne. Udover administrative opgaver drejer det sig især om laboratorieopgaver, forebyggende og opfølgende konsultationer samt omsorg for patienter med kroniske lidelser. Derudover kan personalet tiltænkes en vigtig støttende funktion for de mange borgere og pårørende, der har behov for det, især ældre og borgere med psykiske problemer. PLO foreslår, at de praktiserende læger får incitamenter til at ansætte mere sund-

hedsfagligt personale. Herved vil praktiserende læger kunne fokusere på patientbehandling af høj faglig kvalitet.

3 Læger i klynger skal udbredes

Læger har mulighed for at gå sammen i klynger, hvor de deles om at få løst en række administrative opgaver i forbindelse med ansættelse af personale, it-arbejde og benchmarking.

I disse klynger kan man også dele særligt fagligt personale og indtænke kvalitetsarbejdet - ikke kun mellem forskellige klinikker, men også i et samarbejde med sygehuse og speciallæger. En sådan organisering er ikke særlig udbredt i Danmark, men det er den i det hollandske sundhedsvæsen, og det kan vi i Danmark lade os inspirere af. PLO foreslår, at lægeklynger tænkes ind i den fremtidige vækst og udvikling af almen praksis.

4 Rammedelegation som et mere systematisk tiltag

I visse situationer giver det god mening, at en sygeplejerske på delegation fra en praktiserende læge kan iværksætte medicinering af en borger, der er tilknyttet en kommunal sygeplejerske. Derved sikres en hurtig indsats uden forsinkende og tidskrævende mellemled. Det vil fortsat være en læge, der er ansvarlig for de givne rammer.

Det kræver naturligvis en klar aftale mellem læge og kommune, og det kræver, at medicinen gives af en sygeplejerske med de fornødne kompetencer. Lægeforeningen støtter generelt, at læger delegerer opgaver, når det fagligt giver mening. PLO foreslår, at Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd, KL og Danske Regioner aftaler en konkret skitse til, hvordan rammedelegationer kan udbredes i det nære sundhedsvæsen.

5 Lettere at få læger til lægedækningstruede områder

I områder, hvor der er behov for flere læger, er arbejdsmængden typisk meget stor. Det kan i sig selv øge lægemanglen, fordi det afholder nogle læger fra at søge dertil, og fordi det kan få læger til at stoppe før tid.

PLO foreslår, at vi lokalt fjerner nogle af de begrænsninger, der i dag er for at drive en lægepraksis. Vi kan gøre det lettere at ansætte kolleger, så arbejdsbyrden deles ud på flere hænder, og vi kan give fri adgang til etablering af delepraksis. Derved bliver disse områder mere attraktive for de læger, der ikke ønsker eller har mulighed for en meget lang arbejdsuge. Lokalt kan vi fjerne nogle af de økonomiske begrænsninger, idet områder med mange socialt udsatte kan kræve yderligere indsatser. Endelig forestiller vi os, at PLO, gerne i et samarbejde, stimulerer til udvikling af skabelonmodeller, således at det bliver lettere for praktiserende læger at udnytte nogle af de muligheder, der er for at arbejde med ansatte læger, satellitpraksis og andre organiseringsformer.

6 Samarbejde skal sikre mere tidssvarende klinikker og lettere adgang for patienterne

I takt med at stadig flere og stadig mere komplicerede opgaver skal løses i almen praksis, er det vigtigt, at de fysiske rammer og faciliteter bliver moderniseret. Det vil også bidrage til at gøre almen praksis mere attraktiv for unge læger. Bedre og større fysiske rammer kan i sig selv give bedre tilgængelighed. Det kan give mulighed for ansættelse af andet sundhedspersonale, der kan løse selvstændige opgaver, og dermed frigive lægetid. Endelig giver bedre og større fysiske rammer mulighed for, at flere læger går sammen i samarbejdspraksis eller kompagniskabspraksis og dermed opnår bedre fleksibilitet i planlægningen af arbejdet.

Folketinget har allerede afsat 800 mio. kroner til etablering af nye sundhedshuse. Både regionerne, kommunerne og de praktiserende læger viser løbende interesse i at investere i mere moderne klinikker og sundhedshuse. PLO foreslår derfor, at dette følges op af et fælles initiativ, der inkluderer alle fire parter, for derigennem at øge og kvalificere investeringerne. Vi foreslår, at disse midler kan bruges:

- I storbyer, hvor der er behov for modernisering
- Uden for storbyerne, hvor der er behov for at etablere større enheder, fx ved trafikale knudepunkter
- I udkantsområderne, hvor det giver god mening for borgerne at fastholde små klinikker, ikke mindst af hensyn til tilgængeligheden

7 Ny udvidet konsultation og ledsagerkonsultation

Langt de fleste patienter tildeles i dag den samme tid hos deres læge, uanset hvilken problemstilling der er tale om. Med et voksende antal "komplekse patienter" med komplicerede problemstillinger er der et stigende behov for, at disse patienter med særlige behov kan få mulighed for at tale med deres læge i længere tid end normalt. PLO foreslår derfor, at der for komplekse patienter indføres en ny type konsultation af længere varighed. Målgruppen for en sådan udvidet konsultation kan være socialt udsatte med fx psykisk sygdom eller misbrug, skrøbelige ældre medicinske patienter eller børn fra udsatte familier. Det kan også være multimorbide ældre patienter eller polyfarmacipatienter – det vil sige borgere, der har så mange lidelser, at de gør brug af mere end fem til syv receptpligtige lægemidler på samme tid.

PLO foreslår også, at der som et nyt begreb indføres en "ledsagerkonsultation", hvor man som pårørende eller kontaktperson, sammen med patienten, kan tale med lægen om, hvordan patientens situation bedst håndteres ved at inddrage pårørende som ressourcepersoner. Det kunne fx være relevant i forhold til patienter med demens eller anden psykisk sårbarhed.

Der skal selvsagt ske en præcis afklaring af, hvilke patientgrupper der kan komme ind under disse ordninger, og hvor ofte de pågældende ydelser kan udløses i forhold til den enkelte patientgruppe.

8 Bedre telefonbetjening

Når man har brug for at komme igennem til sin egen læge, er det frustrerende at opleve, at telefonen er optaget. Mange klinikker har indført et telefonkøsystem, hvor man oplyses om, hvad nummer man er i køen. Andre har automatisk viderestilling til den vagthavende praktiserende læge. PLO foreslår, at vi, i arbejdet med at øge vores tilgængelighed over hele landet, får indført nogle tekniske løsninger, der imødekommer borgernes ønske om at komme i kontakt med klinikkerne på en enkel måde og undgå blindgyder.

9 Bedre uddannelse af klinikpersonale – til gavn for patienterne

I takt med at presset på ydelser hos de praktiserende læger stiger, er det vigtigt, at klinikpersonalets kompetencer bliver løftet. Dermed kan flere opgaver løses selvstændigt af klinikpersonalet, og på den måde kan der frigives lægetid til andre opgaver i klinikken.

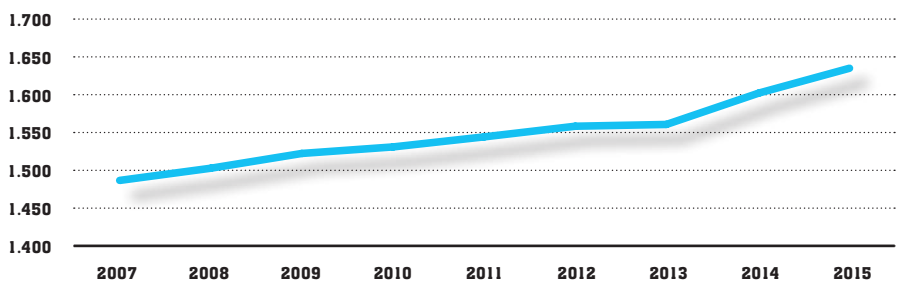
Der går i dag ofte lang tid, før nyt personale fungerer på det høje og selvstændige niveau, der er nødvendigt. Klinikpersonalet uddannes meget forskelligt – ofte i form af meget kortvarige og enkeltstående kurser. PLO foreslår derfor, at der etableres et samarbejde mellem de praktiserende læger og de ansattes organisationer for at se på, hvordan vi hurtigt kan sikre et højere kompetenceniveau for de ansatte i almen praksis. Der bør opstilles klare mål med uddannelserne – mål, der skaber sikkerhed for, hvad personalet kan håndtere efter gennemført efteruddannelse.

Først og fremmest skal vi styrke personalets kompetencer i forhold til at håndtere individuelle sygdomsforløb hos patienter, der lider af kroniske sygdomme som KOL, astma, hjertesygdom, psykisk sygdom og diabetes.

Derudover kan der laves uddannelsestilbud inden for blandt andet telefonvisitation, sårpleje, urinvejsinfektioner, vaccinationer, blodprøvetagning, hygiejne etc.

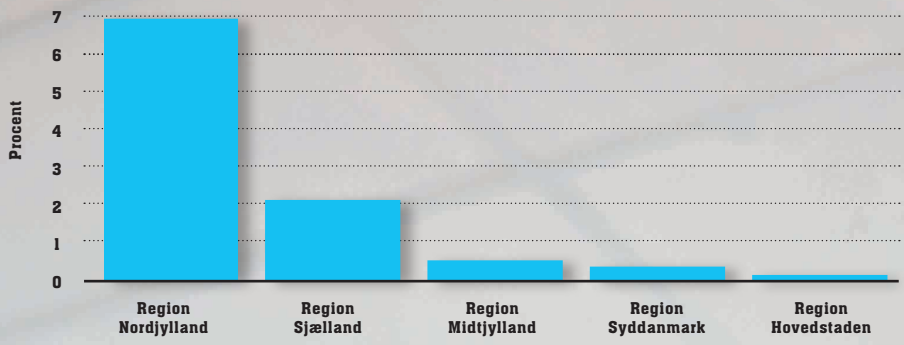
Antal gruppe 1 sikrede patienter pr. praktiserende læge

Kilde:
Lægeforeningens medlemsregister og Danmarks Statistik.



Andel af gruppe 1-sikrede patienter tilknyttet regions- eller udbudsklinikker

Kilde:
Oplysninger indhentet fra de regionale PLO-sekretariater



Fotograf: Lars Just

PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION

PLO vil bygge bro, så patienterne oplever et trygt forløb mellem almen praksis, kommuner, sygehuse og andre behandlingstilbud

Alle praktiserende læger optræder dagligt som en del af sundhedsvæsenet og bidrager til at skabe et bedre sammenhængende forløb for vores patienter. Det gør vi i en tæt dialog og koordination med både sygehuse, praktiserende speciallæger og kommuner. Men der er et voksende behov for, at de praktiserende læger indgår i et forpligtende og nært samspil såvel med det øvrige sundhedsvæsen som med den kommunale ældrepleje og de kommunale akutfunktioner.

Den praktiserende læge er nøglepersonen i at sikre bedre sammenhæng for patienten på tværs af sektorer, fordi vi er borgernes indgang til det samlede sundhedsvæsen. Den rolle er vi fortsat parat til at tage på os og udbygge. Forbindelsen fra den praktiserende læge til det øvrige sundhedsvæsen og til kommunerne skal styrkes.

På sygehusene er udviklingen i mange år gået i retning af, at patienterne udskrives stadig tidligere. Det stiller en række krav til det omgivende samfund, herunder til de praktiserende læger. De skal være parat til at yde den opfølgende lægehjælp, som disse borgere har brug for, efter de er udskrevet. Det stiller krav til både almen praksis, sygehusene og kommunerne.

Nøgleordene er tryghed og bedre sammenhæng for patienterne og større tilgængelighed, forstået i bredeste forstand.

PLO's forslag

10 Bedre diagnostiske muligheder – for bedre patientforløb

I takt med at andre personalegrupper i klinikkerne overtager opgaver fra de praktiserende læger, skal en del af den frigivne lægetid bruges til at forbedre den diagnostiske proces i almen praksis. Når lægen har mistanke om alvorligere sygdom, skal borgerne ikke opleve at blive kastebold mellem forskellige aktører. PLO foreslår, at der gives bedre muligheder for adgang til billeddiagnostiske undersøgelser og lettere og hurtigere adgang til diagnostisk afklaring, hvad enten det fungerer som "ja-nej-klinikker", der hurtigt giver den praktiserende læge svar på et enkelt spørgsmål, eller egentlige diagnostiske enheder, hvor patienten færdigudredes. Derved forbedres de diagnostiske forløb med almen praksis som omdrejningspunkt.

Der findes allerede lokale tiltag flere steder i landet, men de diagnostiske tilbud bør koordineres nationalt, så borgerne er godt stillet i alle dele af landet.

11 Overdragelseskonsultation skal hindre fejl og øge trygheden

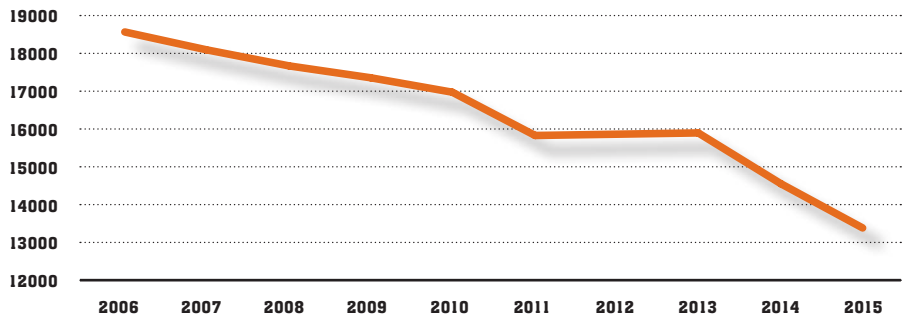
For at gøre overgangen fra sygehus til egen læge så smidig som muligt foreslår PLO, at patienter, der ikke afsluttes fra sygehuset, men som overgår til et længere forløb, der involverer almen praksis, skal starte forløbet med en "overdragelseskonsultation". Det gælder fx for kræftpatienter samt patienter med stofskiftesygdomme, alvorlig hjertesygdom, lungesygdomme og kroniske psykiske lidelser, herunder demens, der udskrives til et opfølgende forløb hos egen læge.

Med en overdragelseskonsultation sikres bedre sammenhæng, forventningsafstemning og entydigt ansvar (hos den praktiserende læge). Risikoen for fejl minimeres, og trygheden øges for disse patientgrupper. "Følgehjemordningen" er et eksempel på en sådan overdragelse.

Overdragelseskonsultationen bør kunne bestilles elektronisk ved udskrivelsen fra sygehuset. I særlige tilfælde (fx overdragelse af visse kræftpatienter) kunne man overveje, at konsultationen gennemføres hos egen læge med deltagelse af specialisten fra sygehuset via en videoforbindelse.

Disponible sengepladser på offentlige sygehuse

Kilde:
E-sundhed.dk



12 Henvisning fra sygehuslægen til den praktiserende læge

Der er sket en markant stigning i mængden og længden af epikriser (et kort sammendrag af patientens sygehistorie) til egen læge. De fleste er gode at have, men ikke nødvendige at læse, andre er bydende nødvendige at læse og reagere på. Som det er i dag, er det svært for den praktiserende læge at vide, hvilken én i bunken der er vigtig, og det er ikke altid nemt at gennemskue, hvor i epikrisen det relevante står, som kræver den praktiserende læges reaktion.

Som et bidrag til at sikre bedre overgange foreslår PLO, at den sygehuslæge, der udskriver en patient, får en ny mulighed: Udover den vanlige epikrise kan vedkommende skrive en egentlig henvisning til den praktiserende læge, der tydeligt beskriver, hvad der skal følges op på og inden for hvilken tidsramme. På den måde sparer man en masse tid og undgår potentielt farlige situationer for patienterne. Samtidig bliver det nemmere for den praktiserende læge at agere som tovholder for patienten. Henvisningen tilgår en særlig indbakke i den praktiserende læges postsystem, og den giver klinikken et klart ansvar for at følge op.

13 Entydigt ansvar for kommunens akutpladser

Omfanget og arten af kommunernes akutpladser er aktuelt både usikkert og meget varierende. Den lægelige betjening af borgerne på disse akutpladser er på samme måde meget varierende. Det skaber utryghed både for borgere og det personale, der har ansvaret for dem. En reel udbygning af almen praksis overalt i landet vil betyde, at ansvaret for den lægelige betjening af borgerne på disse pladser entydigt kunne placeres hos den praktiserende læge, forudsat at de er færdigbehandlet fra sygehuset.

Indtil der er overblik over opgavens omfang og art, foreslår PLO, at de praktiserende læger får det fulde lægelige ansvar for de patienter, de selv henviser til disse akutpladser. De patienter, der kommer dertil fra sygehuset, lægedækkes af regionen, gerne med deltagelse af praktiserende læger.

14 Fælles kort til patienter med mange diagnoser

Når en patient skifter sektor, hvad enten det er til hjemmepleje, rehabiliteringsafsnit, akutplads, sygehusafdeling eller egen læge, er det ikke muligt i dag at få et enkelt og hurtigt overblik over patientens diagnoser. Det samme gælder, hvis man bliver tilset af vagtlæge eller indlagt akut på et sygehus med alt fra en ulykke til forværring i kronisk sygdom. Problemet skyldes manglende overblik over store mængder journalmateriale, eller at vigtige optegnelser ikke er tilgængelige. Dermed kan det være svært at give den mest optimale behandling, og der kan potentielt opstå farlige situationer.

PLO foreslår derfor, at der indføres et Fælles Diagnosekort (FDK) med de relevante diagnoser til gavn for alle dele af sundhedsvæsenet. FDK vil teknologisk kunne integreres med det Fælles Medicinkort (FMK), som allerede er indført og taget i brug.

15 Forenkling af medicinnavne

Patienter, der får den samme medicin gennem mange år, bliver ofte udsat for, at medicinen skifter navn flere gange, og glas og pakninger ser forskellige ud, til trods for at medicinens indholdsstof er det samme. På samme måde sker der hyppige ændringer i varenumre. Hver gang kræver det rettelser i patientens medicinkort (FMK) . De mange navne skaber utryghed blandt borgerne og blandt sundhedsfagligt personale og giver stor risiko for fejl.

PLO foreslår derfor, at Lægemiddelstyrelsen i samarbejde med Lægeforeningen og andre interessenter ser på mulighederne for at forenkle medicinnavnene til fordel for brugerne. Lægemidlets generiske navn vil være en oplagt mulighed.

16 Bedre kontakt til kommunens plejepersonale og ressourceforbrug med omtanke

I kommunerne, herunder især ældreplejen, har man meget ofte behov for at komme i kontakt med en borgers praktiserende læge. Fx på grund af spørgsmål vedrørende opfølgning efter indlæggelse, forværring i kendt sygdom eller nyopstået akut sygdom. Ofte kan det imidlertid være svært for de kommunale medarbejdere at komme igennem på telefonen.

Derfor foreslår PLO, at alle praksis forpligtes til at tilbyde en direkte telefonlinje, der kan benyttes af kommunens sygeplejersker. Man kunne overveje en fast telefontid reserveret for kommunens sygeplejersker suppleret med en almindelig akuttelefon. Kommunen bør, gennem en national aftale, selv betale for at trække på denne ydelse for derved at sikre en effektiv og ressourcebevidst brug af ydelsen. Det samme kunne gælde kommunens mailkorrespondancer med den praktiserende læge.

På samme måde skal lægeklinikkerne sikres en let telefonisk og elektronisk adgang til borgerens sundhedsfaglige kontaktperson i kommunen.

17 Fast tilknyttede læger på plejehjem og bosteder

PLO har i maj 2016 indgået en aftale med Sundheds- og Ældreministeriet, KL og Danske Regioner om fast tilknyttede praktiserende læger på plejecentre. Det er udtryk for en fornuftig udnyttelse af ressourcer, og det sikrer øget faglighed og større tryghed for de ældre borgere. PLO foreslår derfor, at der indgås en tilsvarende aftale for borgere på bosteder, herunder bosteder for udsatte børn, handicappede og psykisk syge.

Når en sådan ordning indføres, vil mange beboere formentlig vælge de pågældende fast tilknyttede praktiserende læger som deres egen læge. Dette vil sikre bedre tilgængelighed og mindre spildtid på landevejen - og dermed bedre udnyttelse af lægeressourcerne. Erfaringerne fra udrulningen af fast tilknyttede læger på plejecentre kan anvendes.

18 Elektronisk svangrejournal

Når man er gravid, kommer man i kontakt med forskellige dele af sundhedsvæsenet. Den gravides svangrejournal bør derfor oplagt kunne ses af både den gravide, jordemoderen, gynækologen og egen læge – elektronisk. PLO foreslår, at der nationalt indføres en elektronisk graviditetsjournal.

19 Behovene i det sammenhængende sundhedsvæsen skal påvirke lægernes efteruddannelse og forskning

Hvis tankerne om det nære og samarbejdende sundhedsvæsen, der sikrer sammenhæng for patienterne, skal lykkes, stiller det krav til både sygehuse, kommuner og almen praksis. At kunne håndtere sektorovergange bør vi betragte som en egentlig kompetence.

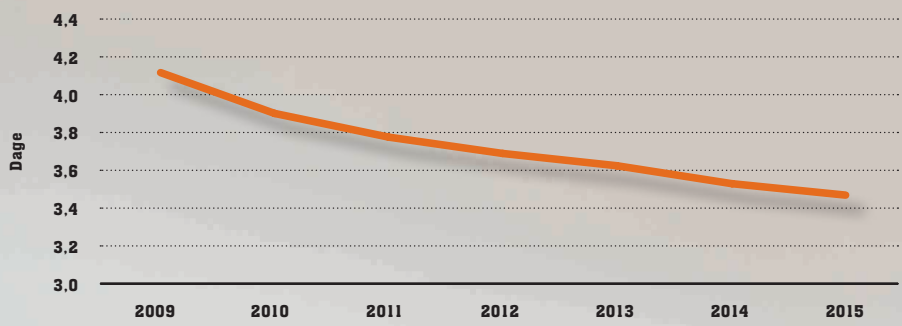
PLO foreslår, at der etableres både forskning og efteruddannelse i håndteringen af sektorovergange, og at dette arbejde involverer læger fra både almen praksis, speciallægepraksis og fra sygehusene. Derved kan vi opnå tidligere diagnostik, bedre ressourceudnyttelse og mere sammenhængende forløb.

20 Styrkelse af de kommunale kompetencer

Det er nødvendigt at styrke samspillet mellem de praktiserende læger og de kommunale medarbejdere på især ældreområdet. Mange praktiserende læger og deres personale oplever imidlertid, at de bruger unødigt meget tid på henvendelser fra kommunerne om mindre problemer, kommunen selv burde kunne finde svaret på. Derfor foreslår PLO, at der etableres målrettet efteruddannelse til kommunalt ansatte, herunder især til dem, der arbejder med Det Fælles Medicinkort (FMK). På denne måde gives der et kompetenceløft, der reducerer antallet af kommunale henvendelser til den praktiserende læge.

Indlæggelsestid i dage

Kilde:
E-sundhed.dk



Fotograf: Lars Just

PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION

PLO vil sikre, at samfundet får mest mulig sundhed for pengene

Almen praksis er en meget omkostningseffektiv sektor, som hvert år gennemfører ca. 40 mio. konsultationer i dag- og vagttiden til en samlet udgift, der svarer til blot otte procent af de samlede sundhedsudgifter – eller ca. 1450 kroner pr. borger om året. Og kun ca. hver tiende patient henvises i dag videre til det øvrige sundhedssystem.

Dermed udfylder de praktiserende læger en meget vigtig gatekeeperrolle, som er afgørende for en effektiv udnyttelse af ressourcerne i sundhedsvæsenet, hvor vi finder de syge og lader de raske være raske. Hvis vi skal sikre, at samfundet får mest mulig sundhed for pengene, skal denne gatekeeperrolle fastholdes og styrkes.

Der er behov for fortsat at se kritisk på, hvilke sundhedsopgaver der skal løses i den sekundære sektor, og hvilke der skal varetages af den primære sektor. Efter PLO's opfattelse vil der være store gevinster at hente ved at placere opgaverne, hvor omkostningsniveauet er lavest, og det vil i mange tilfælde også kunne give patienterne et bedre og mere kontinuerligt forløb.

Samtidig er det vigtigt, at alle personalegrupper i sundhedsvæsenet anvender deres faglige kompetencer i videst muligt omfang, så samfundet får mest muligt ud af de penge, der investeres i sundhed og forebyggelse.

Hvis praktiserende læger skal være mere tilgængelige for borgerne, er det vigtigt, at de i størst muligt omfang bruger deres tid på lægefagligt arbejde. PLO mener derfor, at alle arbejdsgange i det nære sundhedsvæsen bør underkastes et kritisk serviceeftersyn med henblik på at undgå, at der er arbejdsgange med utilsigtede konsekvenser, der tager tid fra det patientcentrerede arbejde. En ændring af disse arbejdsgange kan gavne det samlede sundhedsvæsen og patienterne.

PLO's forslag

21 Omkostningerne til sundhed skal udnyttes bedst muligt

Sundheds- og Ældreministeriets nedsatte udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen skal fremsætte forslag, der kan understøtte behandlingen af patienter med forløb på tværs af sektorerne. Forslagene skal tage afsæt i det såkaldte LEON-princip, hvor behandlingen skal tilbydes på laveste, effektive omkostnings- og behandlingsniveau.

PLO foreslår, at regionerne, kommunerne og PLO snarest efter udvalgsarbejdet prioriterer og konkretiserer udvalgets forslag med henblik på at aftale vilkår, indhold og terminer for overflytning af udvalgte behandlinger og patientgrupper fra sekundær sektor til primær sektor ud fra den grundforudsætning, at der kan sikres lavere omkostninger og samme eller bedre kvalitet for patienterne.

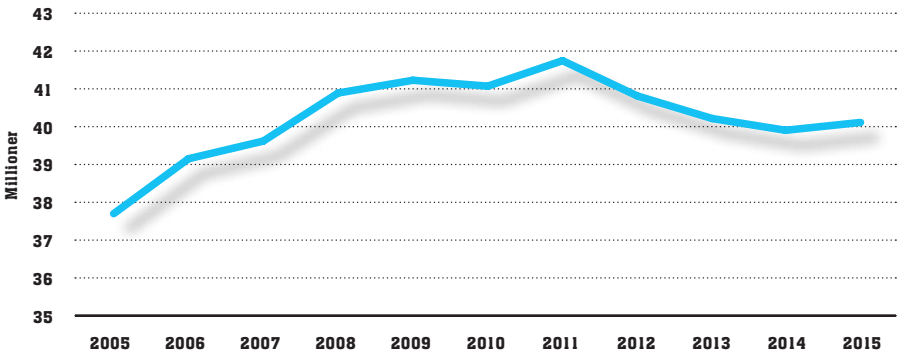
22 Henvisning med længere gyldighed

Efter henvisning til speciallæge oplever mange borgere at skulle forbi den praktiserende læge igen for en ny henvisning, da gyldighedsperioden for visse henvisninger ikke passer til behovet. Det er både spild af borgerens tid og skaber unødige konsultationer i almen praksis. PLO foreslår, at reglerne gennemgås for at få ens, meningsfulde og klare regler på dette område.

Antal konsultationer

Kilde:
PLO: "Aktivitet og økonomi i almen praksis i dagtid og vagttid 2005 til 2015"

NB:
Konsultationer omfatter bl.a alm. konsultationer, forebyggelseskonsultationer, email-konsultationer, opsøgende hjemmebesøg, telefonkonsultation, sygebesøg mv.



23 Åbent vindue til genhenvendelse ved sygehusambulatoriet

Mange patienter oplever, at de kort tid efter behandling på et sygehus får symptomer, der gør, at det er relevant, at de henvender sig til sygehusambulatoriet på ny. Dette kræver i dag ofte en ny henvisning fra den praktiserende læge, hvilket dels er til gene for patienten, dels medfører spild af lægeressourcer. Det ville være til glæde for alle parter, hvis patienten og kommunens personale i en nærmere fastsat periode efter kontakten med sygehuset kunne henvende sig direkte til den pågældende afdeling ved spørgsmål relateret til den pågældende sygehuskontakt. PLO foreslår derfor, at der laves en ordning, hvor patienten og patientens egen læge undgår unødige henvisninger, genindlæggelser og konsultationer.

24 Kortere henvisningsblanketter

Visse henvisninger er blevet for omfattende. Det gælder fx til visse smerteklinikker, fertilitetsklinikker og revalidering for flygtninge. Det medfører tidsspilde, dels i almen praksis med at udfylde overflødig information, dels hos modtageren af henvisningen, der bruger tid på at læse de lange henvisninger. PLO foreslår, at skabelonerne forsimples i enighed med de relevante aktører.

25 Højere kvalitet i den elektroniske kommunikation

I takt med at det bliver lettere at sende store mængder data, risikerer meningen at forsvinde. Et eksempel er epikrisen. Den er oprindelig tænkt som et resumé af patientens indlæggelse, der skal lette overgangen til praksissektoren. Men i dag består den oftest af et "copy-paste" af store mængder sygehusjournal. Tilsvarende oplever mange læger på sygehusene, at kvaliteten af henvisningerne fra de praktiserende læger til sygehusene godt kan forbedres. PLO foreslår, at Lægeforeningen, PLO og Danske Regioner på landsplan iværksætter et samarbejde om at forbedre kvaliteten af den elektroniske kommunikation mellem sygehusene og almen praksis.

26 Elektronisk kommunikation med omtanke

Den lette elektroniske kommunikation har medført, at der sendes en stor mængde data, der blot skal tilgå patientens journal, men ikke læses af lægen. Det gælder genoptræningsplaner, orientering om ambulante tider, kopi af prøvesvar, mange ambulatorienotater og lignende. Disse informationer bør ikke tilgå lægen som epikriser.

PLO foreslår derfor, at Lægeforeningen, PLO, Danske Regioner og Sundheds- og Ældreministeriet i fællesskab ser på, hvordan den elektroniske kommunikation kan forenkles.

27 Central visitation i hele landet

Visse steder i landet er der indført central visitation, det vil sige én indgang til sygehuset, der skal anvendes, når lægen indlægger en patient. Ét telefonnummer og én elektronisk adresse. Det giver forenklinger for både læger og borgere, og det sparer flere arbejdsgange. PLO foreslår, at dette indføres i alle fem regioner.

28 Færre attester til kommuner

PLO foreslår, at der ryddes op i mængden af statusattester, både for borgernes, kommunernes og lægernes skyld. Statusattester for støttestrømper, katetre og bleer er nogle af de eksempler, som giver indtægter i almen praksis, men opleves som unødvendige og til tider decideret nedværdigende for borgerne. PLO foreslår desuden, at årlige attester på varig sygdom, som berettiger til vederlagsfri fysioterapi, helt skal droppes.

PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION

Kristianiagade 12
2100 København Ø

Bilagsforside

Dokument Navn:	Notat om ventetider i den Kommunale Tandpleje i Frederikshavn.docx
Dokument Titel:	Notat om ventetider i den Kommunale Tandpleje i Frederikshavn
Dokument ID:	1420475
Placering:	Emnesager/Foranalyse - konkurrenceudsættelse Tandplejen/Dokumenter
Dagsordens titel	Orientering om ventetider i Den Kommunale Tandpleje
Dagsordenspunkt nr	13
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1

Notat om ventetider i den Kommunale Tandpleje – status, baggrund og fremadrettet handling

Status:

Åbningstider i den Kommunale Tandpleje:

Mandag-torsdag: 8.00-17.00

Fredag: 8.00-14.00

Eftersyn: Mundhulen og tænderne undersøges for sygdom og tandudviklingen følges. Familien/barnet instrueres i og modtager forebyggelse.

Behandling: Her behandles tandsygdomme og tandudviklingsfejl fundet ved et eftersyn.

Alle børn med tandpine eller akutte tandskader bliver tilbudt tid på klinikken samme dag, som de henvender sig. Undtagelsesvis kan behandling udføres samme dag som ved et eftersyn.

Som situationen er nu, har vi op til 2 måneders ventetid på behandling af huller i tænder.

Ønsker man en morgentid (8.00-9.00) eller eftermiddagstid (15.00-17.00) er der op til 4 måneders ventetid.

Baggrund:

Da klinikken åbnede i 2010 på Hangaardsvej, var ventetiden på behandlinger den samme som nu. Intervallet mellem eftersyn var på dette tidspunkt og nu individuelt, men for de fleste 18-24 måneder.

Situationen strammede til 2 år efter, da Sæby- børnene blev trukket til klinikken på Hangaardsvej. I den forbindelse blev der ikke ansat flere medarbejder til at varetage de ekstra børn. Sæby- børnene havde et stort behandlingsbehov, som medførte at man måtte udskyde intervallerne på hvornår man så børnene til eftersyn. Samtidig blev antallet af tandplejere reduceret fra 3 til 2.

For 2 år siden hjemtog Frederikshavn Kommune 100 Specialtandpleje -patienter (fysisk og psykisk handicappede, som ikke kan modtage det private tandplejetilbud), som blev behandlet i Aalborg. Specialpatienter tæller i dagligdagen med en faktor 5 (børnepatienter tæller med en faktor1). Der er ikke ansat ekstra behandlere til at løse denne opgave på nuværende tidspunkt og efterspørgslen på Specialtandpleje er stigende i Frederikshavn Kommune.

Omsorgspatienter (ældre som skal tilses på plejecentre eller eget hjem) har i større omfang deres egne tænder, hvilket medfører mere forebyggelse samt større og mere tids krævende behandlinger.

Etableringen af asylcenteret og flere flygtninge, som bosætter sig i Frederikshavn Kommune, medfører en stor patientgruppe, som har et stort behandlingsbehov.

Tandplejen har mærket en efterspørgsel på muligheden for eftersyn og behandling i sommerferien. Det har været efterkommet, de sidste år, men det har været realiteten, at mange borgere glemte eller meldte afbud til deres tider i sommerferien- nogle dage helt op til 50 %. Det har ikke givet en optimal udnyttelse af ressourcen, og fremover er det planen, at klinikken vil have en ugentlig nødåbningsdag i sommerferien i stedet for.

Konceptet i tandplejen, hvor hele familien er med til eftersyn og behandling, gør at flere faktorer er på spil ift. planlægning etc.:

1. Hvornår på dagen kan forældrene komme?
2. Ved afbud eller udeblivelse er det sjældent, at en anden familie kan komme med kort varsel. Herudover er det et billede, at
3. Forældrene bag den unge på handelsskole, gymnasier og HTX ønsker tider efter kl.15.00 for at undgå fravær fra studiet. Der har været dialog med ledelsen på disse institutioner og det er afklaret, at tandlægebesøg er lovlig fravær, men stadig ønskes kun de sene tider.

Kigger man på det samlede budget fra 2010 til 2016 er der sket en nedgang fra 20.391.520 kr. til 17.728.729 kr. Opgaven løses indenfor denne ramme.

Fremadrettet handling:

Frederikshavn Kommunale Tandpleje har sammenlignet med andre kommuner i Region Nord færre ansatte behandlere pr. barn. Derfor har der været udarbejdet beskrivelse af udviklings/investeringsprojekt til Sundhedsudvalgets arbejde med budget 2017-forslag om tilførsel af 0,5 millioner kr. til ansættelse af flere behandlere.

Tandplejen har i 2016 valgt at ansætte en overtandlæge, som fast behandler 2 dage om ugen, for at optimere produktionen så meget som muligt.

Ud fra den årlige landsdækkende statistik, kan man se at Frederikshavn Kommune har en tandsundhed, som kræver en omlægning af indsatsen. Herunder skal nævnes, at tandplejen pr. barn er en af de billigste i Region Nord. Derfor vil tandplejen fra september 2016, indkalde alle børn til et årligt eftersyn og mere præcist målrette forebyggelsen, så vi undgår behandling og forhåbentlig imødegår ventetidens længde.

Hvis man ønsker en afkortning af ventetiden på behandling her og nu, forudsætter dette en ressourcetilførsel.

Bilagsforside

Dokument Navn:	Bilag - Sygefraværsstatistik august 2016.docx
Dokument Titel:	Bilag - Sygefraværsstatistik august 2016
Dokument ID:	1392047
Placering:	Emnesager/Sygefraværsstatistik 2016/Dokumenter
Dagsordens titel	Sygefraværsstatistik august 2016 SUU
Dagsordenspunkt nr	14
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1

FREDERIKSHAVN KOMMUNE

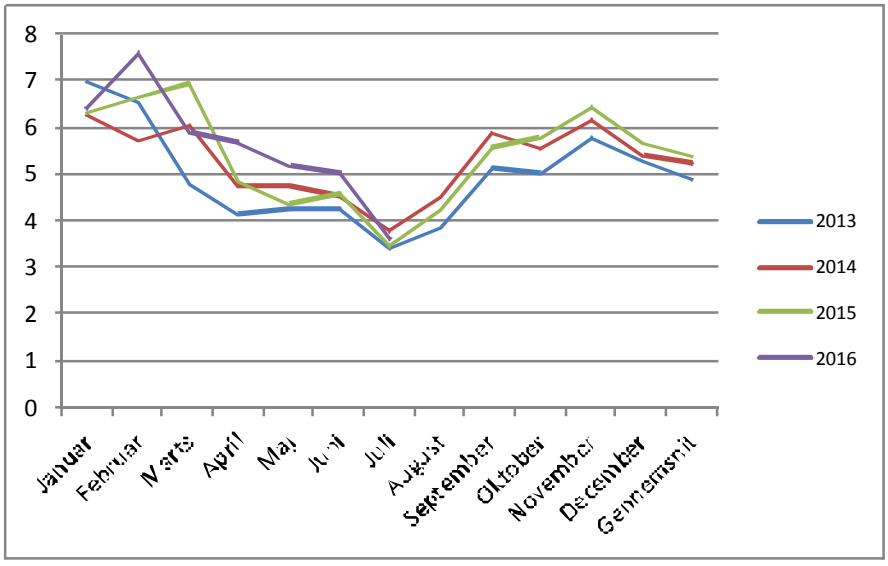
Dato: 8. august 2016

Sagsnummer: EMN-2016-01155
DokId: 1392047
Forfatter:
Karina Juul Sundvall

Sygefraværsstatistik Frederikshavn Kommune

Følgende to figurer viser udviklingen i den sygdomsrelaterede fraværsprocent i Frederikshavn Kommune i 2013, 2014, 2015 samt perioden januar - juli 2016.

	2013	2014	2015	2016
Januar	6,98	6,25	6,35	6,46
Februar	6,56	5,73	6,65	7,58
Marts	4,81	6,08	6,92	5,88
April	4,16	4,74	4,84	5,66
Maj	4,22	4,74	4,36	5,19
Juni	4,22	4,5	4,57	4,99
Juli	3,41	3,82	3,46	3,67
August	3,88	4,52	4,22	
September	5,13	5,89	5,54	
Oktober	5,04	5,57	5,76	
November	5,77	6,18	6,42	
December	5,27	5,41	5,65	
Gennemsnit	**4,93**	**5,26**	**5,4**	**6,34**



Nedenstående figur viser den sygdomsrelaterede fraværsprocent for centrene i Frederikshavn Kommune for de seneste 13 måneder (fra juli 2015 til og med juli 2016). Farverne illustrerer de fire direktørområder.

Sygdomsrelateret fraværsprocent	Jul. 2015	Aug. 2015	Sep. 2015	Okt. 2015	Nov. 2015	Dec. 2015	Jan. 2016	Feb. 2016	Mar. 2016	Apr. 2016	Maj 2016	Jun. 2016	Jul. 2016	Gennemsnit
Ejendom.	4,57	5,59	7,16	7,81	7,95	5,57	6,17	7,99	5,38	4,95	4,08	4,42	4,38	5,81
Økonomi og Personale	0,97	1,27	1,88	0,98	1,70	1,16	3,52	3,35	4,13	3,34	2,46	2,50	2,13	2,08
Park og Vej	3,75	4,76	5,88	4,03	4,55	4,27	2,78	3,69	2,73	3,05	2,58	3,28	1,47	3,61
Teknik og Miljø	4,08	3,16	3,40	3,56	5,33	2,88	2,83	4,83	2,37	3,29	2,77	2,82	1,43	3,30
Udvikling og Erhvervssekretariatet	-	-	0,97	-	1,44	1,24	1,11	-	0,33	0,37	-	0,34	-	0,46
Familie	2,76	3,84	5,53	5,86	5,43	5,00	6,13	7,72	5,18	5,72	4,22	3,96	2,10	4,91
Fritidstilbud/Kultur og Fritid	1,70	1,71	5,13	3,22	3,97	2,13	2,28	4,92	3,83	3,46	2,69	2,11	0,53	2,97
Børn og Skole	2,55	4,39	5,97	5,76	6,61	5,71	6,69	7,57	6,08	6,00	5,65	5,10	3,50	5,54
Arbejdsmarked	2,31	2,17	4,25	5,71	5,86	4,07	6,29	7,14	4,15	5,29	8,03	6,19	3,63	5,05
Bibliotek og Borgerservice	2,19	2,08	3,53	5,03	4,46	3,44	5,27	6,06	4,65	4,60	4,21	4,87	3,73	4,16
Ungeenhed	4,61	2,94	5,46	5,66	8,31	7,37	6,72	9,30	7,44	5,32	5,51	6,23	3,96	6,02
IT, Digitalisering og Velfærdsteknologi	1,19	1,72	2,33	0,14	3,83	1,03	3,85	4,08	4,22	0,56	1,00	0,99	0,31	1,95
Sundhed og Pleje	4,10	4,82	6,13	6,27	6,66	6,70	7,40	7,76	6,76	6,03	5,18	5,31	4,37	5,93
Ledelsessekretariat	-	0,82	1,95	1,39	-	0,67	3,19	1,47	4,64	1,20	0,35	0,34	-	1,24
Social- og Sundhedsmyndighed	2,44	2,31	5,23	4,48	3,55	3,31	3,15	3,05	3,24	3,69	2,26	2,38	2,34	3,19
Handicap og Psykiatri	3,89	5,14	5,92	7,72	8,93	7,42	7,73	10,82	6,80	6,93	6,64	6,30	4,72	6,80

Bemærkninger til ovenstående statistik

Alle ovenstående data er trukket i KMD Opus Fravær i rapporten "Sygdomsrelateret fraværsprocent, LPT171" den 8. august 2016.

Rapporten omfatter sygefraværsårsagerne: Sygdom, Delvist syg, Nedsat tjeneste arbejdsskade, sygdom med § 56-aftale og Arbejdsskade.

Medarbejderkredse indeholdt i rapporten: Akutjob, Elev, Flexjob, Jobrotation, Kontraktansatte chefer, Lærer, Overenskomstansatte, Reglementsansatte, Seniorjob, Servicejob, Skånejob, Studiejob, Tjenestemand og vikar.

Afslutningsvis skal det bemærkes, at opgørelsesgrundlaget for ovenstående statistik er ændret pr. 1. januar 2016 jf. beslutning på møde i HovedMED den 17. marts 2016. Dette betyder, at den statistik, der fremgår af nærværende dokument, er ændret i overensstemmelse med den nye måde at opgøre sygefravær på.