

REFERAT Socialudvalget 2007-2021 d. 06-12-2016

Mødedato Tirsdag d. 06. december 2016 kl. 00:00

Mødested

Indholdsfortegnelse

Referat - Åben.....	3
Referat med bilag - Åben.....	41

Punkt 1: Referat - Åben

Referat

Socialudvalget

Ordinært møde

Mødetidspunkt:	06-12-2016 16:00
Mødeafholdelse:	Lokale 0.28
NB.	Pia Karlsen deltog ikke i behandlingen af punkterne 1-5
Tilstede:	Jørgen Tousgaard (A) - Formand Pia Karlsen (V) Helle Madsen (V) Bent H. Pedersen (A) Lars Oldager (DF) Karl Falden (A)
Fraværende:	Irene Hjortshøj (A)
Stedfortrædere:	



Indholdsfortegnelse

Socialudvalget

06-12-2016 16:00

1 (Åben) SOU - Frigivelse af rådighedsbeløb 2017	3
2 (Åben) SOU - Orientering om uddelegering af budgetramme 2017 til laveste identificerbare omkostningssted	4
3 (Åben) Orientering om tildeling af satspuljemidler til projekt Tidlig Indsats på Tværs (TIT)	6
4 (Åben) Orientering om opsporing og hindring af ensomhed og isolation blandt Frederikshavn Kommunens ældre	9
5 (Åben) Effektiv udnyttelse af rehabiliterings-, pleje- og aflastningspladser i Frederikshavn Kommune	12
6 (Åben) Klippekortordningen - ordningen efter 31.12.2016.....	16
7 (Åben) Tilsynspolitik på fritvalgsområdet for 2017	19
8 (Åben) Evaluering af den rehabiliterende indsats.....	21
9 (Åben) Forslag til Handicapplanen 2017 - 18.....	23
10 (Åben) Forlængelse af tværsektorielt samarbejdsprojekt.....	25
11 (Åben) Orientering om overtagelse af specialundervisning - voksenområdet.....	27
12 (Åben) Folkeoplysningspolitik i høring	29
13 (Åben) Leasing - Genbrugshjælpemidler 2017.....	31
14 (Åben) Sygefraværstatistik oktober 2016 (SOU)	33
15 (Lukket) Udvidet helbredstillæg - indgåelse af prisaftale	34
16 (Lukket) Offentligt EU-udbud af køb og service af hjemmeplejebiler til Frederikshavn Kommune	35
17 (Lukket) Formanden orienterer	36

1 (Åben) SOU - Frigivelse af rådighedsbeløb 2017

Sags ID: EMN-2016-03168

Sagsbehandler: Børge Arthur Hansen

Ansvarligt center: Økonomi

Beslutningskompetence
SOU/ØU/BR

Sagsfremstilling

Byrådet vedtog på møde den 5. oktober 2016 budgettet for 2017 samt øvrige budgetoverslagsår.

På investeringsoversigten er nedenstående rådighedsbeløb, anført under Socialudvalgets budgetområde, som ønskes frigivet.

Bevillingen finansieres af de på budgettet følgende afsatte rådighedsbeløb.

Loftslifte til plejeboliger 341.000 kr.

Indstilling

Social- og Sundhedsdirektøren indstiller, at Socialudvalget anbefaler Økonomiudvalget og Byrådet, at rådighedsbeløbene på Socialudvalgets område frigives, som ovenfor anført, med i alt 341.000 kr.

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Indstillingen følges.

Fraværende: Irene Hjortshøj og Pia Karlsen.

Bilag

2 (Åben) SOU - Orientering om uddelegering af budgetramme 2017 til laveste identificerbare omkostningssted

Sags ID: EMN-2016-03248

Sagsbehandler: Børge Arthur Hansen

Ansvarligt center: Økonomi

Beslutningskompetence

SOU

Sagsfremstilling

Frederikshavn Kommunes regler om økonomisk styring indeholder en bestemmelse om, at udvalgene er forpligtet til at uddelegere udvalgenes budgetrammer til de omkostningssteder, der opfylder følgende betingelser:

- At ledelse og ansvar entydigt kan henføres til en person
- At det pågældende budgetområde kan opgøres isoleret

Den budgetansvarlige for det enkelte omkostningssted kan foretage omplaceringer af budgetbeløb mellem forskellige kontoområder inden for omkostningsstedets budgetramme. De begrænsninger til omplaceringer, der fremgår af de generelle budgetbemærkninger, skal respekteres. Beslutninger om omplaceringer skal ligeledes være i overensstemmelse med de bestemmelser, der er fastsat i reglerne for økonomisk styring.

I vedhæftede bilag er oplistet de omkostningssteder og personer der er omfattet af uddelegeringsbestemmelsen i 2017.

Indstilling

Social- og sundhedsdirektøren indstiller, at Socialudvalget tager orienteringen til efterretning.

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Taget til efterretning.

Fraværende: Irene Hjortshøj og Pia Karlsen.

Bilag

- SOU budgetansvarlige 2017 (1732508 - EMN-2016-03248)

3 (Åben) Orientering om tildeling af satspuljemidler til projekt Tidlig Indsats på Tværs (TIT)

Sags ID: EMN-2016-02464

Sagsbehandler: Marianne Skrubbeltrang

Ansvarligt center: Sundhed og Pleje

Beslutningskompetence

SUU

Sagsfremstilling

Resumé

7 projekter fra landets fem regioner har fået tilsagn fra Sundhedsstyrelsen om, at de har fået midler fra puljen til styrket sammenhæng for de svageste ældre. Puljen er en del af regeringens Aftale om satspulje på sundheds- og ældreområdet for 2016-2019. De 7 projekter modtager i alt 78,5 millioner kroner.

Region Nordjylland og 10 Nordjyske kommuner (herunder Frederikshavn) har fået tildelt støtte til projekt "Tidlig Indsats på Tværs".

Sundhedsudvalget har tidligere behandlet ansøgningen og orienteres her om udvælgelsen.

Formålet med projekterne

Målet ved projekternes afslutning er både, at de svageste ældre medicinske patienter ikke oplever at falde mellem to stole, og at der er indsamlet viden og dokumentation til at kvalificere fremtidige indsatser.

Sundhedsstyrelsens vægtning ved udvælgelsen

Sundhedsstyrelsen har ved vurderingen af ansøgningerne lagt vægt på, at projekterne kan bidrage med erfaring og viden om, hvilke organiseringer der sikrer bedre sammenhæng i indsatsen for de svageste ældre. Et overordnet kriterium har således været, at det er muligt at opnå veldokumenterede, gode erfaringer, der eventuelt kan udbredes nationalt. I henhold til puljeopslaget har Sundhedsstyrelsen endvidere vægtet geografisk spredning af projekterne, bred eller fuld tilslutning blandt kommuner i den relevante sygehus-klynge, dækning af både land og by samt patient-/borgergrundlag og involvering.

Projekterne, som har modtaget støtte, er samarbejdsprojekter mellem region og en eller flere kommuner. Der er givet støtte til projekter fra alle fem regioner, og i alt 60 forskellige kommuner. Sundhedsstyrelsen modtog i alt 12 ansøgninger til en samlet ansøgningssum af knap 154 mio. kroner.

Projekt "Tidlig Indsats på Tværs" (TIT)

Frederikshavn Kommune er en del af projekt "Tidlig opsporing på tværs", som har fået tildelt støtte.

Projektets overordnede mål er i tæt samarbejde med borgeren at skabe bedre og individuelt tilrettelagte forløb for gruppen af sårbare og svækkede ældre. Dette vil ske ved udvikling af nye samarbejdsformer omkring tidlig opsporing, tidlig indsats samt at finde alternativer til indlæggelse for derved at forebygge indlæggelser.

Projektet er to spor:

1. Tidlig opsporing og tidlig indsats

Det primære fokus vil være på tidlig opsporing af svækkede ældre i kommunerne. Opgaven varetages i almen praksis og kommunerne. Gruppen af svækkede ældre er dynamisk, og både almen praksis og kommunerne vil løbende kunne identificere borgere, der tilhører denne gruppe.

Med udgangspunkt i tidlig indsats for målgruppen udarbejdes handleplan for den enkelte borger. Handlingsplanen skal indeholde indsatser i kommune/almen praksis regi og vil sikre, at kommunen løbende kan følge borgeren tæt, herunder igangsætte eventuelle nødvendige foranstaltninger før en indlæggelse bliver nødvendig.

2. Udredningsenheder på hospitalerne

Der etableres en række udredningsenheder med udgangspunkt i hospitalerne, hvor kommunerne har ansvaret for at følge ind, følge op og følge hjem.

Regionen stiller specialistressourcer (læger og sygeplejersker) og fysiske lokaler til rådighed. Det sikres, at de borgere, som visiteres til udredningsenheden, har hurtig adgang til faglig vurdering og diagnostisk udredning. Regionens specialistressourcer og kommunerne sikrer, at der samarbejdes om udvikling af nye samarbejdsformer med henblik på at tilgodese et individuelt tilrettelagt forløb for den enkelte borger.

Det er hensigten, at der etableres 1-2 udredningsenheder på hver af regionens hospitaler. Antallet af enheder vil løbende blive tilpasset behov og efterspørgsel. En udredningsenhed skal ikke nødvendigvis ses som en fysisk enhed, men der vil lokalt også kunne afprøves andre udredningsmuligheder, f.eks. i form af elektronisk samarbejde via skærme. Det afgørende vil således være, at borgeren får adgang til hurtig, specialiseret udredning med henblik på at understøtte målene i projektet.

Økonomi

Sundhedsstyrelsens tilsagn yder 5.900.000 kr. til projektet. Under forudsætning af bevillingsoptagelse på finansloven vil der blive ydet yderligere tilskud i 2018 og 2019, således at der samlet kan anvendes 8.210.000 kr. i projektperioden.

Der blev oprindeligt ansøgt om 12,5 mio. kr. i projektperioden med en medfinansiering på samlet 16 mio. kr. (i form af medarbejdertimer) for det nordjyske projekt.

Det videre arbejde

Der er nedsat en projektgruppe, som arbejder på at tilpasse projektet til det reducerede budget.

Desuden skal der laves aftaler om de konkrete tiltag i de enkelte lokalområder.

I Frederikshavn Kommune tænkes den tidlige opsporing og indsats koblet på arbejdet med triagering.

For arbejdet med udredning ønskes telesundhed indtænkt.

Ældrerådet, Handicaprådet og Socialudvalget orienteres om tildelingen af projektmidlerne.

Indstilling

Social-, sundheds- og kulturdirektøren indstiller, at sundhedsudvalget tager orienteringen til efterretning.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Sundhedsudvalget **Dato:** 08-11-2016

Taget til efterretning.

Fraværende: Kristina Frandsen

Udvalg: Ældrerådet **Dato:** 28-11-2016

Ældrerådet tager sagen til efterretning.

Udvalg: Handicaprådet **Dato:** 28-11-2016

Taget til efterretning.

Fraværende: Inge-Lise Jakobsen og stedfortræder.

Beslutninger:

Taget til efterretning.

Fraværende: Irene Hjortshøj og Pia Karlsen.

Bilag

4 (Åben) Orientering om opsporing og hindring af ensomhed og isolation blandt Frederikshavn Kommunes ældre

Sags ID: EMN-2016-02809

Sagsbehandler: Marianne Skrubbeltrang

Ansvarligt center: Sundhed og Pleje

Beslutningskompetence

SUU

Sagsfremstilling

Resumé

Frederikshavn Kommunes har deltaget i ensomhedsprojektet med støtte fra ældrepuljemidlerne. Projektet er gået fra projekt til drift i 2016. Deltagelsen i projektet har medført en langt større opmærksomhed på at finde borgere, der er i risiko for at blive eller være ensomme og isolerede. På Sundhedscentrene har de forebyggende medarbejdere særlig opmærksomhed på at få øje på ensomme, når de er på forebyggende hjemmebesøg hos borgere over 65 år. På aktivitetscentrene er der stort fokus på aktiviteter, der inkluderer. Deltagelse i projektet har også medført et endnu tættere samarbejde mellem sundhedscentrene, aktivitetscentrene, forskellige frivillige organisationer og foreninger. Der er skabt grobund for givtige fælleskaber for så mange som muligt.

Sundhedsudvalget orienteres her om arbejdet med den tidlige opsporing af ensomhed og isolation.

Hvor opdages ensomhed?

Medarbejderne har fokus på ensomhed og isolation, når de er i kontakt med borgerne ved f.eks. forebyggende hjemmebesøg - enkebesøg, bekymringshenvendelse - borgers egen henvendelse eller ved henvendelse fra borgerens egen læge eller pårørende.

De forebyggende hjemmebesøg tilbydes årligt til alle borgere over 80 år, der ikke har hjemmehjælp samt til borgere over 65 i særlig risiko for sygdom og ensomhed - f.eks. efter ægtefælles dødsfald eller flytning til plejehjem.

Der er opmærksomhed på forskellen på det at være alene og det at være ensom: Uønsket alene = ensomhed. Denne definition er god til, sammen med borgeren, at finde ud af, om det er et problem borger vil have taget hånd om.

Hvordan gør de forebyggende medarbejdere?

Der afdækkes, hvad det enkelte menneske har af interesser og ønsker, med henblik på at finde ud af, hvordan vi bedst kan støtte op om at få brudt

ensomheden. Medarbejderen har stort kendskab til, hvad der findes af muligheder i lokalsamfundet, og kan skabe kontakt med relevante aktører, som kan gøre en forskel. At kunne være noget for andre modvirker ensomhed og isolation, og nogle borgere profiterer af selv at blive frivillige. Andre profiterer af at få en hjælpende hånd til at deltage i nogle af de mange aktiviteter, der findes i lokalområdet.

Der samarbejdes med en bred vifte af frivillige organisationer f.eks. motionsklubber, kultur- og fritidsklubber, kirker, ældresagen og mange flere.

Eksempler på Sundhedscentrenes og aktivitetscentrenes tiltag i forhold til ensomhed og isolation

Cafe Pot og Pande

Cafe Pot og Pande er en cafe med madlavning for borgere i risiko for ensomhed og isolation. Formålet er at danne godt netværk samtidig med fokus på mad og måltider. Cafeen foregår i samarbejde med Sundhedscentrene og aktivitetscentrene.

Sundhedscentrene er sparringspartnere. Aktivitetscentrene varetager i samarbejde med frivillige selve cafeen. Borgere til disse hold rekrutteres først og fremmet fra de forebyggende besøg.

Cafe Pot og Pande er kørt i drift på Ingeborgvej.

Der har været afholdt to hold i Sæby og et i Østervrå. I september-oktober er der hold på Sæby Ældrecenter. Efter nytår startes Pot og Pande i Præstbro og Østervrå.

I Skagen er Cafe Pot og Pande i støbeskeen til opstart i begyndelsen af det nye år. Det bliver et samarbejde mellem Sundhedscenteret og aktivitetscenteret og er tiltænkt placeret på Sct Laurentii centeret.

"Lægge liv til årene" – en særlig ressource tilknyttet aktivitetscentrene

"Læg liv til årene" er en større gruppe fleksjobansatte, som hjælper ensomme ældre til en mere indholdsrig og aktiv hverdag. Det kan være i form af besøg hos borgeren til en snak, avislæsning eller en gåtur i haven, men kan også være udflugter eller samvær i mindre grupper på kommunens aktivitetscentre.

Målet er at øge borgernes livskvalitet i den sidste del af livet. Det handler meget om at hjælpe de enlige ind i fællesskaber.

Ældrerådet har på mødet i september fået en mundtlig orientering af leder for Sundheds- og Træningscentrene Helle Yding Kooij.

Sagen sendes også til orientering i Socialudvalget.

Indstilling

Social-, sundheds- og kulturdirektøren indstiller, at sundhedsudvalget tager orienteringen til efterretning.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Sundhedsudvalget **Dato:** 08-11-2016

Taget til efterretning.

Fraværende: Kristina Frandsen

Beslutninger:

Taget til efterretning.

Fraværende: Irene Hjortshøj og Pia Karlsen.

Bilag

5 (Åben) Effektiv udnyttelse af rehabiliterings-, pleje- og aflastningspladser i Frederikshavn Kommune

Sags ID: EMN-2016-01775

Sagsbehandler: Birgitte Kvist

Ansvarligt center: Sundhed og Pleje

Beslutningskompetence

SOU

Sagsfremstilling

Aflastningspladser er jf. Sundhedsstyrelsens rapport fra 2014 "Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje":

- Rettet mod patienter, der efter udskrivning har komplekse pleje- og behandlingsbehov, og hvor håndteringen kræver særlige kompetencer hos sygeplejen/ hjemmeplejen. Det kan fx være terminalpleje eller pleje og behandling af borgere, der er blevet behandlet for kræft.
- Rettet mod borgere, der pga. funktionsnedsættelse, ændring i habitualtilstand har behov for en kortere eller længere rehabiliterings- eller plejeindsats eller afklaring i forhold til fremtidig bolig.

Hvor er vi i Frederikshavn Kommune?

Frederikshavn Kommune har:

Alm. plejebolig plads	375 pladser
Demens plejebolig plads	136 pladser
Aflastningspladser	50 pladser
I alt	561 pladser

Derudover har Frederikshavn Kommune:

Tryghedsboliger	83 pladser
Ældreboliger	311 pladser

De 48 aflastningspladser og 2 aflastningshotel pladser er fordelt på følgende måde:

Aflastningspladser

33 på Kastanjegården
1 på Drachmannsvænget
4 på Ankermedet

- 4 på Rosengården
- 5 på Dybvad ældrecenter
- 1 på Østervrå ældrecenter

Aflastningshotel pladser

- 1 på Drachmannsvænget
- 1 på Rosengården

Belægningsprocenten på Kastanjegården er 1. halvår 2016 på 86,8 % - hvor ledig kapacitet er regnet ud fra hele ledige dage, hvor stuen enten er tom eller borgeren er indlagt.

For de resterende aflastningspladser er belægningsprocenten på 83,8 % - hvor ledig kapacitet er regnet ud fra hele ledige dage, hvor stuen enten er tom eller borgeren er indlagt

Dette stemmer godt overens med, at der er kapacitet til at tage færdigbehandlede borgere hjem fra sygehuset.

Kastanjegården har døgndækning af sygeplejersker og har dermed de faglige kompetencer til at varetage behandlingen af de mest komplekse borgere. Disse faglige ressourcer udnyttes ikke optimalt i dag, da pladserne har en tendens til at "sande til", hvilket tydeligt illustreres af nedenstående, som ikke er enkeltstående.

En dag i juni 2016 var den aktuelle situation for de 33 pladser på Kastanjegården:

- 18 patienter er i afklaringsforløb/rehabilitering/pleje
- 14 patienter er i habituel tilstand og venter nu kun på ny bolig, hvoraf
 - 3 venter på demensplads,
 - 1 venter på plads på Mariested,
 - 1 patient er lovet at kunne blive på Kastanjegården til 1. september,
 - 1 dement venter på afklaring af værgemål, før flytning kan foregå, (har fået demensplads, der så står tom p.t)
 - 8 venter på somatisk plejebolig.
- 1 patient udskrives til egen bolig d.d.
- 1 ny patient kommer fra sygehuset d.d.

Det vil være hensigtsmæssigt at målrette og udnytte de 33 pladser med de højeste faglige kompetencer sådan, at der fremadrettet ikke ligger borgere, der er i habitualtilstand, eller venter på plejehjemsplads. En differentiering af aflastningspladserne.

Forslag til differentiering af aflastningspladser

Rehabiliterings- og plejepladser

33 pladser på Kastanjegården med døgndækket sygepleje.

- Er målrettet patienter, der **efter udskrivning** har komplekse rehabiliterings-, pleje- eller behandlingsbehov, og hvor håndteringen kræver særlige kompetencer hos sygeplejen/ hjemmeplejen. Det kan fx være terminalpleje eller pleje og behandling af borgere, der er blevet behandlet for kræft.
- Kan ved ledig kapacitet bruges som akutplads for borgere, der har behov for en kortere periode med døgndækker pleje, men ikke har behov for indlæggelse på sygehus.

Når disse pladser målrettes borgere, der har komplekse rehabiliterings-, pleje- eller behandlingsbehov, og hvor håndteringen kræver særlige kompetencer, vil det betyde, at nogle borgere vil nå deres habitualtilstand uden at være i stand til at komme hjem i eget hjem igen, men have behov for en venteplads, inden de kan tildeles den ønskede plejecenter plads. For disse borgere vil det betyde en ekstra flytning fra Kastanjegården til ventepladsen.

Aflastningspladser, ventepladser og aflastningshotelpladser

Frederikshavn Kommune råder i dag udover de 33 pladser på Kastanjegården over 17 aflastningspladser inkl. 2 aflastningshotelpladser.

Disse er placeret på følgende måde:

Aflastningspladser

- 1 på Drachmannsvænget
- 4 på Ankermedet
- 4 på Rosengården
- 5 på Dybvad ældrecenter
- 1 på Østervrå ældrecenter

Aflastningshotel pladser

- 1 på Drachmannsvænget
- 1 på Rosengården

For fremtiden foreslås, at de 17 nuværende aflastningspladser skal dække de forskellige typer af behov for aflastning:

- Aflastningspladser i forhold til borger/pårørende i eget hjem
- Ventepladser i forhold til borgere, der er færdigbehandlet på sygehus/ Kastanjegården og venter på permanent plejebolig
- Aflastningshotel til borgere, som har brug for kortere ophold (1-2 uger) i forbindelse med pårørendes ferie el. lign.

Sagen er sendt til høring i Ældreråd og Handicapråd, inden behandling i Socialudvalget

Indstilling

Social og Sundhedsdirektøren indstiller:

1. At Socialudvalget godkender, at de 33 pladser på Kastanjegården målrettes borgere, der har komplekse rehabiliterings-, pleje- eller behandlingsbehov, og hvor håndteringen kræver særlige kompetencer samt døgndækning med sygeplejerske.
2. At Socialudvalget godkender, at borgere uden behov for indsats fra personale med særlige kompetencer kan flyttes fra Kastanjegården til en af kommunens 17 aflastningspladser.

De 17 aflastningspladser skal dække forskellige typer af behov for aflastning som:

- Aflastningspladser i forhold til borgere/pårørende i eget hjem
- Ventepladser i forhold til borgere, der er færdigbehandlet på sygehus/Kastanjegården og som venter på permanent plejebolig
- Aflastningshotel til borgere, som har brug for kortere ophold (1-2 uger) i forbindelse med pårørendes ferie el. lign.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Handicaprådet **Dato:** 20-10-2016

Handicaprådet tiltræder indstillingen.

Fraværende: Jørgen Tousgaard, Rikke Løgtved Bruus – i stedet mødte Dorthe Smidt.

Udvalg: Ældrerådet **Dato:** 24-10-2016

Ældrerådets høringssvar:

Ældrerådet anbefaler Social- og Sundhedsdirektørens indstilling.

Ældrerådet foreslår samtidig, at borgeren ved indflytning på Kastanjegården, orienteres om, at borgeren skal flytte efter færdigbehandling, også selv om det kan medføre et ekstra flyt, eksempelvis i de tilfælde, hvor borgeren venter på en helt specifik plejebolig.

Beslutninger:

Indstillingen tiltrædes.

Fraværende: Irene Hjortshøj og Pia Karlsen.

Bilag

6 (Åben) Klippekortordningen - ordningen efter 31.12.2016

Sags ID: EMN-2016-01141

Sagsbehandler: Kira Rødkær

Ansvarligt center: Social- og Sundhedsmyndighed

Beslutningskompetence

SOU

Sagsfremstilling

På Finansloven for 2015 og 2016 har der været afsat en pulje til et klippekort på halv times ekstra ugentlig hjemmehjælp til de svageste hjemmehjælpsmodtagere. Fra 2017 er midlerne overgået til det kommunale bloktilskud, og der er i budgettet for 2017 afsat 1,7 mio. kr. til ordningen. Der er på nuværende tidspunkt ca. 245 borgere, der aktivt gør brug af deres klippekort. I 2016 har 323 borgere været visiteret til klippekortsordningen. I juni måned besluttede Socialudvalget at udvide ordningen til at omfatte 1 times hjælp pr. uge, da forbruget af puljen indtil da var mindre end forventet. Budgettet for 2017 er mindre end i 2016, og Center for Social- og Sundhedsmyndighed foreslår derfor, at ordningen igen reduceres til ½ time pr. uge med mulighed for opsparring til 3 timer over 6 uger.

Nuværende kriterier for tildeling

Frederikshavn Kommune har i 2015 og 2016 tildelt Klippekort efter nedenstående minimumskriterier:

- Borgeren skal være modtager af både personlig pleje som praktisk hjælp jf. SEL § 83, og hjælpen skal være af varig karakter.
- Borgeren skal være over 65 år gammel.
- Borgeren skal have begrænset mobilitet. Det vil sige, at borgeren ikke kan forlade sit eget hjem uden en form for fysisk ledsagelse af en person. Denne begrænsning kan have sin årsag i fysiske, psykiske og/eller sociale forhold.
- Borgeren skal have hyppig kontakt til sundhedsvæsenet og i denne forbindelse have behov for ledsagelse.
- Borgeren skal have et sparsomt netværk og få nære familiære relationer.
- Tildelingen af klippekortet beror altid på en konkret individuel faglig vurdering, og som udgangspunkt skal alle ovenstående kriterier være opfyldte for, at en borger kan tildeles klippekortet.

Forslag til kriterier for klippekortsordningen fremover

For at flere ældre skal have mulighed for at være en del af ordningen, foreslår Social- og Sundhedsmyndighed, at kriterierne for klippekortsordningen ændres for 2017. For at sikre at udgifterne til ordningen kan afholdes inden for budgettet, foreslår Social- og Sundhedsmyndighed, at de nye kriterier foreløbigt skal gælde for 1. halvår af 2017. Social- og Sundhedsmyndighed vil følge op på forbruget, og forelægge Socialudvalget om de samme kriterier

skal være gældende for 2. halvår af 2017, eller der på baggrund af økonomi eller andre forhold er behov for at justere kriterierne.
Social- og Sundhedsmyndighed foreslår følgende kriterier for 1. halvår af 2017:

- Borgeren skal være modtager af personlig pleje efter Serviceloven §§ 83 eller 83a. Ordningen henvender sig dermed til borgere i eget hjem.
- Borgeren skal have begrænset mobilitet. Det vil sige, at borgeren ikke kan forlade sit eget hjem uden en form for fysisk ledsagelse af en person. Denne begrænsning kan have sin årsag i fysiske, psykiske og/eller sociale forhold.
- Borgeren skal føle sig ensom eller have et ressourcetsvagt netværk. Der kan bevilges hjælp til begge ægtefæller i en husstand.

Ovenstående kriterier ligger til grund for tildeling af klippekortet. Derudover beror tildeling altid på en konkret individuel faglig vurdering.
Social- og Sundhedsmyndighed foreslår, at alderskriteriet på 65 år fjernes, og det bliver muligt at bevilge engangsklip til hjælp i helt særlige tilfælde.
Borgerne, der er visiteret til klippekortsordningen kan selv vælge, hvad de ønsker at bruge klippene til. Det kan eksempelvis personlig pleje, praktisk hjælp, ledsagelse eller socialt samvær.
For at sikre en let og mindst mulig bureaukratisk administration af Klippekortet skal leverandørerne fremover ikke dokumentere, hvilke aktiviteter klippene er brugt på. Leverandørerne afregnes som hidtil for den leverede tid.

Sagen sendes til høring i Ældrerådet og Handicaprådet.

Indstilling

Social- og Sundheds- og kulturdirektøren indstiller, at Socialudvalget træffer beslutning om:

- at klippekortsordningen reduceres til ½ time pr. uge med mulighed for opsparing til 3 timer over 6 uger.
- at godkende de ændrede kriterier for 1. halvår af 2017.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Ældrerådet **Dato:** 28-11-2016

Ældrerådets høringssvar:

Ældrerådet anbefaler Social- og Sundhedsdirektørens indstilling.

Ældrerådet opfordrer samtidig til, at det 3. kriterie deles op, så teksten "Der kan bevilges hjælp til begge ægtefæller i en husstand" får sin egen bullet.

Udvalg: Handicaprådet **Dato:** 28-11-2016

Handicaprådet følger indstillingen.

Fraværende. Inge-Lise Jakobsen og stedfortræder.

Beslutninger:

Indstillingen tiltrædes.

Fraværende: Irene Hjortshøj.

Bilag

7 (Åben) Tilsynspolitik på fritvalgsområdet for 2017

Sags ID: EMN-2016-02838

Sagsbehandler: Kira Rødkær

Ansvarligt center: Social- og Sundhedsmyndighed

Beslutningskompetence

SOU

Sagsfremstilling

Baggrund

Siden 2012 har det været lovpligtigt for kommunerne at vedtage og offentliggøre en tilsynspolitik på fritvalgsområdet (Servicelovens § 83). Tilsynspolitikken skal revideres og godkendes årligt. Tilsynspolitikken for 2017 skal således godkendes og offentliggøres primo 2017.

Siden 2012 har tilsynspolitikken være udformet således, at den indeholder nogle politisk fastlagte rammer for formål, fokuspunkter, metoder og aktører, som administrationen skal tilrettelægge tilsynet ud fra. Denne model er blevet videreført gennem årene siden 2012, og Social- og Sundhedsmyndighed foreslår, at modellen også videreføres i 2017.

Fremstilling af sagen

I de foregående år har det vist sig hensigtsmæssigt, at tilsynspolitikken kun fastlægger de overordnede rammer for tilsynet. På den måde bliver det muligt for Social- og Sundhedsmyndighed at tilrettelægge tilsynet ud fra indkomne oplysninger, der peger i retning af særlige vigtige fokusområder.

Tilsynene i 2016 har blandt andet omfattet kvalitetsopfølgning hos leverandørerne på baggrund af de anbefalinger, som konsulentfirmaet Revas ApS kom med ved det omfattende tilsyn, der blev lavet på fritvalgsområdet i 2015. Leverandørerne er i dette års tilsyn blevet bedt om at redegøre for, hvordan de har fulgt op på anbefalingerne eksempelvis ved at udarbejde handleplaner eller lignende.

Der er i 2016 desuden lavet en større evaluering af rehabiliteringsforløb efter Servicelovens § 83a, som her i kommunen også er omfattet af fritvalg i en forsøgsperiode på 2 år. § 83a er først tilføjet til Serviceloven pr. 1. januar 2015, og har derfor ikke hidtil været omfattet af tilsyn.

Ligesom tidligere år har der også i 2016 været systematiske revisiteringer af de borgere, der modtager praktisk hjælp og personlig pleje. Formålet med revisiteringerne er primært at sikre, at borgerne får den hjælp, de har brug for på baggrund af den aktuelle funktionsnedsættelse. Formålet er derudover også at føre tilsyn med overholdelse af kontrakten.

Herudover er der gennemført undersøgelse af døgndækkende telefonnumre i 2016. Dette er en tilbagevendende undersøgelse jf. den kontrakt der er indgået mellem Frederikshavn Kommune og leverandørerne af SEL § 83 ydelser på fritvalgsområdet.

Tilsynets elementer er udvalgt og gennemført på baggrund af løbende indkomne oplysninger om interessante fokusområder eller specifikke leverandører. Oplysningerne kommer fra klager, henvendelser, tidligere tilsynsaktiviteter og lignende. Det anbefales derfor, at tilsynspolitikken videreføres i den nuværende form, således at tilsynets elementer løbende kan tilrettelægges i forhold til de oplysninger og forhold, som Center for Social- og Sundhedsmyndighed bliver opmærksomme på.

Beslutningsoplæg til Tilsynspolitik for 2017 er vedlagt til sagen.

Sagen er sendt til høring i Ældreråd og Handicapråd.

Indstilling

Social- og Sundhedsdirektøren indstiller, at Socialudvalget godkender tilsynspolitikken for 2017.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Ældrerådet **Dato:** 28-11-2016

Ældrerådets høringssvar:

Ældrerådet anbefaler, at tilsynspolitikken videreføres i den nuværende form.

Udvalg: Handicaprådet **Dato:** 28-11-2016

Handicaprådet følger indstillingen.

Fraværende. Inge-Lise Jakobsen og stedfortræder.

Beslutninger:

Tilsynspolitikken for 2017 godkendes.

Fraværende: Irene Hjortshøj.

Bilag

- Tilsynspolitik på fritvalgsområdet 2017 (1707580 - EMN-2016-02838)

8 (Åben) Evaluering af den rehabiliterende indsats

Sags ID: EMN-2016-01407

Sagsbehandler: Kira Rødkær

Ansvarligt center: Social- og Sundhedsmyndighed

Beslutningskompetence

SOU

Sagsfremstilling

Baggrund

Socialudvalget besluttede i 2015, at de private leverandører på fritvalgsområdet i en forsøgsperiode på 2 år skulle deltage i rehabilitering efter Servicelovens § 83a på lige fod med den kommunale leverandør. Udvalget besluttede samtidig, at der efter 1 år skulle laves en evaluering for at undersøge, om der er behov for ændringer eller nye tiltag i den sidste del af forsøgsperioden.

Evalueringen er planlagt af Center for Social- og Sundhedsmyndighed med input fra Center for Sundhed og Pleje. Center for Social- og Sundhedsmyndighed har efterfølgende gennemført evalueringen i august/september 2016. Der er lavet interview med relevante personer fra de private leverandører, den kommunale leverandør, Længst Muligt I Eget Liv og visitationen.

Evalueringen resultater og anbefalinger

Center for Social- og Sundhedsmyndighed har på baggrund af evalueringen fået et overordnet positivt indtryk af den rehabiliterende indsats. Interviewpersonerne har givet udtryk for, at der er tale om en meningsfuld opgave, der giver selvhjulpne og glade borgere.

Evalueringen har samtidig vist, at der er stor forskel på, hvordan rehabiliteringen fungerer i de forskellige områder/grupper. Det vurderes på ingen måde at have betydning for udfordringer og problemstillinger, om der er tale om en privat leverandør eller en kommunal gruppe, men de har alle fokuspunkter, der skal arbejdes med. Social- og Sundhedsmyndighed ser derfor ingen hindringer for, at den 2 årige forsøgsperiode fortsættes. Social- og Sundhedsmyndighed har i evalueringen ikke fundet forhold, der indikerer, at de private leverandører ikke skal være en del af rehabiliteringsforløbene fremover. Dog vil der blive lavet supplerende undersøgelser, inden udvalget skal tage stilling til dette i 2017.

En kort beskrivelse af evalueringens metoder og resultater er vedhæftet i bilaget "Sammendrag af evalueringens resultater". Den samlede evalueringsrapport er ligeledes vedhæftet som bilag.

Nyt tiltag som følge af evalueringens resultater

En del af evalueringens resultater har vist, at der er brug for et øget ledelsesmæssigt fokus på området samt et mere struktureret samarbejde. På den baggrund vil Center for Social- og Sundhedsmyndighed i samarbejde med de private leverandører og Center for Sundhed og Pleje oprette en styregruppe med en tilhørende arbejdsgruppe, der skal sikre ledelsesmæssigt fokus og struktureret samarbejde for den rehabiliterende indsats.

Sagen sendes til orientering i Ældrerådet og Handicaprådet.

Indstilling

Social- og Sundheds- og kulturdirektøren indstiller, at Socialudvalget tager orienteringen til efterretning.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Ældrerådet **Dato:** 28-11-2016

Ældrerådet ser det som et stort problem, at der er personale, der værger sig ved at arbejde rehabiliterende. Der bør stilles større krav hertil, både ved medarbejdere og ledelse. Ældrerådet forventer, at næste evaluering viser en betydelig forbedring.

Ældrerådet undrer sig samtidig over, at der ikke er foretaget interviews med borgere, ved undersøgelse af tilfredsheden med den rehabiliterende indsats.

Udvalg: Handicaprådet **Dato:** 28-11-2016

Taget til efterretning.

Fraværende: Inge-Lise Jakobsen og stedfortræder.

Beslutninger:

Taget til efterretning.

Fraværende: Irene Hjortshøj.

Bilag

- Sammendrag af evalueringens resultater (1717682 - EMN-2016-01407)
- Samlet rapport - Evaluering af rehabiliteringsforløb - rapport (1413194 - EMN-2016-01407)

9 (Åben) Forslag til Handicapplanen 2017 - 18

Sags ID: EMN-2016-01063

Sagsbehandler: Louise Rohde

Ansvarligt center: Handicap og Psykiatri

Beslutningskompetence

SOU

Sagsfremstilling

Handicapafdelingen skal have ny Handicapplan. Handicapplanen beskriver, hvordan vi vil udmønte Handicappolitikken for borgere over 18 år med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne (udviklingshæmmede og personer med erhvervet hjerneskade) i Handicapafdelingen.

Ledelsen i Center for Handicap og Psykiatri har besluttet, at den ny handicapplan kun skal gælde for en 2-årig periode, nemlig 2017 – 2018. Dette skyldes at Handicapplanen og Handicappolitikken på nuværende tidspunkt har et uhensigtsmæssigt overlag, hvor en 4-årig plan ville få baggrund i en politik, som kun gælder til udgangen af 2017.

Handicaprådet er ved høring den 29. august i år blevet informeret om denne beslutning, som også har medført at borgerinddragelsen i processen ha været afgrænset.

10% af borgerne i Handicapafdelingen er blevet spurgt dels om deres oplevelse af målopfyldelsen for gennemførelsen af Handicapplanen 2012 – 16 samt om deres input til indsatserne i Handicapplanen 2017-18.

Handicapplanen 2017-18 beskriver indledningsvis processen bag Handicapplanen samt hvordan overgangen fra tidligere plan til den nye plan tager udgangspunkt i Center for Handicap og Psykiatri's 'Vision-Mission-Værdier' (Se evt.

<https://samarbejdsportal.frederikshavn.dk/cases/EMN172/EMN-2016-00076/Dokumenter/Vision%20mission%20værdier%20for%20CHP.pdf#search=vision%20mission%20v%C3%A6rdier>).

Herefter beskrives organiseringen af handicapområdet i Frederikshavn Kommune, som leder videre til målopfyldelse for Handicapplanen 2012 – 16 - set ud fra et brugerperspektiv.

Herefter beskrives indsatsområderne i Handicapplan 2017-18, som er:

- Habilitering
- Borgeren i centrum/professionalisering af indsatsen
- Velfærdsteknologi
- Sundhed
- Samskabelse

De 5 indsatsområder er en videreførelse af arbejdet med 'Vision-Mission-Værdier', og beskriver den faglige udvikling som allerede pågår i Handicapafdelingen. Der er således ikke nye metoder eller faglige forhold i planen, men en beskrivelse af de 5 indsatsområder, som, med baggrund i centerledelsens ønske om sammenlignelige planer i Center for Handicap og Psykiatri, lægger sig op ad Socialpsykiatriplanen 2015 – 18. Indsatsområderne ligger indenfor rammen af den gældende Handicappolitik.

Sagen sendes til høring i Handicaprådet.

Indstilling

Social- og Sundheds- og kulturdirektøren indstiller, at Socialudvalget godkender Handicapplanen 2017-18.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Handicaprådet **Dato:** 28-11-2016
Handicaprådet følger indstillingen.

Fraværende. Inge-Lise Jakobsen og stedfortræder.

Beslutninger:

Handicapplanen 2017-18 godkendes.

Fraværende: Irene Hjortshøj.

Bilag

- Handicapplan2017-18 (1727613 - EMN-2016-01063)

10 (Åben) Forlængelse af tværsektorielt samarbejdsprojekt

Sags ID: EMN-2015-01443

Sagsbehandler: Nikolaj Kramer Nørregård

Ansvarligt center: Handicap og Psykiatri

Beslutningskompetence

SOU/SUU

Sagsfremstilling

Sagsresume

Siden december 2015 har Frederikshavn Kommune været involveret i et tværsektorielt projekt omkring udarbejdelse af et forløbsprogram for mennesker med psykisk sygdom. Projektet er finansieret af midler fra Socialstyrelsen, og Frederikshavn Kommune deltager sammen med Region Nordjylland og syv andre nordjyske kommuner.

Projektets første periode løb i et år, og udvalget orienteres hermed om, at der er ansøgt om forlængelse for yderligere et år.

Projektet

Socialudvalget godkendte på møde den 4. november 2015, at Frederikshavn Kommune indgik i en tværsektoriel ansøgning om midler fra Socialstyrelsen. Temaet for tildeling af midlerne var etablering af forløbsprogram for mennesker med psykiske lidelser.

Projektet er forankret i Region Nordjylland, og Frederikshavn Kommune deltager sammen med 7 andre nordjyske kommuner. I Nordjylland har deltagerne valgt at beskrive et projekt, som retter sig mod borgere i alderen 18 til 40 år med bipolar affektiv sindslidelse (tidligere kaldet mani-depressiv psykose).

Projektet er fra start tiltænkt som toårigt, men midlerne fra Socialstyrelsen skal søges for et år ad gangen.

I første projektperiode er der udarbejdet et regionalt forløbsprogram for borgere i målgruppen. Forløbsprogrammet beskriver retningslinjer for, hvordan region, kommuner og almen praksis samarbejder. Ligeledes beskrives de indsatser, som de forskellige sektorer tilbyder borgerne i målgruppen.

I anden projektperiode vil der være fokus på implementering, opfølgning og justering af det regionale forløbsprogram. Implementeringsfasen indeholder blandt andet aktiviteter i forhold til følgende:

- Implementering af forløbsprogrammet lokalt
- Markedsføring og generel udbredelse af kendskab til programmet
- Vidensdeling og kompetenceudvikling på tværs af sektorer
- Effektmåling, brugerevaluering og justering af forløbsprogrammet

Projektet er finansieret af satspuljemidler. Den kommunale medfinansiering består primært af tid til ledere og medarbejderes deltagelse i kompetenceudvikling, vidensdeling og lignende.

Sendes til orientering i Handicaprådet.

Indstilling

Social- og sundheds- og kulturdirektøren indstiller, at Udvalget tager orienteringen til efterretning.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Handicaprådet **Dato:** 28-11-2016

Taget til efterretning.

Fraværende: Inge-Lise Jakobsen og stedfortræder.

Beslutninger:

Taget til efterretning.

Fraværende: Irene Hjortshøj.

Bilag

11 (Åben) Orientering om overtagelse af specialundervisning - voksenområdet

Sags ID: EMN-2016-03180

Sagsbehandler: Karen Henning Lind Christoffersen

Ansvarligt center: Kontrakt og Tilsynsenheden

Beslutningskompetence

SOU

Sagsfremstilling

Center for Social- og Sundhedsmyndighed har pr. 31.7.2016 overtaget budgetrammen og myndighed for specialundervisning på voksenområdet. Området hørte tidligere til Center for Unge.

Formålet med undervisningen er, at afhjælpe eller begrænse en funktionsnedsættelse og forbedre borgerens mulighed for at benytte kompenserende strategier, således at borgeren får mulighed for et mere aktivt samfundsliv.

Det overførte budget for 2016 udgør 3.694.172 kr.

I 2017 er der et budget på 5.760.980 kr.

Budgetrammen dækker undervisning i forhold til følgende området:

Specialskolen for Voksne:

Målgruppen: voksne med erhvervet hjerneskade, fortrinsvis borgere i den erhvervsdygtige alder.

Ydelser:

- Afasi
- Kognitiv rehabilitering for hjerneskadede
- Pårørendeundervisning

Taleinstituttet:

Målgruppen: Borgere med erhvervet kompleks hjerneskade og borgere med funktionsnedsættelse i forhold til stemmen.

Ydelser:

- Dysartri
- Stemmetræning
- Neuropsykologisk undersøgelse og samtaleforløb i rehabiliterende sammenhæng.
- Tværfaglig Rehabiliteringsindsats til borgere med kompleks hjerneskade.

Lilleskolen:

- Specialundervisning til sindslidende.

Institut for syn og hørelse:

Ingen fast ramme. Der bevilges ud fra en konkret individuel vurdering.

Målgruppen: Borgere med funktionsnedsættelse indenfor syn og høreområdet, der har behov for undervisning. Undervisningen er ofte i sammenhæng med brug af et hjælpemiddel. Eks. undervisning til hørehæmmede som har fået cochlear implant (Implantatet kompenserer for nedsat hørefunktion) og undervisning i brug af hjælpemidler som ligger ud over det antal timer der er med i hjælpemiddelaftalens aftale ved lån af hjælpemidler.

Specialskole/tilbud for borgere med synshandicap:

Dette er eks. oplæring i brug af førerhund og blindskrift.

I budgetrammen indgår også kørsel til de forskellige institutter og undervisningssteder.

Sagsfremstillingen er sendt til orientering ved Handicaprådet og Ældrerådet

Indstilling

Social-, sundheds- og kulturdirektøren indstiller at Socialudvalget tager ovenstående til efterretning

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Ældrerådet **Dato:** 28-11-2016

Ældrerådet tager sagen til efterretning.

Udvalg: Handicaprådet **Dato:** 28-11-2016

Taget til efterretning.

Fraværende: Inge-Lise Jakobsen og stedfortræder.

Beslutninger:

Taget til efterretning.

Fraværende: Irene Hjortshøj.

Bilag

12 (Åben) Folkeoplysningspolitik i høring

Sags ID: EMN-2016-03094

Sagsbehandler: Linda Hanghøj Haunstrup-Skov

Ansvarligt center: Fritidstilbud/Kultur og Fritid

Beslutningskompetence

DU//ÆR/HR/TU/SOU/IR/DU/SUU/PMU/BUU

Sagsfremstilling

Kultur- og Fritidsudvalget besluttede den 2. november 2016 at sende fornyelse af folkeoplysningspolitikken i høring.

En ny politik vil være gældende fra 2017-2020.

Opbygningen i den nuværende politik fastholdes, så politikken stadig har en vision, målsætninger og prioriterede spor. Derudover er der lagt mere vægt på samskabelse og civilsamfundets inddragelse, og elementer fra Kultur- og Fritidsudvalgets strategi 'fra mursten til mennesker' er også tilføjet.

Politikkens handlingsspor er udvidet med et ekstra, så der er fire handlingsspor.

Udvalget bedes drøfte forslaget til ny politik med henblik på at sende et høringssvar.

Indstilling

Social-, sundheds- og kulturdirektøren indstiller, at udvalget drøfter forslag til ny folkeoplysningspolitik med henblik på at sende et høringssvar.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Ældrerådet **Dato:** 28-11-2016

Ældrerådets høringssvar:

Ældrerådet har ingen bemærkninger til politikken, men har dog en bemærkning til bagsidebilledet. Ældrerådet opfordrer til at man viser personer der "kommer" – altså personer set forfra, frem for folk der er gået.

Udvalg: Handicaprådet **Dato:** 28-11-2016

Drøftet.

Handicaprådet har ikke yderligere bemærkninger til politikken.

Fraværende: Inge-Lise Jakobsen og stedfortræder.

Udvalg: Teknisk Udvalg **Dato:** 05-12-2016

Indstillingen tiltrædes.

Beslutninger:

Drøftet.

Udvalget opfordrer til, at der er en opmærksomhed på de ressourcer ældre borgere kan bidrage med i det frivillige foreningsliv.

Fraværende: Irene Hjortshøj.

Bilag

- Folkeoplysningspolitik - pdf til høring (1723953 - EMN-2016-03094)

13 (Åben) Leasing - Genbrugshjælpemidler 2017

Sags ID: EMN-2016-02898

Sagsbehandler: Susanne Tannert

Ansvarligt center: Social- og Sundhedsmyndighed

Beslutningskompetence

SOU/ ØU

Sagsfremstilling

Sagsfremstilling

Ved byrådets vedtagelse af budget 2009 blev det besluttet, at indkøb af genbrugshjælpemidler fortrinsvis finansieres ved en leasingaftale.

Leasingaftalen indgås årligt og skal godkendes i Økonomiudvalget efter indstilling fra Socialudvalget.

Frederikshavn Kommune har indhentet tilbud fra KommuneLeasing, og Økonomiudvalget skal efter indstilling fra Socialudvalget vælge en af de 2 rentemodeller i tilbuddet.

KommuneLeasing har over en årrække konsekvent vist sig at være markant billigere end de øvrige indhentede tilbud, og derfor er der ikke indhentet tilbud fra andre.

Det er fuldt ud i overensstemmelse med Frederikshavn Kommunens finansielle strategi (punkt 5.6), hvor det fremgår, at der af og til skal indhentes kontroltilbud.

KommuneLeasings tilbud

Tilbuddet er en leasingaftale, der etableres som en oparbejdningsaftale. Dette betyder, at Frederikshavn Kommune får en ramme på 12 mio. kr., som bruges til indkøb af genbrugshjælpemidler for hos forskellige leverandører. Det samlede beløb for indkøbet tilbagebetales med renter over en periode på 4 år. Leasingydelsen betales årligt over en fireårig periode uanset valg af rentemodel. Det femte år køber Frederikshavn Kommune hjælpemidlerne af KommuneLeasing for et beløb, der svarer til den årlige leasingydelse.

	Model 1	Model 2
Rentetype	Variabel rente	Fast rente
Rentemodel	Reguleres efter KommuneLeasings 12 måneders funding (dvs. ud fra den rente, KommuneLeasing kan opnå over en 12 måneders periode)	Renten låses på datoen for indkøbsperiodens afslutning

Renteniveau pr. 17. oktober 2016	0,40%	0,51%
--	-------	-------

Valgmulighederne

Fordelen ved valg af fast rente med model 2 er, at renteniveauet ligger fast for hele betalingsperioden. Dog fastlægges renten først ved indkøbsperiodens afslutning, hvilket bibringer en større usikkerhed. Den variable rente i model 1 giver en lavere renteudgift med den nuværende rente, men der er usikkerhed om rentens udvikling.

Begge modeller kan afholdes indenfor hjælpemiddelområdets budget. Det forventes, at tilbuddets ramme på 12 mio. til indkøb af genbrugshjælpemidler udnyttes fuldt ud.

Indstilling

Social-, sundheds- og kulturdirektøren indstiller, at Socialudvalget anbefaler Økonomiudvalget at indgå leasingaftale med KommuneLeasing med rentemodell 1.

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Indstillingen anbefales.

Fraværende: Irene Hjortshøj.

Bilag

14 (Åben) Sygefraværstatistik oktober 2016 (SOU)

Sags ID: EMN-2016-01155

Sagsbehandler: Pernille Kongsbak Dreier

Ansvarligt center: Center for Økonomi og Personale

Beslutningskompetence

SOU

Sagsfremstilling

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

Sygefraværprocenten inkluderer de sygdomsrelaterede fraværårsager: 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 statistikken tages til efterretning.

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Taget til efterretning.

Fraværende: Irene Hjortshøj.

Bilag

- Sygefraværstatistik Oktober 2016 (1726737 - EMN-2016-01155)

15 (Lukket) Udvidet helbredstillæg - indgåelse af prisaftale

Beslutninger:

De foreslåede prisaftaler indgås.

Fraværende: Irene Hjortshøj.

16 (Lukket) Offentligt EU-udbud af køb og service af hjemmeplejebiler til Frederikshavn Kommune

Beslutninger:

Udbudsmaterialet godkendt.

Fraværende: Irene Hjortshøj.

17 (Lukket) Formanden orienterer

Beslutninger:

Orienteringen taget til efterretning.

Fraværende: Irene Hjortshøj

Punkt 2: Referat med bilag - Åben

Referat

Socialudvalget

Ordinært møde

Mødetidspunkt:	06-12-2016 16:00
Mødeafholdelse:	Lokale 0.28
NB.	Pia Karlsen deltog ikke i behandlingen af punkterne 1-5
Tilstede:	Jørgen Tousgaard (A) - Formand Pia Karlsen (V) Helle Madsen (V) Bent H. Pedersen (A) Lars Oldager (DF) Karl Falden (A)
Fraværende:	Irene Hjortshøj (A)
Stedfortrædere:	



Indholdsfortegnelse

Socialudvalget

06-12-2016 16:00

1 (Åben) SOU - Frigivelse af rådighedsbeløb 2017	3
2 (Åben) SOU - Orientering om uddelegering af budgetramme 2017 til laveste identificerbare omkostningssted	4
3 (Åben) Orientering om tildeling af satspuljemidler til projekt Tidlig Indsats på Tværs (TIT)	6
4 (Åben) Orientering om opsporing og hindring af ensomhed og isolation blandt Frederikshavn Kommunens ældre	9
5 (Åben) Effektiv udnyttelse af rehabiliterings-, pleje- og aflastningspladser i Frederikshavn Kommune	12
6 (Åben) Klippekortordningen - ordningen efter 31.12.2016.....	16
7 (Åben) Tilsynspolitik på fritvalgsområdet for 2017	19
8 (Åben) Evaluering af den rehabiliterende indsats.....	21
9 (Åben) Forslag til Handicapplanen 2017 - 18.....	23
10 (Åben) Forlængelse af tværsektorielt samarbejdsprojekt.....	25
11 (Åben) Orientering om overtagelse af specialundervisning - voksenområdet.....	27
12 (Åben) Folkeoplysningspolitik i høring	29
13 (Åben) Leasing - Genbrugshjælpemidler 2017.....	31
14 (Åben) Sygefraværstatistik oktober 2016 (SOU)	33
15 (Lukket) Udvidet helbredstillæg - indgåelse af prisaftale	34
16 (Lukket) Offentligt EU-udbud af køb og service af hjemmeplejebiler til Frederikshavn Kommune	35
17 (Lukket) Formanden orienterer	36

1 (Åben) SOU - Frigivelse af rådighedsbeløb 2017

Sags ID: EMN-2016-03168

Sagsbehandler: Børge Arthur Hansen

Ansvarligt center: Økonomi

Beslutningskompetence
SOU/ØU/BR

Sagsfremstilling

Byrådet vedtog på møde den 5. oktober 2016 budgettet for 2017 samt øvrige budgetoverslagsår.

På investeringsoversigten er nedenstående rådighedsbeløb, anført under Socialudvalgets budgetområde, som ønskes frigivet.

Bevillingen finansieres af de på budgettet følgende afsatte rådighedsbeløb.

Loftslifte til plejeboliger 341.000 kr.

Indstilling

Social- og Sundhedsdirektøren indstiller, at Socialudvalget anbefaler Økonomiudvalget og Byrådet, at rådighedsbeløbene på Socialudvalgets område frigives, som ovenfor anført, med i alt 341.000 kr.

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Indstillingen følges.

Fraværende: Irene Hjortshøj og Pia Karlsen.

Bilag

2 (Åben) SOU - Orientering om uddelegering af budgetramme 2017 til laveste identificerbare omkostningssted

Sags ID: EMN-2016-03248

Sagsbehandler: Børge Arthur Hansen

Ansvarligt center: Økonomi

Beslutningskompetence

SOU

Sagsfremstilling

Frederikshavn Kommunes regler om økonomisk styring indeholder en bestemmelse om, at udvalgene er forpligtet til at uddelegere udvalgenes budgetrammer til de omkostningssteder, der opfylder følgende betingelser:

- At ledelse og ansvar entydigt kan henføres til en person
- At det pågældende budgetområde kan opgøres isoleret

Den budgetansvarlige for det enkelte omkostningssted kan foretage omplaceringer af budgetbeløb mellem forskellige kontoområder inden for omkostningsstedets budgetramme. De begrænsninger til omplaceringer, der fremgår af de generelle budgetbemærkninger, skal respekteres. Beslutninger om omplaceringer skal ligeledes være i overensstemmelse med de bestemmelser, der er fastsat i reglerne for økonomisk styring.

I vedhæftede bilag er oplistet de omkostningssteder og personer der er omfattet af uddelegeringsbestemmelsen i 2017.

Indstilling

Social- og sundhedsdirektøren indstiller, at Socialudvalget tager orienteringen til efterretning.

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Taget til efterretning.

Fraværende: Irene Hjortshøj og Pia Karlsen.

Bilag

- SOU budgetansvarlige 2017 (1732508 - EMN-2016-03248)

3 (Åben) Orientering om tildeling af satspuljemidler til projekt Tidlig Indsats på Tværs (TIT)

Sags ID: EMN-2016-02464

Sagsbehandler: Marianne Skrubbeltrang

Ansvarligt center: Sundhed og Pleje

Beslutningskompetence

SUU

Sagsfremstilling

Resumé

7 projekter fra landets fem regioner har fået tilsagn fra Sundhedsstyrelsen om, at de har fået midler fra puljen til styrket sammenhæng for de svageste ældre. Puljen er en del af regeringens Aftale om satspulje på sundheds- og ældreområdet for 2016-2019. De 7 projekter modtager i alt 78,5 millioner kroner.

Region Nordjylland og 10 Nordjyske kommuner (herunder Frederikshavn) har fået tildelt støtte til projekt "Tidlig Indsats på Tværs".

Sundhedsudvalget har tidligere behandlet ansøgningen og orienteres her om udvælgelsen.

Formålet med projekterne

Målet ved projekternes afslutning er både, at de svageste ældre medicinske patienter ikke oplever at falde mellem to stole, og at der er indsamlet viden og dokumentation til at kvalificere fremtidige indsatser.

Sundhedsstyrelsens vægtning ved udvælgelsen

Sundhedsstyrelsen har ved vurderingen af ansøgningerne lagt vægt på, at projekterne kan bidrage med erfaring og viden om, hvilke organiseringer der sikrer bedre sammenhæng i indsatsen for de svageste ældre. Et overordnet kriterium har således været, at det er muligt at opnå veldokumenterede, gode erfaringer, der eventuelt kan udbredes nationalt. I henhold til puljeopslaget har Sundhedsstyrelsen endvidere vægtet geografisk spredning af projekterne, bred eller fuld tilslutning blandt kommuner i den relevante sygehus-klynge, dækning af både land og by samt patient-/borgergrundlag og involvering.

Projekterne, som har modtaget støtte, er samarbejdsprojekter mellem region og en eller flere kommuner. Der er givet støtte til projekter fra alle fem regioner, og i alt 60 forskellige kommuner. Sundhedsstyrelsen modtog i alt 12 ansøgninger til en samlet ansøgningssum af knap 154 mio. kroner.

Projekt "Tidlig Indsats på Tværs" (TIT)

Frederikshavn Kommune er en del af projekt "Tidlig opsporing på tværs", som har fået tildelt støtte.

Projektets overordnede mål er i tæt samarbejde med borgeren at skabe bedre og individuelt tilrettelagte forløb for gruppen af sårbare og svækkede ældre. Dette vil ske ved udvikling af nye samarbejdsformer omkring tidlig opsporing, tidlig indsats samt at finde alternativer til indlæggelse for derved at forebygge indlæggelser.

Projektet er to spor:

1. Tidlig opsporing og tidlig indsats

Det primære fokus vil være på tidlig opsporing af svækkede ældre i kommunerne. Opgaven varetages i almen praksis og kommunerne. Gruppen af svækkede ældre er dynamisk, og både almen praksis og kommunerne vil løbende kunne identificere borgere, der tilhører denne gruppe.

Med udgangspunkt i tidlig indsats for målgruppen udarbejdes handleplan for den enkelte borger. Handlingsplanen skal indeholde indsatser i kommune/almen praksis regi og vil sikre, at kommunen løbende kan følge borgeren tæt, herunder igangsætte eventuelle nødvendige foranstaltninger før en indlæggelse bliver nødvendig.

2. Udredningsenheder på hospitalerne

Der etableres en række udredningsenheder med udgangspunkt i hospitalerne, hvor kommunerne har ansvaret for at følge ind, følge op og følge hjem.

Regionen stiller specialistressourcer (læger og sygeplejersker) og fysiske lokaler til rådighed. Det sikres, at de borgere, som visiteres til udredningsenheden, har hurtig adgang til faglig vurdering og diagnostisk udredning. Regionens specialistressourcer og kommunerne sikrer, at der samarbejdes om udvikling af nye samarbejdsformer med henblik på at tilgodese et individuelt tilrettelagt forløb for den enkelte borger.

Det er hensigten, at der etableres 1-2 udredningsenheder på hver af regionens hospitaler. Antallet af enheder vil løbende blive tilpasset behov og efterspørgsel. En udredningsenhed skal ikke nødvendigvis ses som en fysisk enhed, men der vil lokalt også kunne afprøves andre udredningsmuligheder, f.eks. i form af elektronisk samarbejde via skærme. Det afgørende vil således være, at borgeren får adgang til hurtig, specialiseret udredning med henblik på at understøtte målene i projektet.

Økonomi

Sundhedsstyrelsens tilsagn yder 5.900.000 kr. til projektet. Under forudsætning af bevillingsoptagelse på finansloven vil der blive ydet yderligere tilskud i 2018 og 2019, således at der samlet kan anvendes 8.210.000 kr. i projektperioden.

Der blev oprindeligt ansøgt om 12,5 mio. kr. i projektperioden med en medfinansiering på samlet 16 mio. kr. (i form af medarbejdertimer) for det nordjyske projekt.

Det videre arbejde

Der er nedsat en projektgruppe, som arbejder på at tilpasse projektet til det reducerede budget.

Desuden skal der laves aftaler om de konkrete tiltag i de enkelte lokalområder.

I Frederikshavn Kommune tænkes den tidlige opsporing og indsats koblet på arbejdet med triagering.

For arbejdet med udredning ønskes telesundhed indtænkt.

Ældrerådet, Handicaprådet og Socialudvalget orienteres om tildelingen af projektmidlerne.

Indstilling

Social-, sundheds- og kulturdirektøren indstiller, at sundhedsudvalget tager orienteringen til efterretning.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Sundhedsudvalget **Dato:** 08-11-2016

Taget til efterretning.

Fraværende: Kristina Frandsen

Udvalg: Ældrerådet **Dato:** 28-11-2016

Ældrerådet tager sagen til efterretning.

Udvalg: Handicaprådet **Dato:** 28-11-2016

Taget til efterretning.

Fraværende: Inge-Lise Jakobsen og stedfortræder.

Beslutninger:

Taget til efterretning.

Fraværende: Irene Hjortshøj og Pia Karlsen.

Bilag

4 (Åben) Orientering om opsporing og hindring af ensomhed og isolation blandt Frederikshavn Kommunes ældre

Sags ID: EMN-2016-02809

Sagsbehandler: Marianne Skrubbeltrang

Ansvarligt center: Sundhed og Pleje

Beslutningskompetence

SUU

Sagsfremstilling

Resumé

Frederikshavn Kommunes har deltaget i ensomhedsprojektet med støtte fra ældrepuljemidlerne. Projektet er gået fra projekt til drift i 2016. Deltagelsen i projektet har medført en langt større opmærksomhed på at finde borgere, der er i risiko for at blive eller være ensomme og isolerede. På Sundhedscentrene har de forebyggende medarbejdere særlig opmærksomhed på at få øje på ensomme, når de er på forebyggende hjemmebesøg hos borgere over 65 år. På aktivitetscentrene er der stort fokus på aktiviteter, der inkluderer. Deltagelse i projektet har også medført et endnu tættere samarbejde mellem sundhedscentrene, aktivitetscentrene, forskellige frivillige organisationer og foreninger. Der er skabt grobund for givtige fælleskaber for så mange som muligt.

Sundhedsudvalget orienteres her om arbejdet med den tidlige opsporing af ensomhed og isolation.

Hvor opdages ensomhed?

Medarbejderne har fokus på ensomhed og isolation, når de er i kontakt med borgerne ved f.eks. forebyggende hjemmebesøg - enkebesøg, bekymringshenvendelse - borgers egen henvendelse eller ved henvendelse fra borgerens egen læge eller pårørende.

De forebyggende hjemmebesøg tilbydes årligt til alle borgere over 80 år, der ikke har hjemmehjælp samt til borgere over 65 i særlig risiko for sygdom og ensomhed - f.eks. efter ægtefælles dødsfald eller flytning til plejehjem.

Der er opmærksomhed på forskellen på det at være alene og det at være ensom: Uønsket alene = ensomhed. Denne definition er god til, sammen med borgeren, at finde ud af, om det er et problem borger vil have taget hånd om.

Hvordan gør de forebyggende medarbejdere?

Der afdækkes, hvad det enkelte menneske har af interesser og ønsker, med henblik på at finde ud af, hvordan vi bedst kan støtte op om at få brudt

ensomheden. Medarbejderen har stort kendskab til, hvad der findes af muligheder i lokalsamfundet, og kan skabe kontakt med relevante aktører, som kan gøre en forskel. At kunne være noget for andre modvirker ensomhed og isolation, og nogle borgere profiterer af selv at blive frivillige. Andre profiterer af at få en hjælpende hånd til at deltage i nogle af de mange aktiviteter, der findes i lokalområdet.

Der samarbejdes med en bred vifte af frivillige organisationer f.eks. motionsklubber, kultur- og fritidsklubber, kirker, ældresagen og mange flere.

Eksempler på Sundhedscentrenes og aktivitetscentrenes tiltag i forhold til ensomhed og isolation

Cafe Pot og Pande

Cafe Pot og Pande er en cafe med madlavning for borgere i risiko for ensomhed og isolation. Formålet er at danne godt netværk samtidig med fokus på mad og måltider. Cafeen foregår i samarbejde med Sundhedscentrene og aktivitetscentrene.

Sundhedscentrene er sparringspartnere. Aktivitetscentrene varetager i samarbejde med frivillige selve cafeen. Borgere til disse hold rekrutteres først og fremmet fra de forebyggende besøg.

Cafe Pot og Pande er kørt i drift på Ingeborgvej.

Der har været afholdt to hold i Sæby og et i Østervrå. I september-oktober er der hold på Sæby Ældrecenter. Efter nytår startes Pot og Pande i Præstbro og Østervrå.

I Skagen er Cafe Pot og Pande i støbeskeen til opstart i begyndelsen af det nye år. Det bliver et samarbejde mellem Sundhedscenteret og aktivitetscenteret og er tiltænkt placeret på Sct Laurentii centeret.

"Lægge liv til årene" – en særlig ressource tilknyttet aktivitetscentrene

"Læg liv til årene" er en større gruppe fleksjobansatte, som hjælper ensomme ældre til en mere indholdsrig og aktiv hverdag. Det kan være i form af besøg hos borgeren til en snak, avislæsning eller en gåtur i haven, men kan også være udflugter eller samvær i mindre grupper på kommunens aktivitetscentre.

Målet er at øge borgernes livskvalitet i den sidste del af livet. Det handler meget om at hjælpe de enlige ind i fællesskaber.

Ældrerådet har på mødet i september fået en mundtlig orientering af leder for Sundheds- og Træningscentrene Helle Yding Kooij.

Sagen sendes også til orientering i Socialudvalget.

Indstilling

Social-, sundheds- og kulturdirektøren indstiller, at sundhedsudvalget tager orienteringen til efterretning.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Sundhedsudvalget **Dato:** 08-11-2016

Taget til efterretning.

Fraværende: Kristina Frandsen

Beslutninger:

Taget til efterretning.

Fraværende: Irene Hjortshøj og Pia Karlsen.

Bilag

5 (Åben) Effektiv udnyttelse af rehabiliterings-, pleje- og aflastningspladser i Frederikshavn Kommune

Sags ID: EMN-2016-01775

Sagsbehandler: Birgitte Kvist

Ansvarligt center: Sundhed og Pleje

Beslutningskompetence

SOU

Sagsfremstilling

Aflastningspladser er jf. Sundhedsstyrelsens rapport fra 2014 "Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje":

- Rettet mod patienter, der efter udskrivning har komplekse pleje- og behandlingsbehov, og hvor håndteringen kræver særlige kompetencer hos sygeplejen/ hjemmeplejen. Det kan fx være terminalpleje eller pleje og behandling af borgere, der er blevet behandlet for kræft.
- Rettet mod borgere, der pga. funktionsnedsættelse, ændring i habitualtilstand har behov for en kortere eller længere rehabiliterings- eller plejeindsats eller afklaring i forhold til fremtidig bolig.

Hvor er vi i Frederikshavn Kommune?

Frederikshavn Kommune har:

Alm. plejebolig plads	375 pladser
Demens plejebolig plads	136 pladser
Aflastningspladser	50 pladser
I alt	561 pladser

Derudover har Frederikshavn Kommune:

Tryghedsboliger	83 pladser
Ældreboliger	311 pladser

De 48 aflastningspladser og 2 aflastningshotel pladser er fordelt på følgende måde:

Aflastningspladser

33 på Kastanjegården
1 på Drachmannsvænget
4 på Ankermedet

- 4 på Rosengården
- 5 på Dybvad ældrecenter
- 1 på Østervrå ældrecenter

Aflastningshotel pladser

- 1 på Drachmannsvænget
- 1 på Rosengården

Belægningsprocenten på Kastanjegården er 1. halvår 2016 på 86,8 % - hvor ledig kapacitet er regnet ud fra hele ledige dage, hvor stuen enten er tom eller borgeren er indlagt.

For de resterende aflastningspladser er belægningsprocenten på 83,8 % - hvor ledig kapacitet er regnet ud fra hele ledige dage, hvor stuen enten er tom eller borgeren er indlagt

Dette stemmer godt overens med, at der er kapacitet til at tage færdigbehandlede borgere hjem fra sygehuset.

Kastanjegården har døgndækning af sygeplejersker og har dermed de faglige kompetencer til at varetage behandlingen af de mest komplekse borgere. Disse faglige ressourcer udnyttes ikke optimalt i dag, da pladserne har en tendens til at "sande til", hvilket tydeligt illustreres af nedenstående, som ikke er enkeltstående.

En dag i juni 2016 var den aktuelle situation for de 33 pladser på Kastanjegården:

- 18 patienter er i afklaringsforløb/rehabilitering/pleje
- 14 patienter er i habituel tilstand og venter nu kun på ny bolig, hvoraf
 - 3 venter på demensplads,
 - 1 venter på plads på Mariested,
 - 1 patient er lovet at kunne blive på Kastanjegården til 1. september,
 - 1 dement venter på afklaring af værgemål, før flytning kan foregå, (har fået demensplads, der så står tom p.t)
 - 8 venter på somatisk plejebolig.
- 1 patient udskrives til egen bolig d.d.
- 1 ny patient kommer fra sygehuset d.d.

Det vil være hensigtsmæssigt at målrette og udnytte de 33 pladser med de højeste faglige kompetencer sådan, at der fremadrettet ikke ligger borgere, der er i habitualtilstand, eller venter på plejehjemsplads. En differentiering af aflastningspladserne.

Forslag til differentiering af aflastningspladser

Rehabiliterings- og plejepladser

33 pladser på Kastanjegården med døgndækket sygepleje.

- Er målrettet patienter, der **efter udskrivning** har komplekse rehabiliterings-, pleje- eller behandlingsbehov, og hvor håndteringen kræver særlige kompetencer hos sygeplejen/ hjemmeplejen. Det kan fx være terminalpleje eller pleje og behandling af borgere, der er blevet behandlet for kræft.
- Kan ved ledig kapacitet bruges som akutplads for borgere, der har behov for en kortere periode med døgndækker pleje, men ikke har behov for indlæggelse på sygehus.

Når disse pladser målrettes borgere, der har komplekse rehabiliterings-, pleje- eller behandlingsbehov, og hvor håndteringen kræver særlige kompetencer, vil det betyde, at nogle borgere vil nå deres habituatilstand uden at være i stand til at komme hjem i eget hjem igen, men have behov for en venteplads, inden de kan tildeles den ønskede plejecenter plads. For disse borgere vil det betyde en ekstra flytning fra Kastanjegården til ventepladsen.

Aflastningspladser, ventepladser og aflastningshotelpladser

Frederikshavn Kommune råder i dag udover de 33 pladser på Kastanjegården over 17 aflastningspladser inkl. 2 aflastningshotelpladser.

Disse er placeret på følgende måde:

Aflastningspladser

- 1 på Drachmannsvænget
- 4 på Ankermedet
- 4 på Rosengården
- 5 på Dybvad ældrecenter
- 1 på Østervrå ældrecenter

Aflastningshotel pladser

- 1 på Drachmannsvænget
- 1 på Rosengården

For fremtiden foreslås, at de 17 nuværende aflastningspladser skal dække de forskellige typer af behov for aflastning:

- Aflastningspladser i forhold til borger/pårørende i eget hjem
- Ventepladser i forhold til borgere, der er færdigbehandlet på sygehus/ Kastanjegården og venter på permanent plejebolig
- Aflastningshotel til borgere, som har brug for kortere ophold (1-2 uger) i forbindelse med pårørendes ferie el. lign.

Sagen er sendt til høring i Ældreråd og Handicapråd, inden behandling i Socialudvalget

Indstilling

Social og Sundhedsdirektøren indstiller:

1. At Socialudvalget godkender, at de 33 pladser på Kastanjegården målrettes borgere, der har komplekse rehabiliterings-, pleje- eller behandlingsbehov, og hvor håndteringen kræver særlige kompetencer samt døgndækning med sygeplejerske.
2. At Socialudvalget godkender, at borgere uden behov for indsats fra personale med særlige kompetencer kan flyttes fra Kastanjegården til en af kommunens 17 aflastningspladser.

De 17 aflastningspladser skal dække forskellige typer af behov for aflastning som:

- Aflastningspladser i forhold til borgere/pårørende i eget hjem
- Ventepladser i forhold til borgere, der er færdigbehandlet på sygehus/ Kastanjegården og som venter på permanent plejebolig
- Aflastningshotel til borgere, som har brug for kortere ophold (1-2 uger) i forbindelse med pårørendes ferie el. lign.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Handicaprådet **Dato:** 20-10-2016

Handicaprådet tiltræder indstillingen.

Fraværende: Jørgen Tousgaard, Rikke Løgtved Bruus – i stedet mødte Dorthe Smidt.

Udvalg: Ældrerådet **Dato:** 24-10-2016

Ældrerådets høringssvar:

Ældrerådet anbefaler Social- og Sundhedsdirektørens indstilling.

Ældrerådet foreslår samtidig, at borgeren ved indflytning på Kastanjegården, orienteres om, at borgeren skal flytte efter færdigbehandling, også selv om det kan medføre et ekstra flyt, eksempelvis i de tilfælde, hvor borgeren venter på en helt specifik plejebolig.

Beslutninger:

Indstillingen tiltrædes.

Fraværende: Irene Hjortshøj og Pia Karlsen.

Bilag

6 (Åben) Klippekortordningen - ordningen efter 31.12.2016

Sags ID: EMN-2016-01141

Sagsbehandler: Kira Rødkær

Ansvarligt center: Social- og Sundhedsmyndighed

Beslutningskompetence

SOU

Sagsfremstilling

På Finansloven for 2015 og 2016 har der været afsat en pulje til et klippekort på halv times ekstra ugentlig hjemmehjælp til de svageste hjemmehjælpsmodtagere. Fra 2017 er midlerne overgået til det kommunale bloktilskud, og der er i budgettet for 2017 afsat 1,7 mio. kr. til ordningen. Der er på nuværende tidspunkt ca. 245 borgere, der aktivt gør brug af deres klippekort. I 2016 har 323 borgere været visiteret til klippekortsordningen. I juni måned besluttede Socialudvalget at udvide ordningen til at omfatte 1 times hjælp pr. uge, da forbruget af puljen indtil da var mindre end forventet. Budgettet for 2017 er mindre end i 2016, og Center for Social- og Sundhedsmyndighed foreslår derfor, at ordningen igen reduceres til ½ time pr. uge med mulighed for opsparring til 3 timer over 6 uger.

Nuværende kriterier for tildeling

Frederikshavn Kommune har i 2015 og 2016 tildelt Klippekort efter nedenstående minimumskriterier:

- Borgeren skal være modtager af både personlig pleje som praktisk hjælp jf. SEL § 83, og hjælpen skal være af varig karakter.
- Borgeren skal være over 65 år gammel.
- Borgeren skal have begrænset mobilitet. Det vil sige, at borgeren ikke kan forlade sit eget hjem uden en form for fysisk ledsagelse af en person. Denne begrænsning kan have sin årsag i fysiske, psykiske og/eller sociale forhold.
- Borgeren skal have hyppig kontakt til sundhedsvæsenet og i denne forbindelse have behov for ledsagelse.
- Borgeren skal have et sparsomt netværk og få nære familiære relationer.
- Tildelingen af klippekortet beror altid på en konkret individuel faglig vurdering, og som udgangspunkt skal alle ovenstående kriterier være opfyldte for, at en borger kan tildeles klippekortet.

Forslag til kriterier for klippekortsordningen fremover

For at flere ældre skal have mulighed for at være en del af ordningen, foreslår Social- og Sundhedsmyndighed, at kriterierne for klippekortsordningen ændres for 2017. For at sikre at udgifterne til ordningen kan afholdes inden for budgettet, foreslår Social- og Sundhedsmyndighed, at de nye kriterier foreløbigt skal gælde for 1. halvår af 2017. Social- og Sundhedsmyndighed vil følge op på forbruget, og forelægge Socialudvalget om de samme kriterier

skal være gældende for 2. halvår af 2017, eller der på baggrund af økonomi eller andre forhold er behov for at justere kriterierne.
Social- og Sundhedsmyndighed foreslår følgende kriterier for 1. halvår af 2017:

- Borgeren skal være modtager af personlig pleje efter Serviceloven §§ 83 eller 83a. Ordningen henvender sig dermed til borgere i eget hjem.
- Borgeren skal have begrænset mobilitet. Det vil sige, at borgeren ikke kan forlade sit eget hjem uden en form for fysisk ledsagelse af en person. Denne begrænsning kan have sin årsag i fysiske, psykiske og/eller sociale forhold.
- Borgeren skal føle sig ensom eller have et ressourcetsvagt netværk. Der kan bevilges hjælp til begge ægtefæller i en husstand.

Ovenstående kriterier ligger til grund for tildeling af klippekortet. Derudover beror tildeling altid på en konkret individuel faglig vurdering.
Social- og Sundhedsmyndighed foreslår, at alderskriteriet på 65 år fjernes, og det bliver muligt at bevilge engangsklip til hjælp i helt særlige tilfælde.
Borgerne, der er visiteret til klippekortsordningen kan selv vælge, hvad de ønsker at bruge klippene til. Det kan eksempelvis personlig pleje, praktisk hjælp, ledsagelse eller socialt samvær.
For at sikre en let og mindst mulig bureaukratisk administration af Klippekortet skal leverandørerne fremover ikke dokumentere, hvilke aktiviteter klippene er brugt på. Leverandørerne afregnes som hidtil for den leverede tid.

Sagen sendes til høring i Ældrerådet og Handicaprådet.

Indstilling

Social- og Sundheds- og kulturdirektøren indstiller, at Socialudvalget træffer beslutning om:

- at klippekortsordningen reduceres til ½ time pr. uge med mulighed for opsparing til 3 timer over 6 uger.
- at godkende de ændrede kriterier for 1. halvår af 2017.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Ældrerådet **Dato:** 28-11-2016

Ældrerådets høringssvar:

Ældrerådet anbefaler Social- og Sundhedsdirektørens indstilling.
Ældrerådet opfordrer samtidig til, at det 3. kriterie deles op, så teksten "Der kan bevilges hjælp til begge ægtefæller i en husstand" får sin egen bullet.

Udvalg: Handicaprådet **Dato:** 28-11-2016

Handicaprådet følger indstillingen.

Fraværende. Inge-Lise Jakobsen og stedfortræder.

Beslutninger:

Indstillingen tiltrædes.

Fraværende: Irene Hjortshøj.

Bilag

7 (Åben) Tilsynspolitik på fritvalgsområdet for 2017

Sags ID: EMN-2016-02838

Sagsbehandler: Kira Rødkær

Ansvarligt center: Social- og Sundhedsmyndighed

Beslutningskompetence

SOU

Sagsfremstilling

Baggrund

Siden 2012 har det været lovpligtigt for kommunerne at vedtage og offentliggøre en tilsynspolitik på fritvalgsområdet (Servicelovens § 83). Tilsynspolitikken skal revideres og godkendes årligt. Tilsynspolitikken for 2017 skal således godkendes og offentliggøres primo 2017.

Siden 2012 har tilsynspolitikken være udformet således, at den indeholder nogle politisk fastlagte rammer for formål, fokuspunkter, metoder og aktører, som administrationen skal tilrettelægge tilsynet ud fra. Denne model er blevet videreført gennem årene siden 2012, og Social- og Sundhedsmyndighed foreslår, at modellen også videreføres i 2017.

Fremstilling af sagen

I de foregående år har det vist sig hensigtsmæssigt, at tilsynspolitikken kun fastlægger de overordnede rammer for tilsynet. På den måde bliver det muligt for Social- og Sundhedsmyndighed at tilrettelægge tilsynet ud fra indkomne oplysninger, der peger i retning af særlige vigtige fokusområder.

Tilsynene i 2016 har blandt andet omfattet kvalitetsopfølgning hos leverandørerne på baggrund af de anbefalinger, som konsulentfirmaet Revas ApS kom med ved det omfattende tilsyn, der blev lavet på fritvalgsområdet i 2015. Leverandørerne er i dette års tilsyn blevet bedt om at redegøre for, hvordan de har fulgt op på anbefalingerne eksempelvis ved at udarbejde handleplaner eller lignende.

Der er i 2016 desuden lavet en større evaluering af rehabiliteringsforløb efter Servicelovens § 83a, som her i kommunen også er omfattet af fritvalg i en forsøgsperiode på 2 år. § 83a er først tilføjet til Serviceloven pr. 1. januar 2015, og har derfor ikke hidtil været omfattet af tilsyn.

Ligesom tidligere år har der også i 2016 været systematiske revisiteringer af de borgere, der modtager praktisk hjælp og personlig pleje. Formålet med revisiteringerne er primært at sikre, at borgerne får den hjælp, de har brug for på baggrund af den aktuelle funktionsnedsættelse. Formålet er derudover også at føre tilsyn med overholdelse af kontrakten.

Herudover er der gennemført undersøgelse af døgndækkende telefonnumre i 2016. Dette er en tilbagevendende undersøgelse jf. den kontrakt der er indgået mellem Frederikshavn Kommune og leverandørerne af SEL § 83 ydelser på fritvalgsområdet.

Tilsynets elementer er udvalgt og gennemført på baggrund af løbende indkomne oplysninger om interessante fokusområder eller specifikke leverandører. Oplysningerne kommer fra klager, henvendelser, tidligere tilsynsaktiviteter og lignende. Det anbefales derfor, at tilsynspolitikken videreføres i den nuværende form, således at tilsynets elementer løbende kan tilrettelægges i forhold til de oplysninger og forhold, som Center for Social- og Sundhedsmyndighed bliver opmærksomme på.

Beslutningsoplæg til Tilsynspolitik for 2017 er vedlagt til sagen.

Sagen er sendt til høring i Ældreråd og Handicapråd.

Indstilling

Social- og Sundhedsdirektøren indstiller, at Socialudvalget godkender tilsynspolitikken for 2017.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Ældrerådet **Dato:** 28-11-2016

Ældrerådets høringssvar:

Ældrerådet anbefaler, at tilsynspolitikken videreføres i den nuværende form.

Udvalg: Handicaprådet **Dato:** 28-11-2016

Handicaprådet følger indstillingen.

Fraværende. Inge-Lise Jakobsen og stedfortræder.

Beslutninger:

Tilsynspolitikken for 2017 godkendes.

Fraværende: Irene Hjortshøj.

Bilag

- Tilsynspolitik på fritvalgsområdet 2017 (1707580 - EMN-2016-02838)

8 (Åben) Evaluering af den rehabiliterende indsats

Sags ID: EMN-2016-01407

Sagsbehandler: Kira Rødkær

Ansvarligt center: Social- og Sundhedsmyndighed

Beslutningskompetence

SOU

Sagsfremstilling

Baggrund

Socialudvalget besluttede i 2015, at de private leverandører på fritvalgsområdet i en forsøgsperiode på 2 år skulle deltage i rehabilitering efter Servicelovens § 83a på lige fod med den kommunale leverandør. Udvalget besluttede samtidig, at der efter 1 år skulle laves en evaluering for at undersøge, om der er behov for ændringer eller nye tiltag i den sidste del af forsøgsperioden.

Evalueringen er planlagt af Center for Social- og Sundhedsmyndighed med input fra Center for Sundhed og Pleje. Center for Social- og Sundhedsmyndighed har efterfølgende gennemført evalueringen i august/september 2016. Der er lavet interview med relevante personer fra de private leverandører, den kommunale leverandør, Længst Muligt I Eget Liv og visitationen.

Evalueringen resultater og anbefalinger

Center for Social- og Sundhedsmyndighed har på baggrund af evalueringen fået et overordnet positivt indtryk af den rehabiliterende indsats. Interviewpersonerne har givet udtryk for, at der er tale om en meningsfuld opgave, der giver selvhjulpne og glade borgere.

Evalueringen har samtidig vist, at der er stor forskel på, hvordan rehabiliteringen fungerer i de forskellige områder/grupper. Det vurderes på ingen måde at have betydning for udfordringer og problemstillinger, om der er tale om en privat leverandør eller en kommunal gruppe, men de har alle fokuspunkter, der skal arbejdes med. Social- og Sundhedsmyndighed ser derfor ingen hindringer for, at den 2 årige forsøgsperiode fortsættes. Social- og Sundhedsmyndighed har i evalueringen ikke fundet forhold, der indikerer, at de private leverandører ikke skal være en del af rehabiliteringsforløbene fremover. Dog vil der blive lavet supplerende undersøgelser, inden udvalget skal tage stilling til dette i 2017.

En kort beskrivelse af evalueringens metoder og resultater er vedhæftet i bilaget "Sammendrag af evalueringens resultater". Den samlede evalueringsrapport er ligeledes vedhæftet som bilag.

Nyt tiltag som følge af evalueringens resultater

En del af evalueringens resultater har vist, at der er brug for et øget ledelsesmæssigt fokus på området samt et mere struktureret samarbejde. På den baggrund vil Center for Social- og Sundhedsmyndighed i samarbejde med de private leverandører og Center for Sundhed og Pleje oprette en styregruppe med en tilhørende arbejdsgruppe, der skal sikre ledelsesmæssigt fokus og struktureret samarbejde for den rehabiliterende indsats.

Sagen sendes til orientering i Ældrerådet og Handicaprådet.

Indstilling

Social- og Sundheds- og kulturdirektøren indstiller, at Socialudvalget tager orienteringen til efterretning.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Ældrerådet **Dato:** 28-11-2016

Ældrerådet ser det som et stort problem, at der er personale, der værger sig ved at arbejde rehabiliterende. Der bør stilles større krav hertil, både ved medarbejdere og ledelse. Ældrerådet forventer, at næste evaluering viser en betydelig forbedring.

Ældrerådet undrer sig samtidig over, at der ikke er foretaget interviews med borgere, ved undersøgelse af tilfredsheden med den rehabiliterende indsats.

Udvalg: Handicaprådet **Dato:** 28-11-2016

Taget til efterretning.

Fraværende: Inge-Lise Jakobsen og stedfortræder.

Beslutninger:

Taget til efterretning.

Fraværende: Irene Hjortshøj.

Bilag

- Sammendrag af evalueringens resultater (1717682 - EMN-2016-01407)
- Samlet rapport - Evaluering af rehabiliteringsforløb - rapport (1413194 - EMN-2016-01407)

9 (Åben) Forslag til Handicapplanen 2017 - 18

Sags ID: EMN-2016-01063

Sagsbehandler: Louise Rohde

Ansvarligt center: Handicap og Psykiatri

Beslutningskompetence

SOU

Sagsfremstilling

Handicapafdelingen skal have ny Handicapplan. Handicapplanen beskriver, hvordan vi vil udmønte Handicappolitikken for borgere over 18 år med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne (udviklingshæmmede og personer med erhvervet hjerneskade) i Handicapafdelingen.

Ledelsen i Center for Handicap og Psykiatri har besluttet, at den ny handicapplan kun skal gælde for en 2-årig periode, nemlig 2017 – 2018. Dette skyldes at Handicapplanen og Handicappolitikken på nuværende tidspunkt har et uhensigtsmæssigt overlag, hvor en 4-årig plan ville få baggrund i en politik, som kun gælder til udgangen af 2017.

Handicaprådet er ved høring den 29. august i år blevet informeret om denne beslutning, som også har medført at borgerinddragelsen i processen ha været afgrænset.

10% af borgerne i Handicapafdelingen er blevet spurgt dels om deres oplevelse af målopfyldelsen for gennemførelsen af Handicapplanen 2012 – 16 samt om deres input til indsatserne i Handicapplanen 2017-18.

Handicapplanen 2017-18 beskriver indledningsvis processen bag Handicapplanen samt hvordan overgangen fra tidligere plan til den nye plan tager udgangspunkt i Center for Handicap og Psykiatri's 'Vision-Mission-Værdier' (Se evt.

<https://samarbejdsportal.frederikshavn.dk/cases/EMN172/EMN-2016-00076/Dokumenter/Vision%20mission%20værdier%20for%20CHP.pdf#search=vision%20mission%20v%C3%A6rdier>).

Herefter beskrives organiseringen af handicapområdet i Frederikshavn Kommune, som leder videre til målopfyldelse for Handicapplanen 2012 – 16 - set ud fra et brugerperspektiv.

Herefter beskrives indsatsområderne i Handicapplan 2017-18, som er:

- Habilitering
- Borgeren i centrum/professionalisering af indsatsen
- Velfærdsteknologi
- Sundhed
- Samskabelse

De 5 indsatsområder er en videreførelse af arbejdet med 'Vision-Mission-Værdier', og beskriver den faglige udvikling som allerede pågår i Handicapafdelingen. Der er således ikke nye metoder eller faglige forhold i planen, men en beskrivelse af de 5 indsatsområder, som, med baggrund i centerledelsens ønske om sammenlignelige planer i Center for Handicap og Psykiatri, lægger sig op ad Socialpsykiatriplanen 2015 – 18. Indsatsområderne ligger indenfor rammen af den gældende Handicappolitik.

Sagen sendes til høring i Handicaprådet.

Indstilling

Social- og Sundheds- og kulturdirektøren indstiller, at Socialudvalget godkender Handicapplanen 2017-18.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Handicaprådet **Dato:** 28-11-2016
Handicaprådet følger indstillingen.

Fraværende. Inge-Lise Jakobsen og stedfortræder.

Beslutninger:

Handicapplanen 2017-18 godkendes.

Fraværende: Irene Hjortshøj.

Bilag

- Handicapplan2017-18 (1727613 - EMN-2016-01063)

10 (Åben) Forlængelse af tværsektorielt samarbejdsprojekt

Sags ID: EMN-2015-01443

Sagsbehandler: Nikolaj Kramer Nørregård

Ansvarligt center: Handicap og Psykiatri

Beslutningskompetence

SOU/SUU

Sagsfremstilling

Sagsresume

Siden december 2015 har Frederikshavn Kommune været involveret i et tværsektorielt projekt omkring udarbejdelse af et forløbsprogram for mennesker med psykisk sygdom. Projektet er finansieret af midler fra Socialstyrelsen, og Frederikshavn Kommune deltager sammen med Region Nordjylland og syv andre nordjyske kommuner.

Projektets første periode løb i et år, og udvalget orienteres hermed om, at der er ansøgt om forlængelse for yderligere et år.

Projektet

Socialudvalget godkendte på møde den 4. november 2015, at Frederikshavn Kommune indgik i en tværsektoriel ansøgning om midler fra Socialstyrelsen. Temaet for tildeling af midlerne var etablering af forløbsprogram for mennesker med psykiske lidelser.

Projektet er forankret i Region Nordjylland, og Frederikshavn Kommune deltager sammen med 7 andre nordjyske kommuner. I Nordjylland har deltagerne valgt at beskrive et projekt, som retter sig mod borgere i alderen 18 til 40 år med bipolar affektiv sindslidelse (tidligere kaldet maniodepressiv psykose).

Projektet er fra start tiltænkt som toårigt, men midlerne fra Socialstyrelsen skal søges for et år ad gangen.

I første projektperiode er der udarbejdet et regionalt forløbsprogram for borgere i målgruppen. Forløbsprogrammet beskriver retningslinjer for, hvordan region, kommuner og almen praksis samarbejder. Ligeledes beskrives de indsatser, som de forskellige sektorer tilbyder borgerne i målgruppen.

I anden projektperiode vil der være fokus på implementering, opfølgning og justering af det regionale forløbsprogram. Implementeringsfasen indeholder blandt andet aktiviteter i forhold til følgende:

- Implementering af forløbsprogrammet lokalt
- Markedsføring og generel udbredelse af kendskab til programmet
- Vidensdeling og kompetenceudvikling på tværs af sektorer
- Effektmåling, brugerevaluering og justering af forløbsprogrammet

Projektet er finansieret af satspuljemidler. Den kommunale medfinansiering består primært af tid til ledere og medarbejderes deltagelse i kompetenceudvikling, vidensdeling og lignende.

Sendes til orientering i Handicaprådet.

Indstilling

Social- og sundheds- og kulturdirektøren indstiller, at Udvalget tager orienteringen til efterretning.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Handicaprådet **Dato:** 28-11-2016

Taget til efterretning.

Fraværende: Inge-Lise Jakobsen og stedfortræder.

Beslutninger:

Taget til efterretning.

Fraværende: Irene Hjortshøj.

Bilag

11 (Åben) Orientering om overtagelse af specialundervisning - voksenområdet

Sags ID: EMN-2016-03180

Sagsbehandler: Karen Henning Lind Christoffersen

Ansvarligt center: Kontrakt og Tilsynsenheden

Beslutningskompetence

SOU

Sagsfremstilling

Center for Social- og Sundhedsmyndighed har pr. 31.7.2016 overtaget budgetrammen og myndighed for specialundervisning på voksenområdet. Området hørte tidligere til Center for Unge.

Formålet med undervisningen er, at afhjælpe eller begrænse en funktionsnedsættelse og forbedre borgerens mulighed for at benytte kompenserende strategier, således at borgeren får mulighed for et mere aktivt samfundsliv.

Det overførte budget for 2016 udgør 3.694.172 kr.

I 2017 er der et budget på 5.760.980 kr.

Budgetrammen dækker undervisning i forhold til følgende området:

Specialskolen for Voksne:

Målgruppen: voksne med erhvervet hjerneskade, fortrinsvis borgere i den erhvervsdygtige alder.

Ydelser:

- Afasi
- Kognitiv rehabilitering for hjerneskadede
- Pårørendeundervisning

Taleinstituttet:

Målgruppen: Borgere med erhvervet kompleks hjerneskade og borgere med funktionsnedsættelse i forhold til stemmen.

Ydelser:

- Dysartri
- Stemmetræning
- Neuropsykologisk undersøgelse og samtaleforløb i rehabiliterende sammenhæng.
- Tværfaglig Rehabiliteringsindsats til borgere med kompleks hjerneskade.

Lilleskolen:

- Specialundervisning til sindslidende.

Institut for syn og hørelse:

Ingen fast ramme. Der bevilges ud fra en konkret individuel vurdering.

Målgruppen: Borgere med funktionsnedsættelse indenfor syn og høreområdet, der har behov for undervisning. Undervisningen er ofte i sammenhæng med brug af et hjælpemiddel. Eks. undervisning til hørehæmmede som har fået cochlear implant (Implantatet kompenserer for nedsat hørefunktion) og undervisning i brug af hjælpemidler som ligger ud over det antal timer der er med i hjælpemiddelaftalens aftale ved lån af hjælpemidler.

Specialskole/tilbud for borgere med synshandicap:

Dette er eks. oplæring i brug af førerhund og blindskrift.

I budgetrammen indgår også kørsel til de forskellige institutter og undervisningssteder.

Sagsfremstillingen er sendt til orientering ved Handicaprådet og Ældrerådet

Indstilling

Social-, sundheds- og kulturdirektøren indstiller at Socialudvalget tager ovenstående til efterretning

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Ældrerådet **Dato:** 28-11-2016

Ældrerådet tager sagen til efterretning.

Udvalg: Handicaprådet **Dato:** 28-11-2016

Taget til efterretning.

Fraværende: Inge-Lise Jakobsen og stedfortræder.

Beslutninger:

Taget til efterretning.

Fraværende: Irene Hjortshøj.

Bilag

12 (Åben) Folkeoplysningspolitik i høring

Sags ID: EMN-2016-03094

Sagsbehandler: Linda Hanghøj Haunstrup-Skov

Ansvarligt center: Fritidstilbud/Kultur og Fritid

Beslutningskompetence

DU//ÆR/HR/TU/SOU/IR/DU/SUU/PMU/BUU

Sagsfremstilling

Kultur- og Fritidsudvalget besluttede den 2. november 2016 at sende fornyelse af folkeoplysningspolitikken i høring.

En ny politik vil være gældende fra 2017-2020.

Opbygningen i den nuværende politik fastholdes, så politikken stadig har en vision, målsætninger og prioriterede spor. Derudover er der lagt mere vægt på samskabelse og civilsamfundets inddragelse, og elementer fra Kultur- og Fritidsudvalgets strategi 'fra mursten til mennesker' er også tilføjet.

Politikkens handlingsspor er udvidet med et ekstra, så der er fire handlingsspor.

Udvalget bedes drøfte forslaget til ny politik med henblik på at sende et høringssvar.

Indstilling

Social-, sundheds- og kulturdirektøren indstiller, at udvalget drøfter forslag til ny folkeoplysningspolitik med henblik på at sende et høringssvar.

Tidligere beslutninger:

Udvalg: Ældrerådet **Dato:** 28-11-2016

Ældrerådets høringssvar:

Ældrerådet har ingen bemærkninger til politikken, men har dog en bemærkning til bagsidebilledet. Ældrerådet opfordrer til at man viser personer der "kommer" – altså personer set forfra, frem for folk der er gået.

Udvalg: Handicaprådet **Dato:** 28-11-2016

Drøftet.

Handicaprådet har ikke yderligere bemærkninger til politikken.

Fraværende: Inge-Lise Jakobsen og stedfortræder.

Udvalg: Teknisk Udvalg **Dato:** 05-12-2016

Indstillingen tiltrædes.

Beslutninger:

Drøftet.

Udvalget opfordrer til, at der er en opmærksomhed på de ressourcer ældre borgere kan bidrage med i det frivillige foreningsliv.

Fraværende: Irene Hjortshøj.

Bilag

- Folkeoplysningspolitik - pdf til høring (1723953 - EMN-2016-03094)

13 (Åben) Leasing - Genbrugshjælpemidler 2017

Sags ID: EMN-2016-02898

Sagsbehandler: Susanne Tannert

Ansvarligt center: Social- og Sundhedsmyndighed

Beslutningskompetence

SOU/ ØU

Sagsfremstilling

Sagsfremstilling

Ved byrådets vedtagelse af budget 2009 blev det besluttet, at indkøb af genbrugshjælpemidler fortrinsvis finansieres ved en leasingaftale.

Leasingaftalen indgås årligt og skal godkendes i Økonomiudvalget efter indstilling fra Socialudvalget.

Frederikshavn Kommune har indhentet tilbud fra KommuneLeasing, og Økonomiudvalget skal efter indstilling fra Socialudvalget vælge en af de 2 rentemodeller i tilbuddet.

KommuneLeasing har over en årrække konsekvent vist sig at være markant billigere end de øvrige indhentede tilbud, og derfor er der ikke indhentet tilbud fra andre.

Det er fuldt ud i overensstemmelse med Frederikshavn Kommunens finansielle strategi (punkt 5.6), hvor det fremgår, at der af og til skal indhentes kontroltilbud.

KommuneLeasings tilbud

Tilbuddet er en leasingaftale, der etableres som en oparbejdningsaftale. Dette betyder, at Frederikshavn Kommune får en ramme på 12 mio. kr., som bruges til indkøb af genbrugshjælpemidler for hos forskellige leverandører. Det samlede beløb for indkøbet tilbagebetales med renter over en periode på 4 år. Leasingydelsen betales årligt over en fireårig periode uanset valg af rentemodel. Det femte år køber Frederikshavn Kommune hjælpemidlerne af KommuneLeasing for et beløb, der svarer til den årlige leasingydelse.

	Model 1	Model 2
Rentetype	Variabel rente	Fast rente
Rentemodel	Reguleres efter KommuneLeasings 12 måneders funding (dvs. ud fra den rente, KommuneLeasing kan opnå over en 12 måneders periode)	Renten låses på datoen for indkøbsperiodens afslutning

Renteniveau pr. 17. oktober 2016	0,40%	0,51%
--	-------	-------

Valgmulighederne

Fordelen ved valg af fast rente med model 2 er, at renteniveauet ligger fast for hele betalingsperioden. Dog fastlægges renten først ved indkøbsperiodens afslutning, hvilket bibringer en større usikkerhed. Den variable rente i model 1 giver en lavere renteudgift med den nuværende rente, men der er usikkerhed om rentens udvikling.

Begge modeller kan afholdes indenfor hjælpemiddelområdets budget. Det forventes, at tilbuddets ramme på 12 mio. til indkøb af genbrugshjælpemidler udnyttes fuldt ud.

Indstilling

Social-, sundheds- og kulturdirektøren indstiller, at Socialudvalget anbefaler Økonomiudvalget at indgå leasingaftale med KommuneLeasing med rentemodell 1.

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Indstillingen anbefales.

Fraværende: Irene Hjortshøj.

Bilag

14 (Åben) Sygefraværstatistik oktober 2016 (SOU)

Sags ID: EMN-2016-01155

Sagsbehandler: Pernille Kongsbak Dreier

Ansvarligt center: Center for Økonomi og Personale

Beslutningskompetence

SOU

Sagsfremstilling

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

Sygefraværprocenten inkluderer de sygdomsrelaterede fraværårsager: 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 statistikken tages til efterretning.

Tidligere beslutninger:

.

Beslutninger:

Taget til efterretning.

Fraværende: Irene Hjortshøj.

Bilag

- Sygefraværstatistik Oktober 2016 (1726737 - EMN-2016-01155)

15 (Lukket) Udvidet helbredstillæg - indgåelse af prisaftale

Beslutninger:

De foreslåede prisaftaler indgås.

Fraværende: Irene Hjortshøj.

16 (Lukket) Offentligt EU-udbud af køb og service af hjemmeplejebiler til Frederikshavn Kommune

Beslutninger:

Udbudsmaterialet godkendt.

Fraværende: Irene Hjortshøj.

17 (Lukket) Formanden orienterer

Beslutninger:

Orienteringen taget til efterretning.

Fraværende: Irene Hjortshøj

Bilagsforside

Dokument Navn:	SOU budgetansvarlige 2017.pdf
Dokument Titel:	SOU budgetansvarlige 2017
Dokument ID:	1732508
Placering:	Emnesager/SOU uddelegering af budgettramme 2017/Dokumenter
Dagsordens titel	SOU - Orientering om uddelegering af budgettramme 2017 til laveste identificerbare omkostningssted
Dagsordenspunkt nr	2
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1

Budgetansvarlige Social/Sundhedsudvalget

Sundhed og Pleje

	Centerchef
Jytte Thøgersen	
Funktionsområde	
Hjemmeplejen/Hjemmesygeplejen	Enheder
Trine Olesen	Strandby Sygepleje, Team Demens
Jane Christensen	Strandby -/Ravnshøj (dag), Ravnshøj/Strandby (aften), Specialteam Fladstrand
Hanne Sonnesen	Skagen (dag) og Springerteam Skagen
Tanja Nørgaard	Skagen (aften) , Skagen (SSA) , Skagen Sygepleje
Anne Mette Østergaard Larsen	Skagen Tværteam
Betina Andersen Markfoged	Frederikshavn Midt By (SSA), Frederikshavn Midtby Sygepleje
Kirsten Jensen	Sæbygruppen (dag), Sæby Tværteam
Kirsten Wellejus	Fladstrand (dag), Fladstrand (aften), Fladstrand Tværteam
Lis Bach	Bangsbo (dag), Bangsbogaden Aften, Specialteam Midt, Specialteam Respirator
Hanne Hilfing Nielsen	Frederikshavn Midt by (dag), Frederikshavn Midt by (aften)
Anette K. Spolum	Dybvadgruppen (dag), Dybvad/Østervrå Sygepleje
Helle Christensen	Østervrågruppen (dag)
Gitte V. Olesen	Fladstrand Sygepleje, Tværteam Sygepleje
Dorte Frimer Munk	Sæby (SSA), Sæby Sygepleje
Charlotte Lyng	Bangsbo (dag), Bangsbo (aften), Møllegruppen (dag), Bangsbogruppen (aften), Bangsbo Tværteam, Bangsbo Sygepleje
Jytte Thøgersen	STAB Hjemmeplejen
Funktionsområde Plejeboliger	
Gitte Olesen	Kastaniegården (afkastning), Kastaniegården drift
Dorthe Houmann	Drachmannsvænget
Ole Hartmann Pedersen	Strandgården
Anne Mette Larsen	Ankermedet, Madservice
Winnie Østergaard	Lindevej, Ålbæk
Lis Thomsen	Søparken
Ulla Birkelyng	Abildparken
Lis Bach	Levebo Bangsbo
Birgitte Lundberg Pedersen	Rosengården
Birte Ploug	Sæby Ældrecenter
Anette K. Spolum	Dybvad Ældrecenter
Helle Christensen	Østervrå Ældrecenter
Jytte Thøgersen	STAB plejecentre

Budgetansvarlige Social/Sundhedsudvalget

Susanne Thaarup	Sundhed, Træning og Aktivitet Caspershus, Aktivitet og træning (ledelse)
Lisbeth Jessen	Aktivitet Nord Skagen Aktivitetscenter, Strandgården Aktivitetscenter + daghjem
Merethe Olesen	Aktivitet Øst Rådhuscentret + Sæby Aktivitetscenter
Annette Weesgaard	Aktivitet Vest Dybvad Aktivitetscenter, Østervrå Aktivitetscenter, Bangsbo Aktivitetscenter + Dagcenter Ingeborghus + Daghjemmet Rosengården
Helle Yding Kooij	Sundhedscentre, Forebyggende Hjemmebesøg og Træningsområdet
Britt Bengtsen	Længst Muligt I Eget Liv, Træning
Jytte Thøgersen	Stabe, Sundhedsfremme og Frivilligt Socialt arbejde (områderne placeret under centerchefens område)
Maiika Nikolajsen	Administrationen (PSP-elementer skal fragår profitcenter 3200000002 under Jytte Thøgersen)

Budgetansvarlige Social- og Sundhedsteamet

Social- og Sundhedsmyndighed

Hans Ole Steffensen

Lilli Skoven Nielsen

Suzanne Kogsbøl

Mette Brandt Pedersen

Zinita Andersen

Centerchef

Afdelingsleder - Visitationsenheden

Afdelingsleder - Kontrakt- og Tilsynsenheden

Afdelingsleder - Socialenheden

Afdelingsleder - Hjælpemiddelenheden

Budgetansvarlige Social- og Sundhedsteamet

Handicap og Psykiatri

Ulla Verner

Centerchef

Nikolaj Kramer Nørregård

Administrativt team

Dorte Svendsen

Leder af Handicapafdelingen

Anne Mette Mortensen

Bofællesskaberne

Gitte Schimmel

SenhjernesgadeCenter Nord

Gitte Hviid Christiansen

Specialtilbud

Helle Skovgaard Mortensen

Hjemmevejledning og Dagtilbud

Stop 1/12-16

Stop 31/12-16

Karsten Kamstrup

Leder af Socialpsykiatrien

Karsten Kamstrup

Misbrug

Lotte Hald

Psyk. støttecenter Skagen

Benny Jensen

Psyk. støttecenter Frederikshavn

Alice Reimann

Psykiatriske støttecenter Sæby

Charlotte Abildgaard Jensen

Mariested

Bilagsforside

Dokument Navn:	Tilsynspolitik på fritvalgsområdet 2017.docx
Dokument Titel:	Tilsynspolitik på fritvalgsområdet 2017
Dokument ID:	1707580
Placering:	Emnesager/Tilsynspolitik 2017 (Serviceloven § 151c)/Dokumenter
Dagsordens titel	Tilsynspolitik på fritvalgsområdet for 2017
Dagsordenspunkt nr	7
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1

Tilsynspolitik for 2017

Dato: 25. oktober 2016

Gældende for Frederikshavn Kommune 2017

Sagsnummer: EMN-2016-02838

DokId: 1707580

Forfatter:

Kira Rødkær

Lovgrundlag

Af Retssikkerhedslovens § 16 fremgår det, at kommunalbestyrelsen har pligt til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses. Det omfatter både indhold af tilbud og den måde, som opgaverne udføres på. Tilsynspolitikken skal beskrive, hvordan kommunalbestyrelsen vil varetage denne tilsynspligt.

Af vejledningen til Retssikkerhedsloven fremgår det, at tilsynet skal være aktivt og kontrollere, at borgerne får den hjælp, de har ret til i henhold til loven og kommunalbestyrelsens beslutninger. Tilsynet skal desuden kontrollere, at hjælpen har den rette kvalitet.

Jævnfør Servicelovens § 151c skal kommunalbestyrelsen årligt vedtage og offentliggøre en politik for, hvordan tilsynet varetages på fritvalgsområdet (Servicelovens § 83).

Tilsynets indhold

Tilsyn på baggrund af indkomne klager:

Indkomne klager over levering af hjælp efter Servicelovens § 83 anvendes både reaktivt i forhold til den specifikke klage, og i forhold til at tilrettelægge det aktive tilsyn med leverandørerne. Klagerne giver overblik over generelle problematikker samt problematikker, der knytter sig til bestemte leverandører. Overblikket anvendes i tilrettelæggelsen af det aktive tilsyn.

Klager over levering

Der følges løbende op på de henvendelser og klager over levering af ydelser, som Center for Social- og Sundhedsmyndighed modtager.

Hvis en borger ønsker at klage over levering af ydelser, skal der i første omgang rettes henvendelse til leverandøren. Hvis borgeren og leverandøren ikke opnår enighed, skal Center for Social- og Sundhedsmyndighed inddrages og de behandler efterfølgende klagen. Hvis borgeren får medhold i klagen, pålægges leverandøren at ændre praksis. Der kan desuden forekomme sanktioner, som forelægges Socialudvalget.

Klager kan desuden bruges som udgangspunkt for aktivt tilsyn, hvilket er beskrevet nedenfor.

Aktivt tilsyn

Årligt dialogmøde

Leverandørerne er kontraktmæssigt forpligtet til at deltage i et årligt dialogmøde. Myndighed og de aktuelle leverandører har mulighed for at sætte punkter på

dagsorden. På mødet diskuteres de dagsordenssatte problemstillinger i samarbejdet mellem myndighed og leverandører med henblik på at sikre samarbejde, forventningsafstemning og kvalitet i forhold til levering af ydelserne. Derudover indeholder dialogmødet orientering om aktuelle emner.

Side2/3

Tilgængelighed ved døgndækkende telefon

Én gang årligt gennemføres stikprøvekontrol af leverandørers tilgængelighed af døgndækkende telefon.

Årlig kvalitetsundersøgelse

Formål: Der vil blive gennemført en årlig undersøgelse af kommunens leverandører.

Undersøgelsen har det grundlæggende formål at undersøge om:

- leverandørerne leverer de ydelser, som myndigheden har truffet afgørelse om
- ændringer i modtagernes funktionsniveau meldes tilbage til myndigheden i overensstemmelse med kontraktmæssige forpligtelser
- kvaliteten i de leverede ydelser er i overensstemmelse med den vedtagne kvalitetsstandard samt kommunens værdigrundlag

Fokusområder: Undersøgelsens fokus varierer fra år til år. Fokusområder kan

eksempelvis være følgende:

- sammenhæng mellem visiterede og leverede ydelser
- tilbagemelding ved ændrede behov for ydelser
- brugertilfredshed
- personalets kompetencer

Metode: Metoderne varierer afhængigt af fokusområde og problemstillinger og kan blandt andet omfatte

- revisiteringer
- dokumentation af faktisk leveret tid
- interview af borgere
- interview af leverandørers personale/ledelse
- gennemgang/statistik fra journaler
- spørgeskemaundersøgelse

Undersøgelsens fokus og metode bestemmes fra år til år af Center for Social- og Sundhedsmyndighed. Tidspunkter, fokusområder og metoder vil ikke nødvendigvis blive meldt ud på forhånd. Undersøgelsen kan bestå af et enkelt/få fokusområder for alle leverandører eller af en række fokusområder for én eller flere udvalgte leverandører. Valg af emner til undersøgelse kan have udgangspunkt i indkomne klager, tidligere tilsyn eller andre forhold.

Tilsynets aktører

Tilsyn og opfølgning udføres på foranledning af Kontrakt- og Tilsynsenheden i Center for Social- og Sundhedsmyndighed. Tilsyns- og opfølgningsopgaver kan udføres af medarbejdere fra Kontrakt- og Tilsynsenheden, øvrige medarbejdere fra Center for Social- og Sundhedsmyndighed, interne konsulenter eller private konsulentfirmaer.

Opgaverne kan ikke udføres af medarbejdere, der har tilknytning til den kommunale eller de private leverandører. Ved tilsyns- og opfølgningsopgaverne betragtes og behandles den kommunale leverandør på lige fod med private leverandører.

Opfølgning på tilsynet

Tilsynsopgavernes resultater og problemstillinger sendes til kommentering hos leverandørerne. Herefter følger en høringsfase, hvor Ældre- og/eller Handicaprådet høres. Tilsynets resultater, leverandørers kommentarer samt hørings svar sendes til politisk behandling, hvorefter Kontrakt- og Tilsynsenheden følger op på de politisk truffe beslutninger.

Revidering af tilsynspolitikken

Ultimo 2017 revideres tilsynspolitikken på baggrund af erfaringer og resultater af tilsynspolitikken i 2017 samt beslutninger om serviceniveau og kvalitetsstandard for 2017. Den potentielt ændrede tilsynspolitik forelægges Socialudvalget til godkendelse og offentliggøres primo 2018.

Bilagsforside

Dokument Navn:	Sammendrag af evalueringens resultater.docx
Dokument Titel:	Sammendrag af evalueringens resultater
Dokument ID:	1717682
Placering:	Emnesager/Evaluering af rehabilitering efter serviceloven § 83a/Dokumenter
Dagsordens titel	Evaluering af den rehabiliterende indsats
Dagsordenspunkt nr	8
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	2

Sammendrag: Evaluering af den rehabiliterende indsats efter Servicelovens § 83a

Center for Social- og Sundhedsmyndighed
August/september 2016

Indholdsfortegnelse

1. Evaluering af rehabiliteringsforløb.....	3
2. Metode	3
3. Rehabiliteringsforløb i Frederikshavn Kommune	3
4. Evalueringens konklusioner.....	4

1. Evaluering af rehabiliteringsforløb

Socialudvalget besluttede i 2015, at de private leverandører på Frit Valgs-området i en 2 årig periode skulle deltage i rehabiliteringsforløb efter Servicelovens § 83a på lige fod med Den Kommunale Hjemmepleje. Samtidig besluttede udvalget, at der efter et år skulle laves en evaluering med henblik på at identificere områder indenfor rehabilitering, hvor der er brug for ændringer og nye tiltag.

Denne rapport er et sammendrag af evalueringens resultater. For uddybning og nærmere analyse henvises til "Rapport: Evaluering af den rehabiliterende indsats efter Servicelovens § 83a"

Evalueringen har taget udgangspunkt i hele området for rehabilitering, og der er derfor blevet set på både den kommunale og de private leverandører. Overordnet set handler rehabilitering om med målrettet træning at øge borgernes selvhjulpethed.

2. Metode

Evalueringen er lavet af Kontrakt- og Tilsynsenheden i Center for Social- og Sundhedsmyndighed og er gennemført i august/september 2016.

Der er gennemført i alt 8 interviews med hjemmetrænere og gruppeledere/planlægger fra leverandørerne, terapeuter og gruppeleder fra Længst Muligt I Eget Liv samt visitatorer og faglig koordinatore fra myndighed.

Udover interviewene er der til evalueringen også indhentet informationer fra den håndbog, der er lavet til rehabiliteringsforløbene i Frederikshavn Kommune. Håndbogen er lavet af gruppeleder for Længst Muligt I Eget Liv, Britt Bengtsen, og godkendt af centerchefen i Center for Sundhed og Pleje.

Der har ikke været lavet interview med borgere. Borgerens oplevelse af rehabilitering er derfor udelukkende beskrevet på baggrund af de tilbagemeldinger, som især leverandørerne har fået fra borgerne.

3. Rehabiliteringsforløb i Frederikshavn Kommune

Jævnfør Servicelovens § 83a skal kommunen tilbyde rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis det vurderes, at forløbet kan forbedre personens funktionsniveau og dermed nedsætte behovet for hjælp efter Servicelovens § 83.

Serviceoven § 83a

Stk. 1 Kommunalbestyrelsen skal tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83, stk. 1. Vurderingen skal være individuel og konkret og tage udgangspunkt i modtagerens ressourcer og behov.

Stk. 2 Rehabiliteringsforløbet, jf. stk. 1, skal tilrettelægges og udføres helhedsorienteret og tværfagligt. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte individuelle mål for rehabiliteringsforløbet i samarbejde med den enkelte modtager af forløbet.

Stk. 3 De fastsatte mål og tidsrammen for rehabiliteringsforløbet skal indgå i en samlet beskrivelse af forløbet. Er der under rehabiliteringsforløbet behov for at ændre i målene, skal dette ske i samarbejde med modtageren.

Stk. 4 Kommunalbestyrelsen skal tilbyde modtageren af et rehabiliteringsforløb den nødvendige hjælp og støtte under forløbet med henblik på at nå de fastsatte mål, jf. stk. 2. Hjælpen og støtten skal løbende tilpasses udviklingen i modtagerens funktionsevne. Hvis modtageren ikke gennemfører et rehabiliteringsforløb, skal kommunalbestyrelsen vurdere modtagerens behov for hjælp efter § 83, jf. § 83, stk. 6."

Der har siden 2011 været arbejdet med rehabilitering i Den Kommunale Hjemmepleje i form af projektet "Længst Muligt I Eget Liv". I udgangspunktet varetog kun én projektgruppe rehabiliteringen, men i 2013/2014 blev rehabilitering udbredt til hele den kommunale hjemmepleje. De private leverandører har deltaget i rehabiliteringsforløbene siden 1. oktober 2015. Siden oktober 2015 og frem til primo oktober 2016 har i alt 1283 borgere været visiteret til et rehabiliteringsforløb.

Jævnfør håndbogen sætter visitationen det overordnede mål for, hvad borgeren skal opnå med et rehabiliteringsforløb. Terapeuterne fra gruppen Længst Muligt i Eget Liv har herefter ansvaret for at opstille de konkrete mål og delmål, der skal opnås gennem forløbet, sammen med borgeren. Medarbejderne hos de private og den kommunale leverandør, der er uddannet i rehabilitering kaldes for hjemmetrænere. Hjemmetrænerne er også med til at opstille borgernes mål og varetager herefter den daglige træning med borgeren.

Det er ifølge håndbogen terapeuterne og hjemmetrænerne, der løbende skal følge op på borgerens træning for at sikre fremgang i borgerens funktionsniveau. Visitationen modtager løbende tilbagemeldinger fra terapeuterne, hvis der er brug for ændringer i de visiterede ydelser, ligesom visitationen også selv løbende følger op.

Jævnfør håndbogen har hjemmetrænerne udover at udføre den daglige træning med borgerne i rehabiliteringsforløb også et ansvar for at overføre den rehabiliterende tilgang til de borgere, der modtager almindelig personlig pleje og praktisk hjælp efter Servicelovens § 83.

I det følgende afsnit vil evalueringens konklusioner blive præsenteret. De er markeret med rød, gul og grøn alt efter, hvor kritiske de er.

4. Evalueringens konklusioner

Ud fra de områder vi har undersøgt gennem evaluering, må det konstateres, at der overordnet set er tilfredshed med rehabiliteringen i Frederikshavn Kommune. Alle parter vurderer, at rehabiliteringen har effekt og ikke blot giver selvhjulpne borgere, men også tilfredse borgere.

Det vurderes på baggrund af evalueringen, at der ikke er forskel på, hvor godt rehabiliteringsforløbene fungerer hos henholdsvis den kommunale og den private leverandør. Men der er til gengæld stor forskel på, hvordan det fungerer i de enkelte grupper hos både de private og den kommunale leverandør.

Der er dog også en række områder, hvor der med stor fordel kan arbejdes på forbedringer og nogle områder, hvor det er nødvendigt, at der i nærmeste fremtid bliver lavet nye tiltag. Med mindre andet er nævnt gælder konklusionerne for både de private leverandører og den kommunale. Farverne rød, gul og grøn i nedenstående markerer, hvor kritiske konklusionerne er. Rød markerer de mest kritiske og grøn de mindst kritiske.

- Det er nødvendigt, at der bliver handlet med det samme i forhold til diskussionen mellem især nogle af de kommunale gruppeledere og terapeuterne om, hvorvidt hjemmetrænerne skal bestå af en fast kerne eller, at alle medarbejdere i videre udstrækning skal være hjemmetrænere. Det er nødvendigt, at den øverste ledelse har fokus på dette for blandt andet at skabe ro til arbejdet med rehabilitering. I sammenhæng hermed er det også vigtigt, at der kommer fokus på

hurtigst muligt at få udpeget nogle hjemmetrænere i de områder, hvor det endnu ikke har været muligt.

- Samarbejdet er vigtigt for velfungerende rehabiliteringsforløb, og det er derfor nødvendigt at have opmærksomhed på, at der er i nogle grupper ikke er optimalt samarbejde mellem hjemmetrænere og terapeut.
 - Derudover er det meget vigtigt hurtigst muligt at få afklaret de samarbejdsproblemer, som nogle private grupper oplever med den kommunale sygepleje.
 - Det er nødvendigt, at Barthel 100 hurtigst muligt bliver taget i brug i forhold til alle borgere, da det er et nødvendigt redskab til blandt andet at sikre kvaliteten i og måle effekten af rehabiliteringsforløbene.
-
- Dokumentation er vigtig for at sikre fremdrift i rehabiliteringsforløbene og også et vigtigt redskab i samarbejdet mellem hjemmetrænere, terapeuter og visitationen. Det er derfor vigtigt, at der bliver taget hånd om problemerne med dokumentation. Først og fremmest må det sikres, at hjemmetrænerne i alle grupper har den nødvendige tid til rådighed, så de har mulighed for at dokumentere. Dernæst er det også vigtigt, at terapeuter og hjemmetrænere får afstemt forventningerne til dokumentationen, så udgangspunktet for en god dokumentation er på plads.
-
- Evalueringen har vist, at der er uenighed om, hvem der har ansvaret for at informere borgerne om, hvad rehabiliteringen indeholder. Det er derfor nødvendigt med en drøftelse af dette for at skabe det bedste udgangspunkt for rehabiliteringsforløbene. I sammenhæng hermed kan det være en god idé at arbejde med skriftlig information til borgerne og arbejde med muligheden for at sprede budskabet om rehabilitering via "den gode historie" i medierne.
 - Det skal prioriteres, at alle parter omkring rehabiliteringen er klar over, at det ikke er muligt at tvinge borgerne til at deltage i rehabilitering. På den måde sikres det, at de forskellige holdninger ikke kommer til at ligge som en underliggende og forstyrrende diskussion. Samtidig kan det være fordelagtigt at lade de forskellige aktører drøfte, hvorfor de ser forskelligt på borgernes ressourcer og dermed på muligheden for at blive rehabiliteret.
 - I nogle grupper er alle medarbejdere rigtig gode til at have blik for rehabilitering. Det kan dog i andre grupper være fordelagtigt fremover at arbejde med, at den rehabiliterende tankegang i endnu højere grad spreder sig til alle medarbejdere.
 - Det er løbende nødvendigt at uddanne medarbejdere til at være hjemmetrænere. Der er ikke enighed om, hvordan dette foregår mest optimalt, og det er derfor et område, der med fordel kan diskuteres fremover for at sikre en fælles forståelse. Samtidig kan der med fordel i nogle grupper være fokus på, hvordan det i højere grad sikres, at medarbejderne har mulighed for intern faglig sparring.

Samlet set er konklusionen på evalueringen, at der er brug for, at ledelsen hos især Længst Muligt I Eget Liv-terapeuterne og leverandørerne har større overordnet fokus på rehabilitering. Men der er også brug for, at ledelsen har større fokus på, hvilke konkrete problemområder, der er inden for rehabilitering, og dermed i et vist omfang har fingeren på pulsen. Evalueringen har vist, at i de grupper, hvor ledelsen har

fokus på rehabilitering og bakker op om tanken, fungerer forløbene, mens det modsatte er tilfældet i de grupper, hvor der mangler ledelsesmæssig opbakning. Øget ledelsesmæssigt fokus oplevedes derfor som løsningen på mange af de problemfyldte områder.

På mange af de områder, hvor der opleves problemer, er indtrykket, at løsningen på problemerne fremfor alt er et øget ledelsesmæssigt fokus.

Det vurderes at være nødvendigt at skabe et fælles forum, hvor ledelsen fra både leverandørerne, Længst Muligt I Eget Liv-terapeuter og myndighed har mulighed for at følge rehabiliteringen tæt. Det fælles forum skal medvirke til at skærpe det ledelsesmæssige fokus på rehabilitering og skabe plads til, at der løbende kan drøftes problemstillinger og udviklingsmuligheder. Samtidig kan det fælles forum også bidrage til, at de forskellige parter opnår bedre forståelse for hinandens arbejde. Dette er oplevet som et problem med terapeuterne og de nogle kommunale gruppeledere.

Relateret document 2/2

Dokument Navn: Samlet rapport - Evaluering af rehabiliteringsforløb - rapport.docx

Dokument Titel: Samlet rapport - Evaluering af rehabiliteringsforløb - rapport

Dokument ID: 1413194

Rapport:
Evaluering af den
rehabiliterende indsats efter
Servicelovens § 83a

Center for Social- og Sundhedsmyndighed
August/september 2016

Indholdsfortegnelse

1. Evaluering af rehabiliteringsforløb.....	4
2. Metode	4
3. Rehabiliteringsforløb i Frederikshavn Kommune	4
4. Evalueringens konklusioner.....	6
5. Det overordnede indtryk.....	8
6. Oplevelsen af rehabilitering hos borgerne	8
6.1 Resultaterne af rehabilitering.....	8
6.2 Borgernes holdning til rehabilitering.....	9
6.3 Borgernes oplevelse af den private leverandør.....	9
6.4 Det første besøg hos borgeren	10
6.5 Delkonklusion: Oplevelsen af rehabilitering hos borgeren.....	10
7. Medarbejderne – organisering og holdninger	11
7.1 Organiseringen af hjemmetrænerne.....	11
7.2 Medarbejdernes holdning til rehabilitering.....	13
7.3 Uddannelse af nye hjemmetrænere	14
7.4 Mulighed for faglig sparring.....	15
7.5 Delkonklusion: Medarbejderne – organisering og holdninger	15
8. Tværfagligt samarbejde.....	16
8.1 Samarbejde mellem visitation og terapeuter	16
8.2 Samarbejde mellem terapeuter og hjemmetrænere.....	17
8.3 Hjemmetrænermøder	19
8.4 Samarbejde med sygeplejen.....	20
8.5 Samarbejde mellem gruppelederne og visitationen.....	21
8.6 Samarbejde mellem gruppelederne og terapeuterne.....	22
8.7 Delkonklusion: Tværfagligt samarbejde	22
9. Dokumentation.....	23
9.1 Barthel 100.....	25
9.2 Delkonklusion: Dokumentation.....	26
10. Ledelsens betydning.....	26
10.1 Det ledelsesmæssige fokus hos den kommunale leverandør.....	26
10.2 Det ledelsesmæssige fokus hos de private leverandører.....	27

10.3 Rehabiliteringsforløbenes struktur.....	28
10.4 Delkonklusion: Ledelsens betydning.....	28

1. Evaluering af Rehabiliteringsforløb

Socialudvalget besluttede i 2015, at de private leverandører på Frit Valgs-området i en 2 årig periode skulle deltage i rehabiliteringsforløb efter Servicelovens § 83a på lige fod med Den Kommunale Hjemmepleje. Samtidig besluttede udvalget, at der efter et år skulle laves en evaluering med henblik på at identificere områder indenfor rehabilitering, hvor der er brug for ændringer og nye tiltag.

Denne rapport præsenterer resultaterne af evalueringen. Evalueringen har taget udgangspunkt i hele området for rehabilitering, og der er derfor blevet set på både den kommunale og de private leverandører. Overordnet set handler rehabilitering om med målrettet træning at øge borgernes selvhjulpethed.

2. Metode

Evalueringen er lavet af Kontrakt- og Tilsynsenheden i Center for Social- og Sundhedsmyndighed og er gennemført i august/september 2016.

Der er gennemført i alt 8 interviews med hjemmetrænere og gruppeledere/planlægger fra leverandørerne, terapeuter og gruppeleder fra Længst Muligt I Eget Liv samt visitatorer og faglig koordinatore fra myndighed.

Udover interviewene er der til evalueringen også indhentet informationer fra den håndbog, der er lavet til rehabiliteringsforløbene i Frederikshavn Kommune. Håndbogen er lavet af gruppeleder for Længst Muligt i Eget Liv, Britt Bengtsen, og godkendt af centerchefen i Center for Sundhed og Pleje.

Der har ikke været lavet interview med borgere. Borgerens oplevelse af rehabilitering er derfor udelukkende beskrevet på baggrund af de tilbagemeldinger, som især leverandørerne har fået fra borgerne.

3. Rehabiliteringsforløb i Frederikshavn Kommune

Jævnfør Servicelovens § 83a skal kommunen tilbyde rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis det vurderes, at forløbet kan forbedre personens funktionsniveau og dermed nedsætte behovet for hjælp efter Servicelovens § 83.

Serviceoven § 83a

Stk. 1 Kommunalbestyrelsen skal tilbyde et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb til personer med nedsat funktionsevne, hvis rehabiliteringsforløbet vurderes at kunne forbedre personens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp efter § 83, stk. 1. Vurderingen skal være individuel og konkret og tage udgangspunkt i modtagerens ressourcer og behov.

Stk. 2 Rehabiliteringsforløbet, jf. stk. 1, skal tilrettelægges og udføres helhedsorienteret og tværfagligt. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte individuelle mål for rehabiliteringsforløbet i samarbejde med den enkelte modtager af forløbet.

Stk. 3 De fastsatte mål og tidsrammen for rehabiliteringsforløbet skal indgå i en samlet beskrivelse af forløbet. Er der under rehabiliteringsforløbet behov for at ændre i målene, skal dette ske i samarbejde med modtageren.

Stk. 4 Kommunalbestyrelsen skal tilbyde modtageren af et rehabiliteringsforløb den nødvendige hjælp og støtte under forløbet med henblik på at nå de fastsatte mål, jf. stk. 2. Hjælpen og støtten skal løbende tilpasses udviklingen i modtagerens funktionsevne. Hvis modtageren ikke gennemfører et rehabiliteringsforløb, skal kommunalbestyrelsen vurdere modtagerens behov for hjælp efter § 83, jf. § 83, stk. 6."

Der har siden 2011 været arbejdet med rehabilitering i Den Kommunale Hjemmepleje i form af projektet "Længst Muligt I Eget Liv". I udgangspunktet varetog kun én projektgruppe rehabiliteringen, men i 2013/2014 blev rehabilitering udbredt til hele den kommunale hjemmepleje. De private leverandører har deltaget i rehabiliteringsforløbene siden 1. oktober 2015. Siden oktober 2015 og frem til primo oktober 2016 har i alt 1283 borgere været visiteret til et rehabiliteringsforløb.

Jævnfør håndbogen sætter visitationen det overordnede mål for, hvad borgeren skal opnå med et rehabiliteringsforløb. Terapeuterne fra gruppen Længst Muligt i Eget Liv har herefter ansvaret for at opstille de konkrete mål og delmål, der skal opnås gennem forløbet, sammen med borgeren. Medarbejderne hos de private og den kommunale leverandør, der er uddannet i rehabilitering kaldes for hjemmetrænere. Hjemmetrænerne er også med til at opstille borgernes mål og varetager herefter den daglige træning med borgeren.

Det er ifølge håndbogen terapeuterne og hjemmetrænerne, der løbende skal følge op på borgerens træning for at sikre fremgang i borgerens funktionsniveau. Visitationen modtager løbende tilbagemeldinger fra terapeuterne, hvis der er brug for ændringer i de visiterede ydelser, ligesom visitationen også selv løbende følger op.

Jævnfør håndbogen har hjemmetrænerne udover at udføre den daglige træning med borgerne i rehabiliteringsforløb også et ansvar for at overføre den rehabiliterende tilgang til de borgere, der modtager almindelig personlig pleje og praktisk hjælp efter Servicelovens § 83.

I det følgende afsnit vil evalueringens konklusioner blive præsenteret. De er markeret med rød, gul og grøn alt efter, hvor kritiske de er. Efter præsentationen følger der en nærmere beskrivelse af, hvordan disse konklusioner er nået.

4. Evalueringens konklusionergens konklusionergens konklusionergens konklusion

Ud fra de områder vi har undersøgt gennem evaluering, må det konstateres, at der overordnet set er tilfredshed med rehabiliteringen i Frederikshavn Kommune. Alle parter vurderer, at rehabiliteringen har effekt og ikke blot giver selvhjulpne borgere, men også tilfredse borgere.

Det vurderes på baggrund af evalueringen, at der ikke er forskel på, hvor godt rehabiliteringsforløbene fungerer hos henholdsvis den kommunale og den private leverandør. Men der er til gengæld stor forskel på, hvordan det fungerer i de enkelte grupper hos både de private og den kommunale leverandør.

Der er dog også en række områder, hvor der med stor fordel kan arbejdes på forbedringer og nogle områder, hvor det er nødvendigt, at der i nærmeste fremtid bliver lavet nye tiltag. Med mindre andet er nævnt gælder konklusionerne for både de private leverandører og den kommunale. Farverne rød, gul og grøn i nedenstående markerer, hvor kritiske konklusionerne er. Rød markerer de mest kritiske og grøn de mindst kritiske.

- Det er nødvendigt, at der bliver handlet med det samme i forhold til diskussionen mellem især nogle af de kommunale gruppeledere og terapeuterne om, hvorvidt hjemmetrænerne skal bestå af en fast kerne eller, at alle medarbejdere i videre udstrækning skal være hjemmetrænere. Det er nødvendigt, at den øverste ledelse har fokus på dette for blandt andet at skabe ro til arbejdet med rehabilitering. I sammenhæng hermed er det også vigtigt, at der kommer fokus på hurtigst muligt at få udpeget nogle hjemmetrænere i de områder, hvor det endnu ikke har været muligt.
- Samarbejdet er vigtigt for velfungerende rehabiliteringsforløb, og det er derfor nødvendigt at have opmærksomhed på, at der er i nogle grupper ikke er optimalt samarbejde mellem hjemmetrænere og terapeut.
- Derudover er det meget vigtigt hurtigst muligt at få afklaret de samarbejdsproblemer, som nogle private grupper oplever med den kommunale sygepleje.
- Det er nødvendigt, at Barthel 100 hurtigst muligt bliver taget i brug i forhold til alle borgere, da det er et nødvendigt redskab til blandt andet at sikre kvaliteten i og måle effekten af rehabiliteringsforløbene.
- Dokumentation er vigtig for at sikre fremdrift i rehabiliteringsforløbene og også et vigtigt redskab i samarbejdet mellem hjemmetrænere, terapeuter og visitationen. Det er derfor vigtigt, at der bliver taget hånd om problemerne med dokumentation. Først og fremmest må det sikres, at hjemmetrænerne i alle grupper har den nødvendige tid til rådighed, så de har mulighed for at dokumentere. Dernæst er det også vigtigt, at terapeuter og hjemmetrænere får afstemt forventningerne til dokumentationen, så udgangspunktet for en god dokumentation er på plads.
- Evalueringen har vist, at der er uenighed om, hvem der har ansvaret for at informere borgerne om, hvad rehabiliteringen indeholder. Det er derfor nødvendigt med en drøftelse af dette for at skabe det bedste udgangspunkt for rehabiliteringsforløbene. I sammenhæng hermed kan det være en

god idé at arbejde med skriftlig information til borgerne og arbejde med muligheden for at sprede budskabet om rehabilitering via "den gode historie" i medierne.

- Det skal prioriteres, at alle parter omkring rehabiliteringen er klar over, at det ikke er muligt at tvinge borgerne til at deltage i rehabilitering. På den måde sikres det, at de forskellige holdninger ikke kommer til at ligge som en underliggende og forstyrrende diskussion. Samtidig kan det være fordelagtigt at lade de forskellige aktører drøfte, hvorfor de ser forskelligt på borgernes ressourcer og dermed på muligheden for at blive rehabiliteret.
- I nogle grupper er alle medarbejdere rigtig gode til at have blik for rehabilitering. Det kan dog i andre grupper være fordelagtigt fremover at arbejde med, at den rehabiliterende tankegang i endnu højere grad spredes til alle medarbejdere.
- Det er løbende nødvendigt at uddanne medarbejdere til at være hjemmetrænere. Der er ikke enighed om, hvordan dette foregår mest optimalt, og det er derfor et område, der med fordel kan diskuteres fremover for at sikre en fælles forståelse. Samtidig kan der med fordel i nogle grupper være fokus på, hvordan det i højere grad sikres, at medarbejderne har mulighed for intern faglig sparring.

Samlet set er konklusionen på evalueringen, at der er brug for, at ledelsen hos især Længst Muligt I Eget Liv-terapeuterne og leverandørerne har større overordnet fokus på rehabilitering. Men der er også brug for, at ledelsen har større fokus på, hvilke konkrete problemområder, der er inden for rehabilitering, og dermed i et vist omfang har fingeren på pulsen. Evalueringen har vist, at i de grupper, hvor ledelsen har fokus på rehabilitering og bakker op om tanken, fungerer forløbene, mens det modsatte er tilfældet i de grupper, hvor der mangler ledelsesmæssig opbakning. Øget ledelsesmæssigt fokus oplevedes derfor som løsningen på mange af de problemfyldte områder.

På mange af de områder, hvor der opleves problemer, er indtrykket, at løsningen på problemerne fremfor alt er et øget ledelsesmæssigt fokus.

Det vurderes at være nødvendigt at skabe et fælles forum, hvor ledelsen fra både leverandørerne, Længst Muligt I Eget Liv-terapeuter og myndighed har mulighed for at følge rehabiliteringen tæt. Det fælles forum skal medvirke til at skærpe det ledelsesmæssige fokus på rehabilitering og skabe plads til, at der løbende kan drøftes problemstillinger og udviklingsmuligheder. Samtidig kan det fælles forum også bidrage til, at de forskellige parter opnår bedre forståelse for hinandens arbejde. Dette er oplevet som et problem med terapeuterne og de nogle kommunale gruppeledere.

Det følgende afsnit uddyber, hvordan vi er nået frem til de konklusioner, der blev præsenteret i forrige afsnit.

5. Det overordnede indtryk overordnede indtryk overordnede indtryk overordnede

Center for Social- og Sundhedsmyndighed har gennem interviewene overordnet fået et positivt indtryk af rehabiliteringsforløbene. Både de kommunale og private medarbejdere og ledere ser rehabilitering som en spændende og meningsfuld opgave, der giver selvhjulpne og glade borgere.

Både leverandører, myndighed og terapeuter giver udtryk for, at der er stor forskel på, hvordan rehabiliteringen fungerer i de forskellige områder/grupper. Ud fra interviewene må det vurderes, at det på ingen måde har betydning for udfordringerne og problemstillinger, om der er tale om en privat eller kommunal gruppe. Det der har betydning er i stedet de forhold, der gør sig gældende i den enkelte gruppe.

6. Oplevelsen af rehabilitering Oplevelsen af rehabilitering Oplevelsen af rehabilitering Oplevelsen af rehabilitering

6.1 Resultaterne af rehabilitering af rehabilitering af rehabilitering af rehabilitering

Både visitationen og leverandørerne giver udtryk for, at de oplever positive resultater af rehabiliteringsforløbene, hvor borgerne opnår deres mål og ofte afsluttes med ingen eller meget lidt hjælp. Det gælder også i nogle tilfælde for borgere, der har haft hjælp gennem mange år. Det kræver dog en større indsats fra leverandøren at overbevise disse borgere om, at de skal deltage i rehabilitering. Særligt hos én leverandør er man overbevist om, at hvis man kan opsætte små mål og finde det, der motiverer borgeren, så vil de fleste borgere gerne deltage i rehabilitering.

Terapeuterne og repræsentanterne fra de kommunale gruppeledere giver udtryk for, at de ikke mener, at borgerne skal have mulighed for at vælge rehabilitering fra. I den forbindelse henvises til, at det af forarbejdet til loven fremgår, at det ikke er intentionen med loven, at kommunen skal kunne tvinge borgerne til at deltage i rehabilitering. Det fremgår blandt andet af nedenstående uddrag af en ministertale, der blev holdt i forbindelse med, at lovforslaget om § 83a blev drøftet i Folketinget.

Minister for børn, ligestilling, integration og sociale forhold (Manu Sareen). Ministertale d. 30/10-14 kl. 14:54 i forbindelse med 1. behandling af lovforslaget.

”Derfor giver det heller ikke nogen mening at tale om tvang i forbindelse med et rehabiliteringsforløb. Det er tydeliggjort i lovtæksten, at en borger ikke kan fratages eller få afslag på hjemmehjælp, alene med henvisning til at borgeren ikke magter at gennemføre et rehabiliteringsforløb. Kommunalbestyrelsen skal altid foretage en konkret og individuel vurdering af borgerens behov for hjælp, og det fremgår også af lovforslaget, at borgeren under rehabiliteringsforløbet skal have den nødvendige hjælp og støtte. Dermed skulle det også være sikret, at de, der har behov, ikke efterlades uden hjælp.”

På baggrund af forarbejdet til loven bør det derfor ikke fremadrettet være en diskussion, om borgerne skal tvinges til at deltage i rehabilitering. Terapeuterne giver udtryk for, at de mener, at alle borgere som udgangspunkt bør komme i rehabiliteringsforløb. Da visitation til et rehabiliteringsforløb ifølge loven skal

tage udgangspunkt i en individuel og konkret vurdering, er det ikke muligt automatisk at visitere alle borgere til rehabilitering. En diskussion om dette emne må derfor i stedet bero på, om terapeuterne og gruppelederne ser nogle ressourcer i borgerne, som visitationen ikke ser, og at de derfor vurderer, at flere kan have gavn af et rehabiliteringsforløb.

6.2 Borgernes holdning til rehabilitering

Leverandørerne giver udtryk for, at de fleste borgere er positive over for rehabiliteringsforløbene. De oplever, at borgerne er spændte på, hvor langt de kan nå og oplever det som en succes, når de opnår deres mål. Den kommunale leverandør giver sammen med visitationen udtryk for, at der på dette område er sket en ændring siden, de startede med rehabilitering. Tidligere var borgerne mere forbeholdne overfor rehabiliteringsforløbene, men de oplever, at borgernes tankegang har ændret sig, hvilket er vigtigt, hvis rehabilitering skal lykkes. En privat leverandør giver udtryk for, at de stadig oplever skeptiske borgere, men de tror på, at det naturligt vil ændre sig med tiden, fordi opfattelsen af hjælp vil ændre sig.

Hos en leverandør giver de udtryk for, at betænkelighed hos borgerne primært skyldes, at de mister deres faste hjemmeplejer, eller at de ikke helt har forstået, hvad rehabilitering er. Alle leverandører er enige om, at information er meget vigtigt for et succesfuldt rehabiliteringsforløb. Specielt hos de private leverandører mener de, at det ville være en stor fordel at have en informationsfolder om rehabilitering, som de kan udlevere til borgerne. En leverandør giver også udtryk for, at de tror, at flere borgere ville efterspørge rehabilitering, hvis de havde et større kendskab til det.

De fleste af interviewpersonerne er enige om, at det generelt ville være en fordel, hvis borgerne fik mere information om, hvad rehabilitering er. Informationen skal gerne komme allerede, når borgerne bliver visiteret og dermed gives af visitationen. Her er det vigtigt at sikre sig, at borgeren også forstår den information, de får. Terapeuterne oplever eksempelvis, at borgerne har misforstået formålet med rehabilitering og derfor tror, at de kommer for at lave fysioterapeutisk træning med dem. Her er en formidlingsopgave, som visitationen skal have opmærksomhed på.

Både terapeuterne og én privat leverandør giver udtryk for, at den information, som borgerne får fra sygehuset, kan være problematisk. De oplever, at borgerne på baggrund af sygehusets information regner med, at de kan få alt den hjælp, de har brug for, men uden at de er klar over, at de også selv skal deltage. Det kan give udfordringer både for terapeuterne og hjemmetrænerne i arbejdet med borgerne.

Leverandørerne oplever ofte, at det er de pårørende, der er mest skeptiske overfor rehabiliteringen. Eksempelvis kan de ikke forstå, hvorfor det ikke er det sædvanlige plejepersonale, der kan lave rehabiliteringen. Leverandørerne tror, at det vil være anderledes, hvis de pårørende har et større kendskab til rehabilitering, hvilket eksempelvis kan skabes ved, at man i højere grad fortæller "Den gode historie" i medierne. Også visitationen giver udtryk for, at det vil være en god idé, at man lokalt i højere grad italesætter rehabilitering gennem "Den gode historie" og kontinuerligt minder borgerne om, hvad rehabilitering er.

6.3 Borgernes oplevelse af den private leverandør

Især hos den ene leverandør oplever man, at det gør en stor forskel for borgerne, at de private leverandører nu også kan udføre rehabilitering. Da rehabiliteringen udelukkende blev varetaget af den kommunale leverandør, oplevede de, at borgerne var meget frustrerede over at skulle skifte leverandør. De

oplevede ofte, at borgerne hurtigt sagde fra overfor rehabilitering for at komme tilbage til deres private leverandør. Selvom borgerne på nuværende tidspunkt ofte må skifte personale, hvis de kommer i rehabilitering, oplever leverandøren, at det gør en forskel, at borgeren ved, at det er samme firma. Ligesom det også har betydning, at borgeren ved, at de muligvis vil få deres faste plejer tilbage, hvis de stadig skal have hjælp, når rehabiliteringsforløbet er slut. Visitationen har haft helt den samme oplevelse og oplever derfor, at det er meget positivt, at de private leverandører nu også kan tage sig af rehabiliteringsforløbene. De oplever nu kun meget få borgere, der ikke ønsker at deltage i rehabilitering.

6.4 Det første besøg hos borgeren

Ifølge håndbogen er det terapeuternes opgave at tage en opstartssamtale med borgeren, men det vil også være hjemmetræneren, der har det første besøg hos borgeren allerede inden opstartssamtalen. Her skal hjemmetræneren ifølge håndbogen påbegynde observation af borgerens funktionsniveau samt påbegynde dokumentation heraf. Ud fra borgertype og typen af hjælp er der i håndbogen indlagt frister for, hvornår terapeuten senest skal holde opstartssamtale med borgeren.

Der er forskellige opfattelse af, om det er en fordel, at terapeuten er med ude hos borgeren ved første besøg. Nogle steder opleves det som en fordel, at hjemmetræneren har mulighed for over nogle dage at observere, hvor meget borgeren kan. En leverandør peger også på, at det kan virke overvældende for borgeren, hvis de første gang bliver mødt af to medarbejdere, og at det derfor kan være en fordel, at terapeuten først er med efter nogle dage. Hos terapeuterne har de den samme opfattelse og lægger vægt på, at det ofte kan være en fordel, at borgeren i forbindelse med for eksempel udskrivning fra sygehuset har mulighed for at falde til derhjemme, inden de har opstartssamtale. De oplever desuden, at det kan skabe forvirring hos borgeren, når der kommer endnu en person i deres hjem. De har en generel oplevelse af, at det er bedst, at terapeuten følger hjemmetræneren tæt i stedet for at komme ofte hos borgeren, da borgerne ikke har lyst til at lukke så mange forskellige personer ind i deres hjem.

På den anden side oplever en leverandør, særligt i forbindelse med rengøringsopgaver, at det kan være vanskeligt for hjemmetræneren at være den første, der kommer hos borgeren. Borgeren forstår ikke altid, hvorfor de selv skal være med til at løse opgaven. Det er lettere at forklare borgeren, når terapeuten er med. En privat leverandør oplever også, at det gør en forskel, at der kommer "en fra kommunen" med i stedet for hjemmetræneren alene. I forbindelse med plejopgaver er problemet mindre, da plejepersonalet på dette område i forvejen inddrager borgerne meget. Jævnfør håndbogen skal hjemmetræneren have kompetencer til at forklare borgeren, hvad rehabilitering er, og det bør derfor ikke være en begrundelse for, at terapeuten skal være med hos borgeren første gang.

6.5 Delkonklusion: Oplevelsen af rehabilitering

På baggrund af interviewene må det overordnet vurderes, at der opleves tilfredshed med rehabiliteringsforløbene, og at de giver positive resultater. Det vurderes desuden, at borgerne oplever det positivt, at de også kan få rehabilitering gennem de private leverandører. Der er brug for at arbejde med den information, som borgerne får om rehabiliteringsforløb fra visitationen, og der ligger også et forbedringspotentiale i at sikre, at sygehuset ikke giver borgeren forkerte forventning. Der er et ønske om, at det er muligt at udlevere en informationsfolder til borgerne, samt at der sættes fokus på at fortælle "den gode historie" i medierne.

Jævnfør interviewene er der holdninger til, hvorvidt borgerne skal have mulighed for at vælge rehabilitering fra, men da det ikke er hensigten med loven at tvinge borgere til rehabilitering, bør dette ikke være et emne til diskussion. I stedet kan det diskuteres, om gruppeledere og visitation ser forskelligt på borgernes ressourcer og derfor ikke er enige om, hvornår rehabilitering giver mening. For at sikre disse forskellige holdninger ikke kommer til at ligge som en underliggende diskussion, kan det være en fordel at give mulighed for, at debatten kan tages i et åbent forum.

Interviewene viser derudover, at der kan være brug for en generel drøftelse af leverandørernes behov for at få støtte af terapeuten til det første besøg hos borgeren.

7. Medarbejderne – organisering og holdningerorganisering og holdningerorganisering

7.1 Organiseringen af hjemmetrænerneaf hjemmetrænerneaf hjemmetrænerneaf hjemmetrænerne

Da man i Frederikshavn Kommune i 2011 startede med rehabiliteringsforløb, var det som tidligere nævnt i form af projektet Længst Muligt I Eget Liv, hvor alle terapeuter og hjemmetrænere var organisatorisk samlet. Fordelen ved denne organisering var ifølge både terapeuter og visitationen, at der blev en meget høj faglighed hos medarbejderne. Ved nu at have hjemmetrænerne i de enkelte plejegrupper har man, ifølge terapeuterne, givet køb på noget af den faglighed. Og de vurderer, at det blandt andet betyder, at borgerforløbene kommer til at tage længere tid. På den anden side er det lettere at få implementeret den rehabiliterende tankegang hos flere medarbejdere, når hjemmetrænerne er fordelt i grupperne. De kommunale gruppeledere giver desuden udtryk for, at de ser det som en stor fordel, at hjemmetrænerne nu er ude i grupperne. Tidligere oplevede de, som de selv udtrykker det, at der kunne være "krig" mellem hjemmetrænerne og de almindelige plejere.

Ifølge håndbogen for rehabilitering skal der i alle plejegrupper være en fast kerne af hjemmetrænere. Antallet af hjemmetrænere afhænger af gruppens størrelse, men skal have en vis størrelse for at sikre mulighed for vidensdeling og for, at hjemmetrænerne skal kunne dække ind for hinanden. Det er ikke i håndbogen beskrevet, hvem der har ansvaret for at udpege den faste kerne af hjemmetrænere, men da de er ansat i plejegrupperne, må det betragtes som en ledelsesopgave for gruppelederne.

Terapeuterne er af den klare holdning, at det er vigtigt for velfungerende rehabilitering, at hjemmetrænerne består af den faste kerne af medarbejdere, som det er beskrevet i håndbogen. I nogle grupper har det været problematisk at samle denne faste kerne, og i et par grupper har de endnu ikke faste hjemmetrænere. Terapeuterne har brug for, at der er kontinuitet i hjemmetrænergruppen, så terapeuterne har mulighed for at udvikle deres viden og kompetencer. De har oplevet, at forløbene fungerer dårligt i de grupper, hvor der har været stor udskiftning, eller hvor det endnu ikke har været muligt at finde en fast gruppe af hjemmetrænere. Terapeuterne tror på, at hvis rammerne er i orden, kan de skabe et højt fagligt niveau, selvom hjemmetrænerne er fordelt i grupperne.

Hjemmetrænerne fra den kommunale leverandør giver udtryk for, at de oplever stor forskel på, om det er uddannede hjemmetrænere, der tager sig af borgerne. Dette understøtter terapeuternes holdning til, at der er brug for en fast kerne. Hjemmetrænerne beskriver blandt andet, at det fungerer bedst, når de får lov til primært at køre rehabilitering i stedet for almindelig pleje. Og at det er vigtigt, at det er de samme medarbejdere, der kommer hos borgeren for, at man kan se fremskridt. Jævnfør håndbogen er det en

opgave for planlægger og gruppeleder at sikre, at den faste kerne af hjemmetrænere primært tager sig af rehabiliteringsborgerne.

Terapeuterne giver udtryk for, at det er en stor opgave med oplæring hver gang, hjemmetrænerne bliver skiftet ud. Problemet har været størst i de kommunale grupper, da de private generelt har været bedre til at fastholde en kerne af hjemmetrænere fra starten. Dog har der også været store problemer i en enkelt gruppe hos en privat leverandør, hvor de har været meget plaget af sygdom, hvilket ledelsen også er bevidst om.

Terapeuterne oplever, at det gør en stor forskel, at hjemmetrænerne selv har valgt opgaven med rehabilitering. I nogle kommunale grupper har det været svært at finde nogle, der gerne vil være hjemmetrænere. Terapeuterne oplever, at flere brænder for rehabilitering, men vælger hjemmetræneropgaven fra, fordi de ikke føler, at opgaven bliver prioriteret i gruppen, at de bliver pressede med tiden til dokumentation, og at de ikke får brugt deres hjemmetrænerfunktion nok, fordi de bliver sendt til borgere, der ikke er i rehabilitering. Samtidig har nogle medarbejdere også valgt opgaven fra, fordi de ikke vil miste deres faste borgere, som modtager almindelig pleje og praktisk hjælp. Det vil blive nærmere beskrevet i afsnittet vedrørende dokumentation, at der også er medarbejdere, der har fravalgt rehabilitering, fordi de ikke føler sig kompetente til at dokumentere.

Både de kommunale gruppeledere og ledelsen hos de private leverandører giver udtryk for, at de ser det som en stor fordel, hvis alle medarbejdere kan være hjemmetrænere. Dog er indtrykket, at det primært hænger sammen med, at det vil gøre den daglige planlægning lettere for lederne. Planlægningen giver typisk udfordringer i forbindelse med ferie og sygdom, men det har også betydning, at antallet af borgere i rehabiliteringsforløb er svingende.

Den ene private leverandør giver udtryk for, at de selv gerne vil sidemandsoplære flere medarbejdere til rehabilitering, men det er svært at finde tid til det. Hvis alle var uddannet til rehabilitering, ville det være lettere at fastholde rehabiliteringen hos borgerne også i forbindelse med ferie og sygdom. Selvom de gerne vil have, at alle kan arbejde rehabiliterende, har de også en erkendelse af, at det kan være svært at give alle medarbejdere nok erfaring med rehabilitering. De oplever derfor, at det er godt at have en fast gruppe af medarbejdere, der er hjemmetrænere.

Den anden private leverandør har også et ønske om, at alle skal kunne arbejde med rehabilitering. De vurderer, at det dels ville løse nogle problemer med planlægningen, men at det også vil give større dynamik og mindske de gener, der kan være ved, at nogle borgere mister deres sædvanlige plejer, fordi medarbejderen skal lave rehabilitering i stedet. Ledelsen henviser til, at de har erfaringer fra Hjørring Kommune, hvor alle medarbejdere fungerer som hjemmetrænere. Det fungerer rigtig godt og betyder blandt andet, at alle medarbejdere er bedre til at se rehabiliteringspotentialer hos borgerne. De vurderer ikke, at det er et problem for hjemmetrænerne at få erfaring nok, da de sørger for, at fordele rehabiliteringsborgerne mellem medarbejderne. Ledelsen påpeger dog, at denne løsning blandt andet forudsætter, at det ikke er alle, der deltager i hjemmetrænermøderne, men kun de hjemmetrænere, der har borgere på dagsordenen.

De kommunale gruppeledere giver klart udtryk for, at de ser det som en stor fordel, hvis alle kunne være hjemmetrænere. Det er blandt andet en stor udfordring med planlægning i de kommunale grupper, når

alle ikke er hjemmetrænere, hvilket både gruppeledere og terapeuter giver udtryk for. Samtidig giver gruppelederne også udtryk for, at der vil være nogle medarbejdere, som sjældent får et rehabiliteringsforløb, fordi der ikke er så mange borgere i rehabilitering. Det kan derfor være svært at gøre det til en naturlig del af hverdagen. De tilkendegiver også, at det er vigtigt, at hjemmetrænerne arbejder med rehabilitering for ikke at glemme det.

Terapeuterne ser det som en god løsning, hvis hjemmetrænerne kunne organiseres på en anden måde, hvor de er tilknyttet i de forskellige grupper, men er ansat til rehabilitering og derfor ikke skal løse andre opgaver. De forestiller sig en organisering med central ansættelse, som der ses hos bl.a. demenskoordinatorer og inkontinenssygeplejerskerne. Terapeuterne giver ikke udtryk for, om de ser den samme løsning hos både den kommunale og de private leverandører.

Den uenighed, der er mellem terapeuterne og gruppelederne hos den kommunale leverandør, peger på, at der er brug for et ledelsesmæssigt fokus på, hvordan rehabiliteringen fungerer. Terapeuterne oplever, at det kan være et problem for rehabiliteringen, at gruppelederne ikke er enige med dem i, at hjemmetrænerne skal være en fast kerne, og de efterlyser derfor, at den øverste ledelse har fokus på problemstillingen og tager en beslutning om, hvordan det skal fungere. Af håndbogen om rehabilitering fremgår, at hjemmetrænerne skal være en fast kerne. Da håndbogen er godkendt i Center for Sundhed og Pleje som udgangspunkt for det rehabiliterende arbejde, bør alle dele af ledelsen i centret sørge for, at der arbejdes ud fra håndbogen. Det gælder eksempelvis i forhold til, at der skal etableres en fast kerne af hjemmetrænere. Jævnfør håndbogen skal terapeuterne koordinere med gruppelederen i forhold til blandt andet at holde fast i hjemmetrænergruppen. Da terapeuten ikke har noget ledelsesansvar i forhold til hverken gruppeledere eller hjemmetrænere, understreger problematikken, at der er behov for et ledelsesmæssigt fokus.

7.2 Medarbejdernes holdning til rehabilitering

Visitationens oplevelse er, at grupperne generelt er blevet bedre til at sprede den rehabiliterende tankegang til alle medarbejdere. Det betyder, at de modtager flere henvendelser både direkte fra leverandørerne, men også fra terapeuterne om borgere, der har potentiale for rehabilitering. Dog er nogle grupper bedre end andre til at have dette fokus, hvilket også er oplevelsen hos terapeuterne.

Visitationen oplever, at der er sket en holdningsændring blandt medarbejderne, der i starten følte, at de gjorde sig selv arbejdsløse ved at rehabilitere borgerne. De kommunale gruppeledere deler denne oplevelse. De har også oplevet, at nogle medarbejdere, som er meget servicemindede, har haft svært ved tanken om, at de ikke skulle udføre arbejdet for borgerne, da de har følt sig anerkendt for dette arbejde. De oplever, at dette gælder både for hjemmetrænere og almindelige plejere – nogle er gode til at tænke rehabiliterende, for andre er det mere udfordrende.

De kommunale gruppeledere oplever, at flere medarbejdere nu har fokus på at udnytte borgernes ressourcer, så de selv bliver mindre pressede. Alle interviewpersoner giver udtryk for, at de tror, at det med tiden vil blive lettere at arbejde rehabiliterende. Jo længere tid der går, og jo mere succes medarbejderne oplever hos borgerne med rehabilitering, jo mere vil deres tankegang blive vendt mod brugen af borgernes ressourcer. Gruppelederne hos den kommunale leverandør giver udtryk for, at de ser rehabilitering som et vilkår, medarbejderne skal arbejde under, og det er derfor nødvendigt, at de indstiller sig på det, hvis de vil arbejde her.

Hos den ene private leverandør giver hjemmetrænerne udtryk for, at de oplever flere kollegaer, der ikke er åbne overfor den rehabiliterende tankegang. Ledelsen er opmærksom på dette, men har tiltro til, at medarbejdernes tankegang kan ændres med tiden, når de ser, hvad det betyder for borgeren at blive rehabiliteret. Ledelsen giver udtryk for, at de løbende forsøger at sprede budskabet om rehabilitering til alle medarbejderne. Hjemmetrænerne giver dog udtryk for, at de i endnu højere grad gerne ser, at de øvrige medarbejdere får viden om rehabilitering eksempelvis på personalemøder.

Hos den anden private leverandør giver ledelsen udtryk for, at de oplever, at alle medarbejdere er gode til at have blik for rehabilitering. Både ledelse og hjemmetrænere beskriver, at der bliver gjort meget for, at alle medarbejdere skal kunne tænke rehabiliterende. De drøfter det blandt andet på gruppemøder, og hjemmetrænerne deler gerne deres erfaring med de andre medarbejdere, som de oplever, er meget interesserede. De oplever ofte, at medarbejdere, der ikke er hjemmetrænere, spørger om deres borgere har potentiale til rehabilitering. Det har været en stor udfordring for de medarbejdere, der har været i faget i mange år, og de har arbejdet meget med holdningsændringen. De oplever, at medarbejderne bliver meget positive, når de ser, hvad rehabiliteringen betyder for borgerne.

I interviewet med de kommunale hjemmetrænere kommer det til udtryk, at der er stor forskel i de forskellige grupper på, hvor positive medarbejderne er overfor rehabilitering. I den ene gruppe oplever de, at alle gerne vil arbejde rehabiliterende, og at de almindelige plejere er gode til at spørge hjemmetrænerne til råds. I en anden gruppe oplever de i højere grad, at ikke alle har forståelse for den rehabiliterende tankegang. I begge grupper oplever de, at det især er de medarbejdere, der har været ansat i mange år, der skeptiske overfor rehabilitering.

Visitationen ser det som meget afgørende, at hjemmetrænerne nu er ambassadører for den rehabiliterende tankegang. Ikke blot overfor deres kollegaer, men også overfor de borgere, de kommer hos. Hjemmetrænerne er selv overbeviste om, at rehabilitering er en positiv tilgang, og de undskylder ikke længere overfor borgerne, når de skal have rehabiliterende hjælp i stedet for den traditionelle hjælp og pleje. Visitationen er dog af den klare holdning, at selvom den rehabiliterende tankegang spreder sig, så forventer de ikke, at alle i grupperne vil kunne varetage rehabilitering, ligesom de mener, at rehabilitering ikke kan fungere uden, at der også er terapeuter med. Qua deres uddannelse har terapeuterne nogle kompetencer, som gør, at de kan hjælpe hjemmetrænerne gennem forløbene.

7.3 Uddannelse af nye hjemmetrænere af nye hjemmetrænere af nye hjemmetrænere af nye hjemmetrænere af nye hjemmetrænere

Ifølge håndbogen er det terapeuternes opgave at oplære nye hjemmetrænere. Hjemmetrænerne skal som udgangspunkt have et grundkursus, der er et forløb over ca. 3 måneder. Er der ikke nok nye hjemmetrænere til at oprette et grundkursus, oplæres hjemmetrænerne i stedet gennem et 2-timers informationsmøde og efterfølgende sidemandsoplæring hos borgeren.

Der er ikke enighed om, hvordan det er mest optimalt at oplære nye medarbejdere. Det er primært hos den kommunale leverandør, at der er en holdning til dette, da de private leverandører generelt ikke har haft så stor udskiftning blandt hjemmetrænerne.

De kommunale gruppeledere giver udtryk for, at de synes, det har fungeret fint med sidemandsoplæring af nye medarbejdere. Efter deres opfattelse afhænger det mere af, om medarbejderen kan have den rigtige tankegang, end det afhænger af, hvordan de er blevet oplært. Hjemmetrænerne fra de kommunale

om, hvorvidt hjemmetrænerne skal være en fast kerne, eller om alle medarbejdere skal fungere som hjemmetrænere. Holdningen til dette kan have betydning for, hvordan medarbejderressourcerne og planlægning prioriteres i de enkelte grupper. Derudover kan det også have betydning for, at det i nogle grupper ikke har været muligt for terapeuterne at samle en gruppe af faste hjemmetrænere. Det vurderes derfor at være væsentligt, at der bliver sat ledelsesmæssigt fokus på denne problemstilling, også selvom det er defineret i håndbogen, hvordan hjemmetrænerne skal være organiseret.

Overordnet set vurderes medarbejdernes holdning til rehabilitering at være positiv, og det opleves, at mange medarbejdere, som ikke er hjemmetrænere, også er gode til at have blik for, om borgerne kan profitere af et rehabiliteringsforløb. Der er stor forskel mellem de forskellige grupper, og det kan derfor være en fordel at undersøge, om der nogle steder er brug for at arbejde ekstra på at sprede den rehabiliterende tankegang.

Alle er enige om, at uddannelse i rehabilitering er af stor betydning. Der er dog ikke enighed om, hvorvidt sidemandsoplæring er tilstrækkeligt, eller det er nødvendigt for nye medarbejdere at deltage i et egentligt uddannelsesforløb. Det vurderes derfor, at det kan være nødvendigt at tage en drøftelse af, hvordan man fremover uddanner nye medarbejdere til at være hjemmetrænere. I forhold til hjemmetrænerens mulighed for intern faglig sparring ses der i nogle grupper et behov for, at ledelsen har øget fokus på, hvordan denne mulighed kan etableres.

8. Tværfagligt samarbejde

Et godt samarbejde mellem de forskellige interessenter i rehabilitering er en afgørende faktor for, at der er succes med forløbene. Ligesom det er beskrevet ved nogle af de andre områder, er der også her stor forskel på, hvordan samarbejdet fungerer mellem forskellige persongrupper i de enkelte grupper.

8.1 Samarbejde mellem visitation og terapeuter Samarbejde mellem visitation og terapeuter

For visitationen er et godt og tæt samarbejde med terapeuterne meget vigtigt. Visitationen giver udtryk for, at samarbejdet fungerer godt blandt andet som følge af de faste møder mellem koordinatore og leder fra visitationen og terapeuterne. Ifølge visitationen er det terapeuterne, med den tætte kontakt til borgerne, der skal sørge for fremgang i forløbene og være garant for kvaliteten heraf. Visitationen ser terapeuterne som en uundværlig samarbejdspartner i forhold til sparring og nytænkning, og det er dem, der har ansvaret for at give visitationen besked, hvis der sker bedringer hurtigere end forventet. I de tilfælde, hvor visitationen ikke fysisk ser borgeren inden visitationen (fx i forbindelse med udskrivning fra sygehus), føler visitationen sig meget trykke ved at vide, at de har terapeuterne som samarbejdspartner, der sørger for at få sat mål med borgeren og få sat rehabiliteringsforløbet i gang. Den positive opfattelse af samarbejdet mellem visitationen og terapeuter kommer også til udtryk i interviewet med terapeuterne. De oplever, at visitationen har tiltro til deres vurderinger af borgerne og gerne kommer med ud på besøg, hvis terapeuten er i tvivl om forløbet.

Generelt er opfattelsen hos visitationen også, at det er nødvendigt, at alle rehabiliteringsforløb har en tovholder for, at de fungerer optimalt. De er af den opfattelse, at det er terapeuten, der skal have denne rolle, og de peger samtidig på, at det er meget vigtigt, at terapeuterne er opmærksomme på, hvilken funktion de har, og hvor stort et ansvar, der ligger i opgaven. Den opfattelse, som visitationen har, stemmer overens med den beskrivelse af terapeutens funktion, der fremgår af håndbogen. Ifølge håndbogen har

terapeuten den koordinerende rolle og er tovholder i rehabiliteringsforløb. Samtidig er det terapeutens opgave at vejlede i den rehabiliterende tankegang.

Visitationen peger også på, at det er vigtigt, at man har ledelsesmæssigt har fokus på, at terapeuterne fortsat skal være tilgængelige og synlige for hjemmetrænerne, så der kan skabes sammenhæng og udvikling i rehabiliteringsforløbene samt udvikling af hjemmetrænerne. Visitationen oplever, at hjemmetrænerne og terapeuterne qua deres forskellige uddannelser har forskellige kompetencer, og visitationen mener, at terapeuternes støtte er nødvendig for hjemmetrænerne. På denne måde øges kvaliteten af forløbene med det tværfaglige samarbejde.

Samtidig ser visitationen også terapeuterne som en vigtig medspiller i forhold til at italesætte rehabiliteringen overfor borgerne. Terapeuten ser ofte borgeren tidligere i forløbet end visitationen, og ifølge visitationen har de derfor en rolle i forhold til at italesætte rehabilitering, det vil sige træning via mål med henblik på selvhjulpenhed.

På den anden side giver terapeuterne også udtryk for et ønske om, at visitationen i højere grad informerer borgerne om, hvad rehabilitering er, og hvad ydelserne indebærer. Terapeuterne giver udtryk for, at de har drøftet dette med visitationen. De oplever dog, at visitationen har meget fokus på, at rehabilitering skal blive en del af tankegangen i plejen generelt, og derfor ikke specielt præsenterer det for borgere i rehabiliteringsforløb. For terapeuter og hjemmetrænere kan dette være en udfordring i starten af forløbene, hvor de skal bruge meget tid på at forventningsafstemme med borgerne. Ifølge håndbogen til rehabilitering er det en del af opstartssamtalen, at terapeuten og hjemmetræneren introducerer borgeren til, hvad et rehabiliteringsforløb er.

På dette punkt er der således på trods af et generelt godt samarbejde en uenighed mellem visitation og terapeuter om, hvem der har ansvaret for at informere borgerne, og hvor meget information de skal have. Denne uenighed kan dog også bunde i, at terapeuterne i høj grad har deres fokus på rehabilitering specifikt i forløb efter Servicelovens § 83a, mens visitationen også har meget fokus på, at borgernes egne ressourcer tillige skal bruges, når borgerne generelt modtager personlig pleje og praktisk hjælp efter Servicelovens § 83.

Visitatorerne vurderer, at nogle af de generelle udfordringer, der har været med de forskellige samarbejdsrelationer i rehabiliteringsforløbene er blevet væsentlig bedre efter, at der er blevet lavet en håndbog til forløbene. Visitationen føler derfor også, at der nu er en mere tydelig ansvars- og rollefordeling mellem visitation og terapeuter, end de oplevede tidligere.

8.2 Samarbejde mellem terapeuter og hjemmetrænere Samarbejde mellem terapeuter og hjemmetrænere

Terapeuterne giver udtryk for, at samarbejdet med hjemmetrænerne overordnet fungerer godt. De kender hinandens roller og de fleste hjemmetrænere er gode til at vide, hvornår de har brug for hjælp fra terapeuterne. Terapeuternes vurdering er dog, at samarbejdet generelt fungerer lidt bedre med den kommunale leverandør end med de private. Men igen er der også på dette punkt forskel på de forskellige grupper. Det er ifølge terapeuterne en vigtig betingelse for det gode samarbejde, at hjemmetrænerne selv har valgt opgaven med rehabilitering og derfor er motiverede for den.

Både hjemmetrænerne hos den kommunale leverandør og hos den ene private leverandør giver udtryk for et godt samarbejde med terapeuterne. De føler, at terapeuterne er lydhøre overfor deres vurdering, er meget villige til at komme med hjælp og gode råd og løbende følger op på borgerne. Det er meget forskelligt for de forskellige grupper, hvor ofte terapeuterne deltager i afslutningen af rehabiliteringsforløbene, men hjemmetrænerne oplever alle, at terapeuterne er meget villige til at deltage, hvis de har svært ved selv at få en borger afsluttet.

Hos den anden private leverandør oplever både hjemmetrænerne og ledelsen er større udfordring med samarbejdet. Ledelsen oplever, at hjemmetrænerne ikke i så høj grad har løbende kontakt med terapeuten, men at de i stedet ofte venter til hjemmetrænermøderne med at drøfte borgerne. De oplever, at hjemmetrænerne er i tvivl om, hvor ofte det er okay at kontakte terapeuten, og at der mangler dynamik mellem de to grupper. Derfor undlader hjemmetrænerne ofte den løbende kontakt. Ifølge håndbogen til rehabilitering er det en af hjemmetrænerens opgave løbende at orientere terapeuten om borgerens status, samtidig er det i håndbogen påpeget, at det er meget relevant med løbende kontakt for at have et tæt samarbejde om borgeren. Når hjemmetrænerne hos en leverandør undlader den løbende kontakt, lever de således ikke op til den funktion/rolle, der er beskrevet for dem.

Hjemmetrænerne hos denne ene private leverandør giver udtryk for, at terapeuten er god til at komme med råd, når der er problemer og lytter til hjemmetrænerne, men de giver også udtryk for, at der mangler forståelse mellem hjemmetræner og terapeut. Det kommer blandt andet til udtryk ved, at hjemmetrænerne efterspørger hurtigere tilbagemelding, når de har henvendt sig vedrørende en borger, der ikke passer ind i rehabiliteringen. Det kommer også til udtryk ved, at hjemmetrænerne oplever manglende forståelse fra terapeuten, hvis de ikke har haft tid til grundig dokumentation. På trods af udfordringerne giver medarbejderne dog udtryk for, at de ser det som en fordel, at der deltager forskellige fagligheder i forløbene.

Når de to private leverandører oplever, så stor forskel på, hvordan samarbejdet med terapeuten fungerer, afspejler det muligvis, at grupperne har forskellige vilkår ud fra blandt andet det ledelsesmæssige fokus. Det afspejler muligvis også, at terapeuterne er forskellige. Det er dermed et eksempel på, hvor vigtig en rolle terapeuten spiller, og hvor vigtigt det er, at terapeuten er opmærksom på, hvad der ligger i rollen som terapeut. Dette er en holdning, som visitationen også i deres interview har givet udtryk for.

Når terapeuterne vurderer, at samarbejdet generelt er bedre med de kommunale grupper, hænger det muligvis sammen med, at terapeuterne har deres fysiske placering i de kommunale grupper. Terapeuterne oplever, at det er lettere for hjemmetrænerne i de kommunale grupper at få løbende sparring på deres borgere, da de kan komme forbi kontoret i stedet for at skulle ringe til terapeuterne. Derudover betyder den fysiske tilstedeværelse også, at det er lettere for terapeuterne at påvirke de øvrige medarbejdere til at tænke i rehabilitering. Terapeuterne og hjemmetrænerne har drøftet, hvorvidt det ville være en god idé, at terapeuterne havde en fast dag om ugen hos de private leverandører. Men da hjemmetrænerne hos de private leverandører ofte er ude hele dagen vurderer de ikke, at det vil være en optimal løsning. Der er ikke i håndbogen taget stilling til, hvordan terapeuterne fysisk skal være til stede hos leverandørerne.

Terapeuterne peger også på, at flere af de kommunale hjemmetrænerne har været med i rehabilitering længe og derfor kender terapeuterne. Hos de private leverandører har hjemmetrænerne og terapeuter kendt hinanden i kortere tid, og de vil derfor muligvis vil blive mere trygge ved den løbende kontakt over

tid. Terapeuterne oplever således, at det kræver en større indsats at have et godt samarbejde i de grupper, hvor hjemmetræner og terapeut ikke er placeret fysisk sammen, det gælder både for de private og kommunale grupper.

Selvom samarbejdet kan have sværere vilkår, oplever terapeuterne dog, at nogle af grupperne hos de private leverandører er gode til tage kontakt, når de har brug for hjælp, eller der er opdatering om borgerne. Dog oplever de, at de skal være mere opsøgende i forhold til nogle af grupperne hos den private leverandør. De har også en fornemmelse af, at der går længere tid hos de private leverandører end hos den kommunale, inden borgerne kan reduceres i tid eller afsluttes. Hjemmetrænerne hos den ene private leverandør giver udtryk for, at de er klar over, at de generelt skal blive bedre til at justere i tiden. Terapeuterne har ligeledes en fornemmelse af, at flere afsluttes helt uden hjælp hos den kommunale leverandør end hos de private. Denne forskel mellem de kommunale og private leverandører er ikke dokumenteret, men er udelukkende en fornemmelse, som terapeuterne har fået gennem deres daglige arbejde.

Generelt har det været sværere at få et godt samarbejde mellem terapeuterne og de hjemmetrænere, der arbejder i aftenvagte, og især hos den ene private leverandør ser de dette som en stor udfordring. Terapeuterne har haft deres arbejdstid om dagen, og hjemmetrænerne har derfor ikke haft mulighed for fx at ringe til dem. Terapeuterne har nu ændret deres arbejdstid, så de har en dag om ugen, hvor de arbejder længe for, at alle hjemmetrænere skal have mulighed for at kontakte dem.

8.3 Hjemmetrænermøder

Et af de redskaber, der er vigtigt for samarbejdet mellem hjemmetræner og terapeut, er hjemmetrænermøder. Det er beskrevet i håndbogen, at møderne holdes i alle grupper ca. hver 14. dag. Det er desuden beskrevet, at det er vigtigt, at møderne prioriteres. Til møderne er der en fast dagsorden, hvor de aktuelle borgere bliver gennemgået, og hvor der også skal være mulighed for, at terapeuterne kan introducere til relevante emner. Terapeuternes oplevelse er, at mødernes omfang generelt er okay, men kan være pressede afhængigt af hvor mange borgere, der skal gennemgås. Især gruppelederne fra den kommunale leverandør giver udtryk for, at hjemmetrænermøderne kan være en stor udfordring for deres planlægning.

Terapeuterne oplever en forskel mellem møderne hos de private og kommunale leverandører. Møderne hos de private leverandører er ofte meget pressede, og ofte er der ikke tid til andet end at gennemgå borgersagerne. Terapeuterne vurderer, at dette også hænger sammen med den fysiske tilstedeværelse i de kommunale grupper. Her er borgerne ofte blevet drøftet løbende, og derfor er der bedre tid til andre emner på selve hjemmetrænermøderne.

Hjemmetrænerne hos den private leverandør, der generelt beskriver samarbejdet med terapeuten meget positivt, ser også positivt på hjemmetrænermøderne. De oplever, at terapeuten er fleksibel omkring strukturen, og i samarbejde med hjemmetrænere og ledelse tilpasser de møderne efter behov. Hjemmetrænerne beskriver også, at møderne har fungeret godt som et redskab til, at hjemmetrænerne kan give hinanden gode råd og nye ideer, eller de kan drøfte borgere med medarbejdere, der ikke er uddannet hjemmetrænere.

Den anden private leverandør oplever hjemmetrænermøder mindre positivt. Især i starten havde de en oplevelse af, at der ikke kom noget konstruktivt ud af møderne, og at de ikke bidrog til udvikling af borgerforløbene. De har siden afholdt et møde med terapeut og gruppeleder for terapeuterne, hvilket har gjort, at der nu er mere struktur på møderne blandt andet som følge af, at terapeuten laver en dagsorden til møderne. Hjemmetrænerne oplever dog stadig, at møderne er meget pressede på tid, og at der kan mangle tid til at komme i dybden. Hvis der er nogle store sager på mødet, er det svært at få tid til at slå til, og de savner fleksibilitet i møderne i forhold til, om der er få eller mange sager, der skal drøftes.

Samme leverandør giver udtryk for, at de i nogle tilfælde savner, at visitationen deltager i hjemmetrænermøderne, da de mener, det ville gøre op- og nedjusteringerne mere fleksible. De har en følelse af, at de uberettiget bliver kritiseret for at være for langsomme til at melde tilbage med justeringer samtidig med, at der ofte går lang tid inden, der bliver reageret på deres tilbagemeldinger. Hvis visitationen deltog i møderne, ville dette problem blive mindre.

8.4 Samarbejde med sygeplejen Samarbejde med sygeplejen Samarbejde med sygeplejen Samarbejde med sygeplejen

Jævnfør håndbogen er den kommunale sygepleje også en af de målgrupper, der skal benytte sig af retningslinjerne heri, og sygeplejens rolle/funktion er beskrevet således:

Rehabilitering	<ul style="list-style-type: none"> • Står for de grundlæggende sygeplejerydelser, kompleks sygepleje, sundhedsfremme og forebyggelse samt akut sygepleje. • Støtte borger i det sygeplejefaglige område, for at borger har mulighed for at deltage i rehabiliteringsforløbet. • Støtte op omkring den rehabiliterende indsats. • Kendskab til forskellige støttestrømper/hjælpe midler.
Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumenter løbende de sygeplejefaglige indsatser i CSC • Orienter sig under målsætning LMIEL (specialark)
Kommunikation til samarbejdspartnere	<ul style="list-style-type: none"> • Sygeplejersken får en henvisning fra lægen ift. de sygeplejefaglige opgaver. (sygeplejersken er selvvisiterende) • Har den direkte kontakt til lægen ift. ændring af medicin mm. Løbende dialog med LMIEL og HT (hjemmetræner, red.) ift. sygeplejefaglige indsatser. • Deltage i HT-møderne efter behov.

Som tidligere nævnt skal terapeuten have den koordinerende rolle mellem alle faggrupper, og de skal derfor også have kontakten til sygeplejen. Terapeuterne har et stort ønske om, at sygeplejen skal inddrages mere i rehabiliteringsforløbene, og ser dette som et vigtigt udviklingspunkt.

Samme ønske giver begge private leverandører udtryk for. De oplever, at sygeplejen har for lidt indsigt i, hvordan hjemmetrænerne arbejder med rehabilitering, og det kan i nogle tilfælde have negative konsekvenser. Som det fremgår af ovenstående beskrivelse, er det netop en opgave for sygeplejen at støtte op om den rehabiliterende indsats og varetage de sygeplejefaglige opgaver, så borgeren har mulighed for at deltage i rehabilitering. På baggrund af de private leverandøres udtalelser må det vurderes, at sygeplejen ikke lever op til dette.

En privat leverandør giver desuden udtryk for, at de oplever at blive afvist af sygeplejen, hvis de beder om en sygeplejefaglig vurdering af en borger i rehabilitering, som ikke i forvejen er visiteret til sygeplejeydelser. Dette er meget problematisk for borgerens samlede helbredssituation. Det er derfor vigtigt, at der er et ledelsesmæssigt fokus på at få løst udfordringerne i samarbejdet mellem leverandørerne og sygeplejen.

8.5 Samarbejde mellem gruppelederne og visitatorerne og visitationens betydning

Lederne hos både de kommunale og private leverandører giver udtryk for, at de jævnligt oplever, at borgeren bliver visiteret til et rehabiliteringsforløb, selvom deres vurdering er, at de ikke er i målgruppen til at kunne profitere af et rehabiliteringsforløb. Alle oplever dog også, at det er muligt at få omvisiteret borgerne igen, men oplever i nogle tilfælde, at det tager forholdsvis lang tid. Visitationen har en positiv opfattelse af, at leverandørerne er hurtige til at give besked, hvis en borger, er blevet fejlvisiteret. En leverandør giver udtryk for, at de ikke altid oplever, at problemet ligger i visitationen, men at det også nogle gange er sygehuset, der er for dårlig til at vurdere, om borgeren kan rehabiliteres efter udskrivelse.

En privat leverandør giver udtryk for, at det er en stor frustration for dem, når de får borgere i rehabiliteringsforløb, som er fejlvisiterede. De bruger mange ressourcer på planlægning og på drøftelse af borgeren med terapeuten. De har et ønske om, at visitationen i højere grad ville spørge dem til råds om muligheden for rehabilitering, hvis det er en borger, som leverandøren kender i forvejen. Hjemmetrænerne hos den anden private leverandør giver i denne sammenhæng også udtryk for, at de ikke altid føler, de har kompetencerne til at tage sig af komplekse borgere (for eksempel hjerneskadede), selvom de generelt føler sig klædt på til rehabilitering.

Når leverandørerne generelt peger på, at de oplever, at mange borgere fejlagtigt visiteres til rehabilitering, kan det være et udtryk for, at der reelt eksisterer et problem i visitationen, men mangler klarhed over de kriterier, der skal visiteres ud fra. Der er dog også den mulighed, at det i stedet er et udtryk for, at leverandørerne ikke forstår den tankegang, der ligger bag rehabilitering ifølge lovgivningen, og som visitationen arbejder på baggrund af. Visitationen giver selv udtryk for, at de føler, de er blevet bedre til at vurdere rehabiliteringspotentialet hos borgerne. De er desuden meget opmærksomme på, at hvis der ikke er et rehabiliteringspotentiale hos borgeren, så er et rehabiliteringsforløb en meget dyr løsning.

De kommunale gruppeledere giver udtryk for, at de også oplever, at borgere bliver visiteret til hjælp efter § 83, hvor de er uforstående overfor, at de ikke i stedet er visiteret til rehabilitering. Generelt har de kommunale gruppeledere, der er repræsenteret i interviewene den holdning, at flere borgere burde visiteres til rehabilitering, men de er også opmærksomme på, at det ville kræve flere hjemmetrænere. Modsat giver en privat leverandør udtryk for, at de oplever, at borgere, der udskrives automatisk, kommer i et rehabiliteringsforløb, og kunne som nævnt i ovenstående ønske sig, at der var en større dialog om det.

Generelt oplever de kommunale gruppeledere og hjemmetrænere, at der er stor forskel på visiteringerne alt efter hvilken visitator, der har sagen. Dette gælder både for rehabiliteringsforløb og almindelig hjælp efter § 83, hvor de oplever, at der kan være stor forskel på, hvad og hvor meget der bliver visiteret. De kommunale hjemmetrænere giver dog samtidig udtryk for, at samarbejdet med visitationen er godt. De oplever, at visitationen gerne lytter til dem, hvis de kan argumentere for de ændringer, de ønsker, og hjemmetrænerne har forståelse for, at de gode argumenter er nødvendige for visitationen for, at kunne deres arbejde ordentligt.

De kommunale gruppeledere har et stort ønske om, at det fra starten af et rehabiliteringsforløb er muligt at lave et koordinationsmøde med borger, pårørende, visitation, hjemmetræner m.m. Gruppelederne oplever, at der er behov for at få afstemt forventninger og få lavet klare aftaler fra starten, da det ofte komplicerer forløbene unødigt, når det ikke er på plads. Det er derfor ikke tilstrækkeligt, at det er hjemmetræner og terapeut, der deltager i opstartsmødet. De mener, at det vil give mere tilfredse borgere, pårørende og medarbejdere, hvis det kunne lade sig gøre at lave koordinationsmøder med flere deltagere. Der er dog ikke i de enkelte grupper ressourcer til møder, og det kræver derfor, at borgerne bliver visiteret til disse møder.

I følge den definition af rehabilitering, der anvendes i håndbogen, er rehabilitering:

en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk.

Det er samtidig beskrevet i håndbogen, at en del af formålet med at lave de retningslinjer, som den indeholder, er at sikre inddragelse af nærmeste pårørende. En af de opgaver, som hjemmetrænerne har i den første kontakt med borgeren, er at få vigtige informationer fra pårørende, ligesom pårørende også er et emne, der skal drøftes på det opstartsmøde, hjemmetræner og terapeut holder med borgeren. Med udgangspunkt i håndbogens beskrivelser burde der derfor allerede være et godt grundlag for, at pårørende inddrages i borgerens rehabiliteringsforløb.

8.6 Samarbejde mellem gruppelederne og terapeuterne

Nogle af de udtalelser, der er kommet frem i interviewene med de kommunale gruppeledere og terapeuterne, tyder på, at de på nogle områder mangler forståelse for hinandens arbejde. Det ses blandt andet ved, at terapeuterne oplever, at nogle gruppeledere i den kommunale hjemmepleje ikke giver nok opbakning til rehabilitering og ikke prioriterer at få det til at fungere. Gruppelederne giver på den anden side udtryk for en opfattelse af, at den måde terapeuterne arbejder på er en dyr løsning. De føler, at terapeuterne har meget få borgere, de skal tage sig af i forhold til deres egne medarbejdere i plejen, og at det derfor burde være muligt at lave en besparelse på dette område.

I modsætning til gruppelederne hos den kommunale leverandør giver ledelsen hos de private leverandører udtryk for, at de har et godt samarbejde med terapeuterne. Især hos den ene leverandør har ledelsen ofte dialog med den tilknyttede terapeut og deltager også altid i møderne med terapeuten. Hos denne leverandør giver ledelsen udtryk for, at samarbejdet fungerer godt mellem terapeuten og hjemmetrænerne. De oplever, at terapeuten er meget fleksibel i sit arbejde og altid arbejder på, at der kan findes en fælles løsning.

8.7 Delkonklusion: Tværfagligt samarbejde: Tværfagligt samarbejde: Tværfagligt samarbejde

Overordnet set kan det ud fra interviewene vurderes, at samarbejdet mellem de forskellige persongrupper i rehabiliteringsforløbene fungerer godt. Samtidig er der dog også en række områder, hvor der er væsentlige udfordringer.

Visitationen og terapeuterne har forskellige holdninger til, hvem der har ansvaret for at informere borgerne om rehabiliteringsforløbene. Dette skaber frustrationer og uklarhed hos både terapeuter og hjemmetrænerne, og det vil derfor være hensigtsmæssigt, at der arbejdes på at afklare dette forhold.

Samarbejdet mellem terapeuterne og hjemmetrænerne har forskellige vilkår i de forskellige grupper, da terapeuterne eksempelvis er fysisk tilstede i mange af de kommunale grupper. Dette er muligvis en del af forklaringen på, at der generelt opleves et dårligere samarbejde med de private leverandører end de kommunale. Det vurderes således, at der er brug for at have fokus på at arbejde med samarbejdsrelationerne og på at skabe en struktur, der fordrer et godt samarbejde. Dette kræver stort ledelsesmæssigt fokus.

Hjemmetrænermøderne er et vigtigt redskab i samarbejdet mellem terapeuter og hjemmetrænere. Disse møder fungerer ikke optimalt i alle grupper, blandt andet fordi der mangler tid. Der er derfor nogle steder brug for, at ledelsen har fokus på at prioritere hjemmetrænerens tid til disse møder. Samtidig kan der være brug for at arbejde med, hvordan der gennem mødeledelse skabes den optimale struktur omkring og på møderne.

I flere interviews er samarbejdet med sygeplejen et område, der er blevet beskrevet som problematisk. Alle er enige om, at der her er et område, hvor der er udfordringer og gode muligheder for udvikling. En enkelt leverandør beskriver, at de oplever problemer med at få en sygeplejefaglig vurdering, når de har brug for det, hvilket kan have store konsekvenser for borgerne samledes helbredssituation. Dette er derfor et punkt, der straks bør arbejdes på at forbedre.

Interviewene giver indtryk af, at gruppelederne muligvis mangler forståelse for den tankegang, der ligger i rehabilitering, og som visitationen arbejder ud fra, når de vurderer, om borgerne skal visiteres til et rehabiliteringsforløb. Det kommer til udtryk ved gruppelederne oplever, at borgere bliver visiteret til rehabilitering, selvom de ikke mener, at de kan profitere af det. Gruppelederne er dog ikke konsistente i deres argumentation, da de samtidig har et ønske om, at flere borgere skal deltage i rehabilitering.

Samarbejdet mellem terapeuterne og gruppelederne (især hos den kommunale leverandør) vurderes at være præget af dårlig forståelse for hinandens arbejde og deraf uenighed. Manglende forståelse for hinandens arbejde går igen på flere områder, og det derfor er nødvendigt at få fokus på dette. En mulig løsning på dette kunne være at skabe et forum, hvor der skabes ledelsesmæssig fokus, og hvor alle parter har mulighed for at komme med input til de problemstillinger, de oplever. Forståelsen for hinandens arbejde vil sandsynligvis kunne øges, hvis der eksisterer et konkret forum, hvor problemstillinger kan drøftes og uoverensstemmelser afklares.

9. Dokumentation

Dokumentationen er et af de områder, som de fleste deltagere i interviewene oplever som problemfyldt. Der er forskellige forhold omkring dokumentationen, der er problematiske.

Hos alle er der stor forståelse for, at dokumentationen er en vigtig del af arbejdet med rehabilitering, og det opleves som en opgave, der fylder meget. For visitationen er det meget vigtigt, at de gennem dokumentationen kan følge op på, om borgeren udvikler sig. Hvis dokumentationen ikke er god nok, skal der bruges mange ressourcer på at have kontakt til terapeuterne for at få tilstrækkelig med information. For visitationen er dokumentationen desuden en vigtig indikator for, om hjemmetrænerne forstår at reflektere over borgerne og arbejdet med at gøre dem selvhjulpne. Af håndbogen fremgår det, at terapeuten skal justere borgerens mål, hvis der ikke er sket fremskridt i ca. 4-5 hverdage. Terapeuten følger

fremskridtene via dokumentationen, og det er derfor også en vigtig grund til at sikre, at dokumentationen er i orden.

Ifølge håndbogen er det en del af gruppeleder/planlæggeres opgave at sikre, at hjemmetrænerne har tid til at dokumentere. Det fremgår også, at der skal dokumenteres i forbindelse med hvert besøg hos borgeren. Alle med undtagelse af en enkelt privat leverandør giver udtryk for, at tiden er en stor udfordring i forhold til dokumentationen. Både hjemmetrænere, ledelse og terapeuter beskriver, at hjemmetrænerne ofte kan være så presset på tiden, at de ikke når at dokumentere. Terapeuterne har også opfattelsen af, at der indimellem ikke er lagt tid ind til dokumentation i den plan, som hjemmetræneren arbejder efter. Selvom der er afsat tid til dokumentation på planen, kan det alligevel være vanskeligt at nå det, da der kan ske uforudsete ting. Problemet opleves størst om aftenen. Terapeuterne giver udtryk for, at de synes, det er meget problematisk, at hjemmetrænerne er så pressede på tiden, at de ikke føler, de har tid til at dokumentere. Det har blandt andet resulteret i, at nogle medarbejdere ikke længere har haft lyst til at være hjemmetræner. Både terapeuter og en privat leverandør giver udtryk for, at når dokumentation er så vigtigt et redskab i rehabilitering, bør der også følge midler med til at prioritere dokumentationen i form af ekstra visiteret tid eller anden form for afregning. Desuden kan det forventes, at det vil blive lettere for hjemmetrænerne at dokumentere, når Fællessprog III tages i brug i løbet af 2017. Der gøres opmærksom på, at afregning for tid til dokumentation er indeholdt i den takst, som leverandøren modtager for rehabiliteringsforløbene.

En anden udfordring med dokumentationen er ifølge både leverandører, terapeuter og visitation, at ikke alle hjemmetrænere er stærke i skriftligt arbejde. Det opleves, at hvis man generelt har svært ved skriftligt arbejde, er det svært at skulle dokumentere. Visitationen vurderer, at den manglende kompetence i nogle tilfælde helt kan afholde hjemmetrænerne for at dokumentere, og terapeuterne oplever, at nogle medarbejdere har fravalgt at blive hjemmetrænere, fordi de ikke føler sig sikre i det skriftlige. Terapeuterne vurderer samtidig, at Fælles Sprog III, som bliver indført i 2017, muligvis kan afhjælpe en del af problemet. Hjemmetrænerne vil få mulighed for at indsætte standardtekst i stedet for selv at skulle formulere det.

En tredje udfordring er, at hjemmetrænerne ikke altid forstår, hvorfor der skal dokumenteres, og hvor meget dokumentation, der er brug for. Især hvis hjemmetrænerne ikke oplever udvikling i borgerens situation, forstår de ikke, hvorfor terapeuterne har brug for dokumentation. En enkelt leverandør nævner, at dette kan hænge sammen med det forskellige uddannelsesniveaue som hjemmetrænerne og terapeuterne har. Deres indgangsvinkel til borgerne er på den baggrund forskellig, og det kan derfor være svært at have det samme syn på dokumentationen.

En anden leverandør nævner, at terapeuterne ikke altid er enige om hvordan og hvor meget, der skal dokumenteres, og det kan derfor være svært for hjemmetrænerne at forholde sig til. På baggrund af ovenstående må det konstateres, at der er brug for en klar forventningsafstemning mellem hjemmetrænere og terapeuter i forhold til hvor ofte, hvor meget og hvordan, der skal dokumenteres.

Dokumentationen er et af de områder, hvor der opleves forskel på, om medarbejderne har deltaget i rehabiliteringsuddannelse eller ej. Både leverandører og terapeuter oplever, at problemet med at forstå vigtigheden af dokumentation er størst, når det er medarbejdere uden uddannelse i rehabilitering, der tager sig af borgerne. Både terapeuter og visitationen kæder forståelse for dokumentation sammen med forståelse for rehabilitering. De oplever, at hvis hjemmetrænerne har forståelse for og er motiverede for

rehabilitering, så forstår de også bedre, hvorfor der skal dokumenteres. Hjemmetrænerne hos både den kommunale og de private leverandører giver også udtryk for, at de oplever, at de kollegaer der ikke er uddannet i rehabilitering, har meget svært ved at forstå hvorfor og hvad, der skal dokumenteres. Terapeuterne fortæller, at det blandt andet kommer tydeligt til udtryk ved, at det er svært at få tilbagemeldinger fra de kommunale grupper, hvor de ikke har faste hjemmetrænere om aftenen.

Når det drejer sig om dokumentation oplever terapeuterne, at der er forskel på de private og den kommunale leverandør. Hos den private leverandør er man mere afhængig af, at det er de faste hjemmetrænere, der er på arbejde. Mens der opleves mere stabilitet hos den kommunale leverandør, også eksempelvis i ferieperioder. Forklaringen på dette kan være, at man hos den kommunale leverandør generelt har længere erfaring med at dokumentere. Det skal dog ses i relation til, at hjemmetrænerne fra de kommunale grupper selv giver udtryk for, at de oplever problemer, når det er kollegaer uden rehabiliteringsuddannelse, der skal varetage træningen og dermed dokumentationen.

Begge private leverandører giver udtryk for, at udfordringerne med dokumentation også hænger sammen med den generelle forståelse af CSC-Vitae, samt at de i nogen grad har oplevet, at der løbende er sket ændringer i systemet. De oplever, at det har betydning for dokumentationens kvalitet, hvor tryk man generelt er ved at bruge CSC-Vitae.

9.1 Barthel 100

Barthel 100 er en særlig del af dokumentationen, hvor der opleves store problemer. Barthel 100 skal bruges til at måle borgeren funktionsniveau ved forløbets start og ved afslutningen af et rehabiliteringsforløb. Ifølge håndbogen skal Barthel 100 være med til at kvalitetssikre borgerforløbene og højne fagligheden ved løbende at følge borgerens funktionsniveau for hermed at kunne sætte ind med den rette indsats. Samtidig skal Barthel 100 også bruges som et måleredskab til at dokumentere effekten af rehabiliteringsforløb. Barthel 100 skemaet udfyldes sammen af hjemmetræner og terapeut ved opstart af et rehabiliteringsforløb. Det er i følge håndbogen hjemmetrænerens opgave at udfylde skemaet ved afslutning af et forløb, men det er i fællesskab terapeut og hjemmetræners ansvar, at det bliver gjort. Introduktionen til Barthel 100 startede i slutningen af foråret 2016.

Hos begge private leverandører giver de udtryk for, at det ikke fungerer på nuværende tidspunkt. Hos den ene leverandør er de blevet introduceret til det, men føler sig stadig usikre i brugen. Hos den anden leverandør har de blot hørt om Barthel 100, men er aldrig introduceret til at bruge det. Terapeuterne giver udtryk for, at de ved, at Barthel 100 ikke fungerer alle steder, og at det fungerer bedre i de kommunale grupper end hos de private. Det forklarer de med, at de kommunale generelt har længere erfaring med dokumentation, og at nogle medarbejdere i de kommunale grupper desuden har været vant til at bruge Barthel 100. Terapeuternes vurdering er, at det er vigtigere at have fokus på den løbende dokumentation end Barthel 100. Visitationen er uenig i dette, da de ser Barthel 100 som et vigtigt redskab, der bør bruges af hjemmetrænere og terapeuter i fællesskab i alle rehabiliteringsforløb som et overordnet måleredskab.

Selvom dokumentationen er et problemfyldt område, hvor der er plads til forbedringer er oplevelsen hos visitationen dog, at de er sket en udvikling på området, og at dokumentationen løbende er blevet bedre. Terapeuterne er meget opmærksomme på at have fokus på, at dokumentationen hele tiden kan forbedres, og de har det blandt andet med som et fast punkt på de temadage, der årligt afholdes for alle leverandører.

9.2 Delkonklusion: Dokumentation: Dokumentation: Dokumentation: Dokumentation

Dokumentationen er et af de områder i rehabiliteringsforløbene, der er problematiske, selvom alle har forståelse for, at dokumentation er vigtig. Der opleves eksempelvis problemer med, at hjemmetrænerne ikke har tid til at dokumentere. Den løbende dokumentation er vigtig for blandt andet visitationens arbejde, og det er derfor nødvendigt, at det fremadrettet sikres, at hjemmetrænerne har tid til at dokumentere. Der visiteres ikke tid til dokumentation, da det er indeholdt i taksten for rehabiliteringsforløb, og det er derfor ledelsen hos leverandørerne, der skal sikre, at deres medarbejdere har den nødvendige tid.

Hjemmetrænerne mangler i nogen grad forståelse for hvordan og hvor meget, der skal dokumenteres. Det vurderes derfor at være nødvendigt, at der arbejdes på en forventningsafstemning mellem hjemmetrænerne og terapeuter, så der er klarhed over hvor ofte, hvor meget og hvordan, der skal dokumenteres. Denne forventningsafstemning skal også bidrage til, at medarbejdere ikke vælger hjemmetræner funktionen fra, fordi de er bange for ikke at kunne leve op til dokumentationskravene.

Barthel 100, der måler borgernes funktionsniveau, skal blandt andet bruges som redskab til at måle om rehabiliteringsforløbene har effekt. Redskabet bliver på nuværende tidspunkt ikke brugt kontinuerligt hos alle leverandører, hvilket betyder, at de data der indsamles ikke kan bruges til en effektmåling. Det er derfor nødvendigt at iværksætte tiltag, der sikrer, at Barthel 100 hurtigst muligt tages i brug af alle hjemmetrænerne og terapeuter.

10. Ledelsens betydningLedelsens betydningLedelsens betydningLedelsens betydning

Alle, der har deltaget i interviewene, er enige om, at ledelsen spiller en stor rolle for, at arbejdet med rehabilitering fungerer. Også i følge håndbogen i rehabilitering er en stærk ledelse afgørende for, at den rehabiliterende tilgang kan lykkes. Visitationen har overordnet oplevet, at gruppelederne i den kommunale hjemmepleje har fået lidt større fokus på rehabilitering, dog er der stor variation mellem grupperne. Det lidt større fokus ser visitationen blandt andet som et resultat af håndbogen om rehabilitering, der er blevet lavet fornylig.

10.1 Det ledelsesmæssige Det ledelsesmæssige Det ledelsesmæssige Det ledelsesmæssige

I forhold til det ledelsesmæssige oplever terapeuterne, at der er stor forskel mellem grupperne, og nogle steder oplever de store udfordringer. De steder, hvor de oplever forståelse og opbakning fra ledelsen, fungerer rehabiliteringen godt. De steder, hvor der ikke er fuld opbakning og forståelse fra ledelsen, er det svært at få rehabiliteringen til at fungere. Opbakningen er meget væsentlig, da det er gruppelederen og planlæggerens prioriteringer, der skal få den daglige planlægning til at gå op. Hvis ikke denne opbakning er til stede, er det en svær opgave for terapeuterne at sikre kontinuitet i borgernes forløb og sikre faglig udvikling hos hjemmetrænerne.

De kommunale gruppeledere giver udtryk for, at de oplever, at der er stor forskel på, hvordan de kommunale grupper varetager planlægningen. De kunne godt tænke sig, at opgaven blev varetaget mere ensartet, og at der var mulighed for at drøfte, hvordan det fungerer bedst.

Terapeuterne oplever, at nogle gruppeledere stadig betegner rehabiliteringen som et projekt, og terapeuterne mener derfor, at der stadig er en stor opgave i at få alle gruppeledere til at acceptere, at

rehabilitering er en "skal-opgave", der er kommet for at blive. Visitationen har den samme oplevelse af, at rehabilitering stadig ikke er accepteret som en driftsopgave i alle grupper. Samtidig er de også enige med terapeuterne i, at det er meget vigtigt, at gruppelederne bakker op om hele tankegangen bag rehabilitering og brænder for det, hvis det skal fungere. De har oplevelsen af, at det er nødvendigt, at øverste ledelse hos leverandørerne sikrer, at alle medarbejdere ved, at de skal arbejde rehabiliterende og har forståelse for den rehabiliterende tankegang. Terapeuterne udtrykker samtidig, at der er behov for, at rehabiliteringen prioriteres.

Selvom terapeuterne i nogle tilfælde føler, at de mangler opbakning og forståelse fra gruppelederne, har de samtidig stor forståelse for, at gruppelederne er pressede. Der er sket mange organisatoriske ændringer, som har gjort det svært for gruppelederne at skabe ro til at arbejde med at prioritere rehabilitering. Samtidig er gruppelederne også pressede på økonomien, hvor de har mange opgaver inden for en stram økonomisk ramme.

Terapeuterne oplever ligeledes, at de kommunale gruppeledere mangler en økonomisk gulerod i rehabiliteringsforløbene. Følelsen kan være, at hjemmeplejen skal udføre et ekstra stykke arbejde for, at visitationen kan spare penge. De økonomiske vilkår nævner de kommunale gruppeledere og til dels de private som en udfordring for rehabiliteringen.

De kommunale gruppeledere, der har deltaget i interviewene oplever selv, at det er svært at have fokus på rehabilitering i hverdagen. Borgerne i rehabilitering er ikke vigtigere end de andre borgere, og det er derfor nødvendigt, at de finder en balance mellem borgergrupperne. På samme baggrund giver gruppelederne også udtryk for, at de ikke har brug for at være på sidelinjen af forløbene hele tiden, men at de har brug for at vide, at deres medarbejdere gør et godt stykke arbejde, og at de bliver inddraget, når der er problemer.

Terapeuterne og medarbejderne hos den kommunale leverandør oplever, at planlæggeren har en stor rolle i at få rehabiliteringen til at fungere, da det er hende/ham, der skal få den daglige plan til at hænge sammen. Det er derfor vigtigt, at gruppelederen og planlæggeren spiller sammen. Terapeuterne mener samtidig, at det er vigtigt, at gruppelederne tager nogle ledelsesbeslutninger om eksempelvis, at planen skal laves, så hjemmetrænerne altid har mulighed for at deltage i hjemmetrænermøderne med terapeuten.

Helt overordnet set mener terapeuterne, at rammen omkring rehabiliteringsforløbene er en stor udfordring og bunder i ledelsesmæssige- og økonomiske udfordringer. De ser derfor ikke mulighed for, at de selv eller hjemmetrænerne kan have indflydelse på dette.

10.2 Det ledelsesmæssige

Ud fra de udtalelser, som medarbejdere og ledelse hos de private leverandører kommer med, er det tydeligt, at der er stor forskel på den rolle, ledelsen spiller hos de to leverandører. Hos den ene leverandør er ledelse meget inde over de enkelte borgerforløb og har dagligt dialog med hjemmetrænerne om borgerne. Ledelsen tager desuden også ofte kontakt til terapeuten, hvis der er spørgsmål, eller hvis de har borgere i § 83, som de mener, kan have gavn af et rehabiliteringsforløb. Ledelsen giver selv udtryk for, at det er vigtigt, at de kan guide, lede og motivere medarbejderne i forhold til rehabilitering, og derfor er det nødvendigt, at de selv har erfaring med det. Medarbejderne hos denne leverandør oplever, at ledelsen altid er synlig, og at de i høj grad kan bruge ledelsen til at sparre med. De oplever ligeledes, at de i høj grad

får lov at bruge den tid, der er nødvendig i forhold til rehabiliteringsforløbene. Det kan eksempelvis være tid til at sparre med hinanden og til at deltage i hjemmetrænermøder.

Hos den anden leverandør giver ledelsen ikke udtryk for på samme måde at være direkte involveret i borgerforløbene, men giver dog udtryk for, at de forsøger at fastholde medarbejderne i at se det gode i at bruge borgernes ressourcer. Ledelsen deltager i hjemmetrænermøder for at have fingeren på pulsen i forhold til, hvad medarbejderne har brug for og hvilke frustrationer, de oplever. Hos denne leverandør giver medarbejderne også udtryk for, at ledelsen bakker op om rehabilitering, men de giver samtidig udtryk for, at de eksempelvis mangler tid på deres hjemmetrænermøder til at komme i dybden med emner, og de føler især i aftenvagten, at der er meget begrænset mulighed for sparring. Hos samme leverandør oplever hjemmetrænerne problemer med at have tid til dokumentationen – dette gør sig ikke gældende hos den anden private leverandør. I forhold til det ledelsesmæssige fokus må det positivt konstateres, at ledelsen hos denne leverandør efterspørger mulighed for sparring og videndeling mellem leverandørerne. De mener, at alle leverandører kan lære af hinanden med de forskellige erfaringer, de har, og de efterspørger derfor et forum, hvor denne sparring og videndeling er mere formaliseret.

Opsamlende må det konstateres, at også hos de private leverandører ser det ud til, at det ledelsesmæssige fokus har stor betydning for, hvordan rehabiliteringsforløbene fungerer.

10.3 Rehabiliteringsforløbenes struktur

Visitationen er også af den opfattelse, at det ville have været en stor fordel for strukturen omkring rehabilitering, at man havde fastholdt den styregruppe som eksisterede, da rehabilitering var et projekt i form af Længst Muligt I Eget Liv. Styregruppen var med til at sikre et tæt samarbejde mellem visitationen og terapeuterne, som det er vigtigt at holde i gang. Samarbejdet fungerer fint mellem visitation og terapeuter på nuværende tidspunkt, men de vurderer, at det kunne være en fordel, hvis gruppelederne i højere grad også var en del af samarbejdet. De kommunale gruppeledere giver udtryk for, at de ikke mener, der er behov for et mere formaliseret samarbejde om rehabilitering, primært fordi der ikke er tid til det i hverdagen. De ønsker i stedet, at terapeuterne skal være bindeledet mellem de forskellige grupper og sikre erfaringsudveksling.

10.4 Delkonklusion: Ledelsens betydning: Ledelsens betydning: Ledelsens betydning: Ledelsens betydning: Ledelsens betydning

Ovenstående analyse af interviewene viser tydeligt, at det har stor betydning, at der er ledelsesmæssigt fokus og opbakning for, at rehabilitering skal fungere godt. Som på flere andre områder er der ikke tydelig forskel på, om der er tale om en kommunal eller privat leverandør, men der er i stedet stor forskel på de enkelte grupper. Det vurderes derfor, at der er behov for, at ledelsen hos alle leverandører har øget fokus på rehabilitering og på de udfordringer, der kan være i det. Samtidig er det vigtigt, at der skabes opmærksomhed på, at planlæggerne i de enkelte grupper også spiller en meget stor rolle i rehabiliteringen.

Det er tidligere nævnt, at det vurderes nødvendigt, at der bliver skabt et forum for fælles drøftelse og udvikling af rehabilitering. Et sådan forum ville også medvirke til, at det ledelsesmæssige fokus på rehabilitering ville blive skærpet. Et fælles forum ville samtidig kunne medvirke til ensretning af fx planlægning i de kommunale grupper, hvilket gruppelederne har udtrykt ønske om samt skabe det forum for videndeling og sparring, som en privat leverandør efterspørger.

Bilagsforside

Dokument Navn:	Handicapplan2017-18.docx
Dokument Titel:	Handicapplan2017-18
Dokument ID:	1727613
Placering:	Emnesager/Handicapplan CHP 2017-2018/Dokumenter
Dagsordens titel	Forslag til Handicapplanen 2017 - 18
Dagsordenspunkt nr	9
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1

Indholdsfortegnelse

Forord.....	2
Formål med planen.....	2
Processen bag handicapplanen.....	3
Vision Mission og Værdier	3
Organisering af Handicapområdet i Frederikshavn Kommune	6
Handicaptilbud i Frederikshavn Kommune	6
Interne og eksterne samarbejdspartner	8
Målopfyldelsen af Handicapplan 2012 - 2016.....	9
Indsatsområder 2017-18.....	11
1. Rehabilitering.....	12
2. Borgeren i centrum/ Professionalisering af indsatsen	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
3. Velfærdsteknologi	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
4. Sundhed	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
5. Samskabelse.....	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
Handicapplanen fremadrettet.....	16

Forord

Handicapplanen beskriver, hvordan vi vil udmønte Handicappolitikken for borgere over 18 år med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne (udviklingshæmmede og personer med erhvervet hjerneskade) i Handicapafdelingen, Center for Handicap og Psykiatri i Frederikshavn Kommune.

Handicapplanen og Handicappolitikken har på nuværende tidspunkt et uhensigtsmæssigt tidsoverlap, hvor en ny 4-årig plan for perioden 2017 – 2020 ville få baggrund i en politik, som kun gælder til udgangen af 2017. Derfor har ledelsen i CHP sammen med Handicaprådet besluttet at rette op på dette. Indeværende Handicapplan gælder for en 2-årig periode, nemlig 2017 – 2018.

Med baggrund i den kortere gyldighed for den ny handicapplan samt det forhold, at den beskriver den udvikling afdelingen allerede gennemgår og hermed ikke nye metoder eller faglige forhold, har ledelsen i CHP besluttet at lave en mere afgrænset inddragelse i processen omkring udarbejdelsen.

Handicapplanen 2017-18 beskriver indledningsvis processen bag Handicapplanen samt hvordan overgangen fra tidligere plan til denne plan tager udgangspunkt i CHPs Vision-Mission-Værdier. Herefter beskrives organiseringen af handicapområdet i Frederikshavn Kommune, som leder videre til målopfyldelse for Handicapplanen 2012 – 16 - set ud fra et brugerperspektiv.

Herefter beskrives indsatsområderne i Handicapplan 2017-18, som er:

- Rehabilitering
- Borgeren i centrum/professionalisering af indsatsen
- Velfærdsteknologi
- Sundhed
- Samskabelse

De 5 indsatsområder er en videreførelse af arbejdet med 'Vision-Mission-Værdier', og beskriver den faglige udvikling som allerede pågår i Handicapafdelingen. Der er således ikke nye metoder eller faglige forhold i planen, men en beskrivelse af de 5 indsatsområder, som, med baggrund i centerledelsens ønske om sammenlignelige planer i Center for Handicap og Psykiatri, lægger sig op ad Socialpsykiatriplanen 2015 – 18. Indsatsområderne ligger indenfor rammen af den gældende Handicappolitik.

Formål med planen

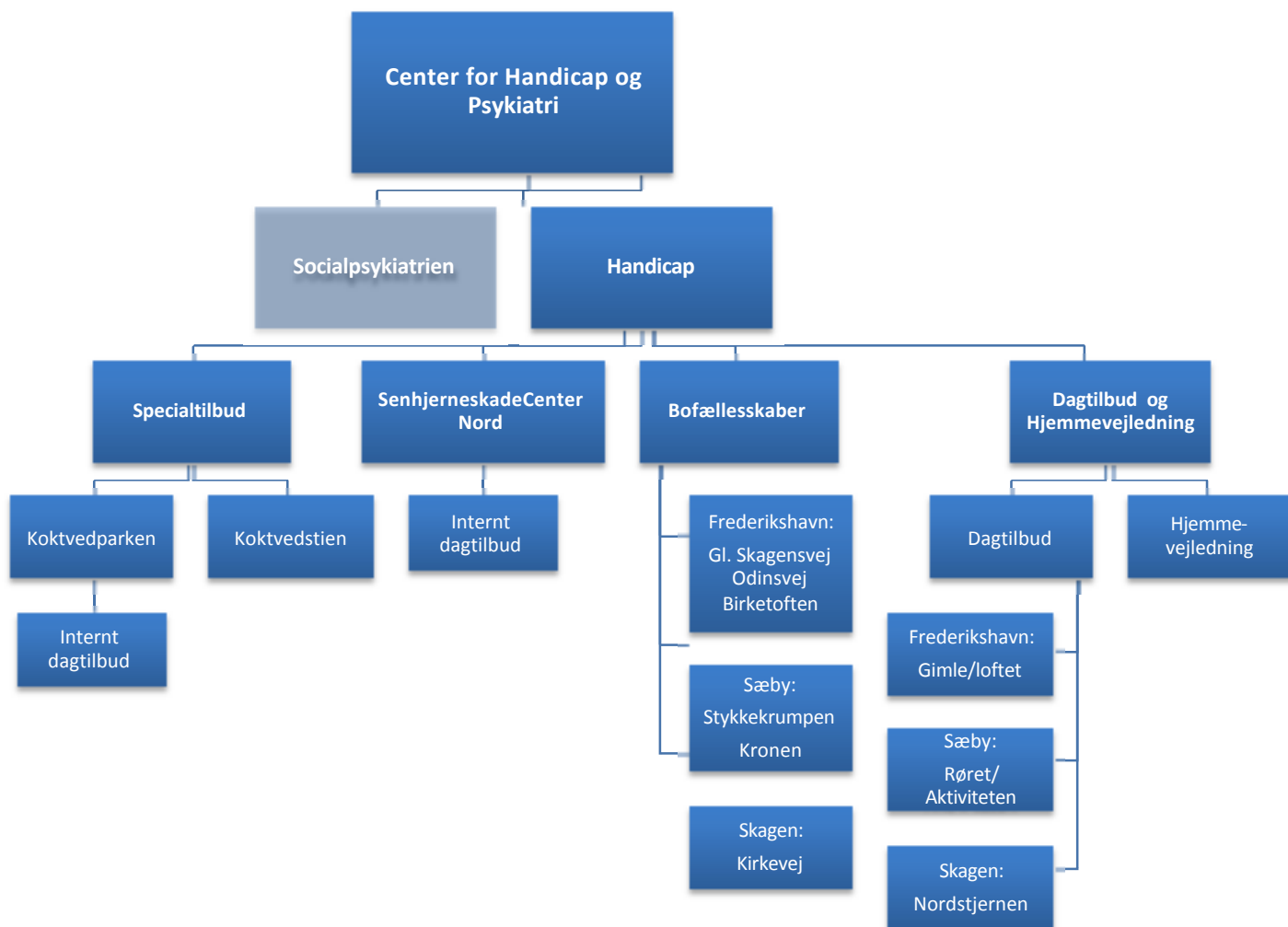
Handicapplanen skal tjene følgende formål:

- **Kortlægge og beskrive handicapområdet som det ser ud i dag**
- **Angive retning for udvikling af området i kommunen**
- **Udgøre en overordnet ramme for Handicapafdelingen**

Vision – Mission – Værdier for CHP danner baggrund for Handicapplanen 2017 –18, som således bygger på centerets værdier og tager udgangspunkt i CHPs mission.

Organiseringen af handicapområdet i Frederikshavn Kommune

Handicaptilbud i Frederikshavn Kommune



Handicapafdelingen varetager Frederikshavn Kommunes opgaver efter Serviceloven i forhold til voksne med fysisk og psykisk funktionsnedsættelse (udviklingshæmmede og personer med senhjerneskade) i forhold til både dag- og døgntilbud og hjemmevejledning til hjemmeboende. Handicapafdelingen er inddelt i fire områder:

Specialtilbuddet består af botilbud, der dækker kommunens forpligtelser efter Serviceloven, som er egnet til længerevarende ophold for voksne med væsentligt nedsat fysisk og psykisk funktionsevne med behov for døgnpleje. Specialtilbuddet består af Koktvedparken og Koktvedstien.

Bofællesskaberne består af botilbud, der dækker kommunens forpligtelser efter Serviceloven. Bofællesskaberne er egnet til ophold for voksne med betydeligt nedsat psykisk og fysisk funktionsevne, som kan fungere i et bofællesskab med bostøtte på særlige tidspunkter af dagen.

Dagtilbud og hjemmevejledning består af dagtilbud til personer med betydeligt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne til opretholdelse eller forbedring af personlige færdigheder eller livsvilkår. Tilbuddet gives efter Servicelovens § 104, og er fordelt på tilbud på Gimle, Nordstjernen, Røret/Aktiviteten og Hjemmevejledningen.

SenhjerneskeCenter Nord - SCN er både et døgntilbud med 24 timers personaledækning samt et integreret dagtilbud for borgere med en erhvervet hjerneske.

Centeret er etableret som et Living Lab, hvor brugerne inddrages i innovationsprocesser. Det giver private virksomheder og forskere mulighed for at udvikle nye produkter og serviceydelser baseret på brugernes oplevelser og perspektiver på hverdagslivet.

Tabel 1: Tilbud

	Tilbud	Antal pladser	Ydelser
Specialtilbud	<i>Koktvedparken</i>	32	SEL § 85 & ABL § 105
	<i>Internt dagtilbud*</i>	24	SEL § 104
	<i>Koktvedstien</i>	15	SEL § 85 & ABL § 105
Bofællesskaberne	<i>Frederikshavn</i>	55 + 14	SEL § 85 & ABL § 105
	<i>Sæby</i>	16	SEL § 85 & ABL § 105
	<i>Skagen</i>	24	SEL § 85 & ABL § 105
Dagtilbud og Hjemmevejledning	<i>Gimle/Loftet (Frederikshavn)</i>	100	SEL §§ 103 & 104
	<i>Nordstjernen (Skagen)</i>	25	SEL §§ 103 & 104
	<i>Røret/Aktiviteten (Sæby)</i>	20	SEL §§ 103 & 104
	<i>Hjemmevejledningen</i>	150	SEL § 85
SenhjerneskeCenter Nord	<i>SenhjerneskeCenter Nord</i>	24	SEL § 85 & ABL § 105
	<i>Internt dagtilbud*</i>	24	SEL § 104

(SEL= Serviceloven, ABL= Almenboligloven)

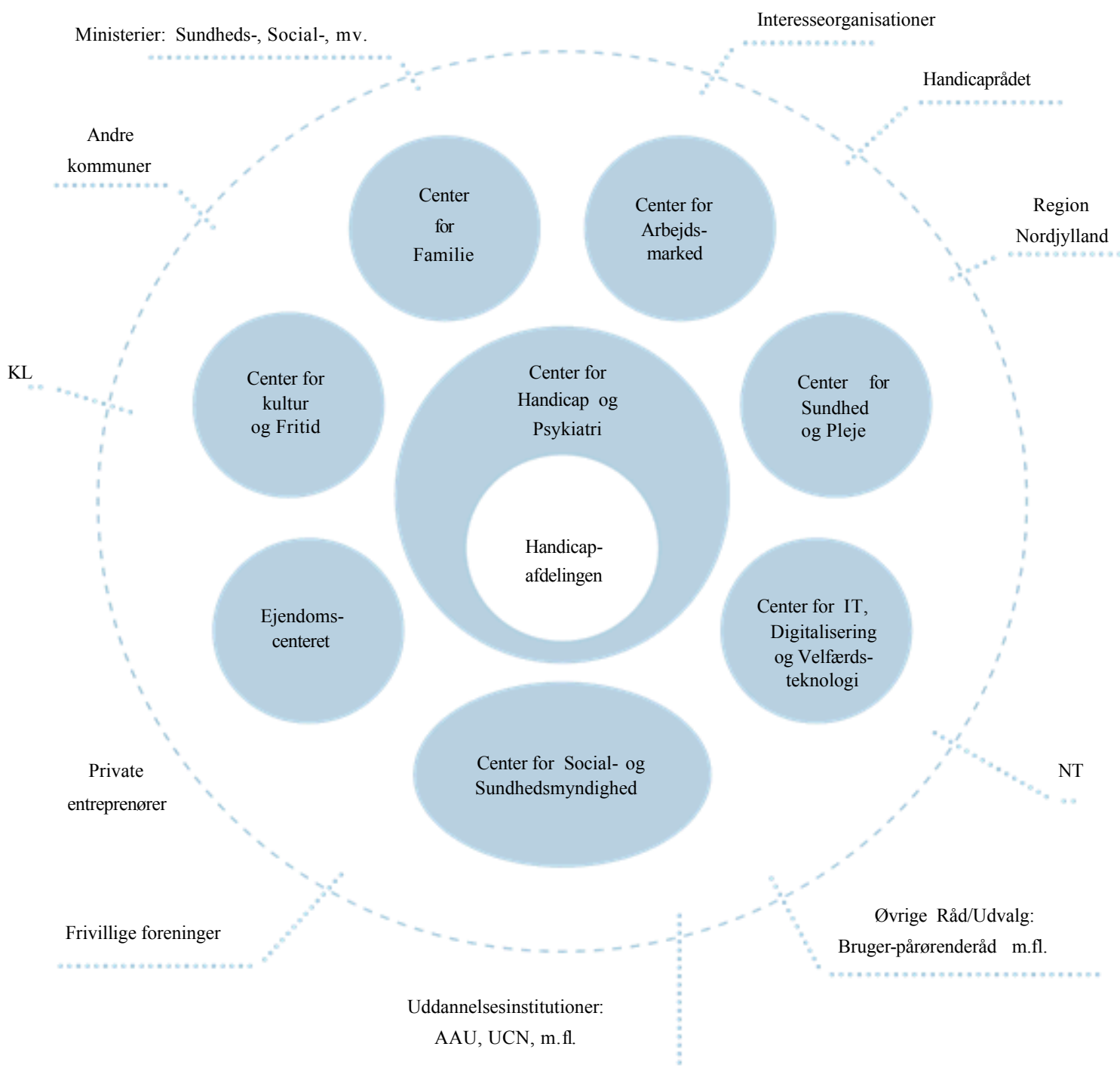
* Internt dagtilbud: De interne dagtilbud er individuelt tilpassede ydelser, der tilrettelægges på en måde, så rammerne støtter muligheden for deltagelse bedst muligt. Antallet af pladser er derfor ikke udtryk for antallet af fuldtidspladser, idet borgerne deltager i et varierende timeantal. De interne dagtilbud kan endvidere foregå i grupper eller i borgerens eget hjem eller i eksterne omgivelser.

Interne og eksterne samarbejdsparter

Handicapafdelingen er en del af Center for Handicap og Psykiatri, og har mange interne og eksterne samarbejdspartnere. Nedenstående model illustrerer hvilke centre i Frederikshavn Kommune Handicapafdelingen samarbejder med, samt hvilke eksterne aktører indgår i samarbejdet.

Handicaprådet har en særlig funktion, da rådet fungerer som kontakttled mellem borgere og Byrådet ved tilrettelæggelsen af kommunens politik på handicapområdet.

Handicaprådet bliver hørt, inden der træffes beslutninger i alle sager, der vedrører borgere med et handicap, uanset hvilket politisk udvalg sagen bliver behandlet i, og medvirker som sådan til at skabe de bedst mulige vilkår for borgere med et handicap i Frederikshavn Kommune.



Målopfyldelsen af Handicapplanen 2012-16

Handicapplanen 2012 – 16 har fokuseret på 6 indsatsområder for udviklingen af den kommunale indsats på handicapområdet. I overgangen til indeværende Handicapplan, har vi i CHP ønsket at vurdere på målopfyldelsen af indsatsområder for Handicapplanen 2012 – 16.

Med fokus på Borgeren i centrum har vi spurgt 10% af borgerne, hvordan deres oplevelse har været i forhold til de 6 indsatsområder. Samtidig har vi vurderet på, hvordan vi i afdelingen har arbejdet med de elementer, som er indeholdt i de respektive indsatsområder.

Det første indsatsområde **faglig kvalitet** har omfattet den pædagogiske referenceramme; efter- og videreuddannelse af medarbejdere; udnyttelse af kompetencer på tværs samt videokonference. Her har der særligt været lagt vægt på arbejdet med udvikling af fælles uddannelsesforløb på tværs af enhederne i Handicapafdelingen med det formål, at lave målrettet opkvalificering til en fornuftig pris. Arbejdet med udnyttelse af kompetencer på tværs er også blevet styrket, hvor vi hjælper hinanden på tværs af enhederne med udlån af medarbejdere med særlige kompetencer. Det kan være i forhold til konkrete udfordringer med demens, seksualitet eller udad-reagerende adfærd, hvor medarbejdere, som har de rigtige kompetencer ift. en borgers behov, kan 'lånes ud' for at sikre kvaliteten i indsatsen. Endelig har der løbende været fokus på den pædagogiske referenceramme, som nu er ved at blive justeret og tilpasset vores Vision-Mission-Værdier.

Borgerne har haft særlig fokus på hvordan deres samvær med personalet har været, og der er mange positive kommentarer:

En borger nævner at personalet er gode til at spørge og inddrage, en anden føler sig set og hørt, mens en tredje er glad for beboermøder fordi "chefen er med".

Der er dog også betænkeligheder ved fx at møde personale man ikke kender. En borger udtaler "Jeg er tryk ved personaler, jeg har kendt længe".

Fleksibilitet er det andet indsatsområde i handicapplanen 2012 – 16, hvor hensigten har været fleksibilitet i den enkelte borgers tilbud og tilpasning af dette ift. borgerens ændrede behov; at nytænke udvikling og uddannelse samt have fokus på borgernes mulighed for adgang til arbejdsmarkedet samt tilbagetrækning herfra.

Her har vi arbejdet for, at borgerne kan blive i egen bolig når de bliver ældre, gennem fokus på, at vi har ansat flere personaler med en SOSU baggrund, som også kan arbejde med mere plejkrævende borgere. Her ud over er der etableret et samarbejde med Center for Arbejdsmarked i forhold til udvikling af flere muligheder inden for aktivitet og beskæftigelse.

Alle adspurgte borgere har udtalt sig positivt både om det, at have mulighed for aktivitet og beskæftigelse, men også at have mulighed for at trække sig tilbage tidligere.

"Jeg har fri 2 gange om ugen – det er dejligt. Men jeg har ikke lyst til at stoppe helt. Så kommer jeg til at kede mig".

Sammenhæng i indsatsen har i planen 2012–16 fokuseret på samarbejdet med Center for Familie og overgangen fra barn til voksen. Dette område er blevet styrket betydeligt i perioden, hvilket borgernes oplevelser også peger på behovet for.

En borger udtaler om overgangen fra barn til voksen: ”Det har været træls”.

Handicapafdelingen har særligt haft etablering af samarbejdet med Center for Arbejdsmarked samt opstarten af samarbejdet med Center for Familie omkring overgangen fra barn til voksen på dagsordenen.

Dagtilbud som indsatsområde har fokuseret på at sikre den enkelte et individuelt tilpasset tilbud; at udvikle dagtilbud som passer til forskellige målgrupper som unge og ældre borgere samt samarbejde omkring etablering af tilbud på det ordinære arbejdsmarked.

I forhold til dagtilbud og arbejde er der mange svar som tyder på, at det er lykkedes at tilpasse dagtilbud og lønnet beskæftigelse med borgernes ønsker og behov:

Citater og udtalelser om dagtilbud:

”Der er plads til at være den man er”

En borger fortæller, at han er glad for at være på Gimle, og løn betyder ikke noget.

Citater og udtalelser om lønnet beskæftigelse:

Borgeren fortæller, at han er stolt af at have et arbejde, og han vil gerne cykle på arbejde og have hjælp til at komme afsted til tiden.

En anden borger fortæller, at han er glad for sine arbejdspladser – synes det er ok at møde tidligt, og vil ikke tilbage på Gimle.

Velfærdsteknologi har også været et indsatsområde, som har haft – og stadig har – stor fokus. Her har vi arbejdet med individuelt tilpasset velfærdsteknologi med indførelse af bl.a. spiserobotter, apps til vejledninger, fjernebetjening til vinduer og døre, loftslyfte mm. Alle ledere på hele social- og sundhedsområdet har været på uddannelse i forandringsledelse med velfærdsteknologi, og vi samarbejder tæt med Center for IT, Digitalisering og Velfærdsteknologi om udviklingen på området.

Der er ikke mange borgere, som har svaret direkte på, om de benytter velfærdsteknologi. Men på SCN er der blevet spurgt direkte til, hvordan borgerne oplever at have fået fjernetjente døre og vinduer samt kald på telefonen. Her fortæller flere, at de føler sig mere selvhjulpne af det, og ingen af borgerne har noget negativt at sige, om de velfærdsteknologiske løsninger de anvender.

IT som indsatsområde har fokuseret på implementering af nyt omsorgs- og journalsystem, hvilket er gennemført. Herudover har der været fokus på at øge informationsniveauet og gøre oplysninger mere tilgængelige for borgere og pårørende dels på frederikshavn.dk, dels via støtte til at anvende kommunikationsværktøjer som PC'er, tablets og smartphones og endelig via trykte materialer som alternativ til digitaliseret kommunikation.

Her har borgerne været særligt interesseret i at bruge tablets, som kan de fleste ting ift. underholdning og kommunikation.

Citater:

”Jeg søger viden om de ting, der interesserer mig i øjeblikket.”

”Jeg er glad for min Ipad og smartphone. Nogle venner bor langt væk, og jeg skriver og ringer med dem.”

”Jeg hører lydbøger – det er jeg meget glad for. Nogle gange bestiller jeg ting over internettet.”

Indsatsområder 2017 – 18

Indsatsområderne skal forstås som overskrifter, der hver rummer flere forskellige temaer.

Indsatsområderne beskriver den udvikling, som allerede pågår i afdelingen, og angiver samtidig retningen for udviklingen af Handicapafdelingen.

De 5 indsatsområder i Handicapplanen 2017 – 18 er:

1. Rehabilitering
2. Borgeren i Centrum/professionalisering af indsatsen
3. Velfærdsteknologi
4. Sundhed
5. Samskabelse

Den overordnede målsætning og vision er, at Handicapafdelingens indsats skal medvirke til at gøre borgerne så selvhjulpne som muligt, og det gældende paradigme i Handicapafdelingen er: **’Den, der kan selv, skal selv’**.

Visionen om selvhjulpne gælder for hele social- og sundhedsområdet, og bygger på antagelsen om, at borgerne ønsker at blive/være så selvstændige som muligt, og borger ved, hvad der er behov for.

1. Habilitering

De 3 grundprincipper for arbejdet med habilitering i Handicapafdelingen er:

- Bevarelse af kompetencer
- Forebyggelse af forværring
- Facilitering af udviklingsmuligheder

For Handicapafdelingens målgruppe handler habilitering for den enkelte borger om, at opnå det bedst mulige funktionsniveau - psykisk, fysisk og socialt.

Forskellen på habilitering og rehabilitering er, at rehabilitering fokuserer på genetablering af midlertidige funktionsnedsættelser, hvor habilitering retter sig mod borgere med varige funktionsnedsættelser.

Habilitering tager altid udgangspunkt i den enkelte borgers fysiske, sociale og psykiske situation og er derfor forskellig fra person til person. Tiltagene kan omfatte træning og kompensation – men fokuserer også på borgerens omgivelser, som fx fysisk tilgængelighed, sociale miljøer og generelle holdninger.² Herunder også om borgeren har en meningsfuld hverdag med aktiviteter og beskæftigelse som passer til borgerens funktionsniveau, ønsker og behov.

Vores arbejde med habilitering tager udgangspunkt i FN konventionen om rettigheder for personer med handicap³:

... deltagerstaterne skal træffe effektive og passende foranstaltninger (...) for at gøre det muligt for personer med handicap at opnå og opretholde den størst mulige uafhængighed, fuld fysisk, psykisk, social og erhvervsmæssig formåen samt fuld inkludering og deltagelse i alle livets forhold.

Handicapafdelingen vil i de kommende år:

- Have fokus på borgernes læring og udvikling
- Arbejde med udvikling af dagtilbud til specifikke målgrupper
- Videreudvikle samarbejdet omkring adgang til det ordinære arbejdsmarked
- Udarbejde handlerplaner for implementering af visionen om selvhjulpenhed

² MarselisborgCentret 2004: Rehabilitering i Danmark-Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet.

³ <http://www.dch.dk/content/konventionsteksten>

Adspurgt om hvordan de selv oplever at have udviklet sig - hvad de har lært – svarer borgerne blandt andet:

”Jeg er hver dag i botræning – ordner mit eget vasketøj – selvfølgelig bliver jeg bedre.”

”Jeg har lært, at det ikke er så svært at flytte. Jeg har lært at bo i et nyt bofællesskab med nye beboere – I starten var det svært. Nu har jeg det godt med det.”

”Jeg har lært at sige fra når der er noget jeg ikke magter eller har lyst til. Det er godt at lære. Jeg er mere glad og ikke så stresset.”

”Jeg har lært at styre mine pengesager. Nu bruger jeg ikke rub og stub”

På spørgsmålene om hvorvidt de ønsker et dagtilbud eller lønnet beskæftigelse, er svarene lige så forskellige som borgerne selv. Men flere vil gerne ud på det ordinære arbejdsmarked:

”Jeg kunne godt tænke mig at arbejde på en gård i stedet for dagtilbud”

”Vi vil gerne tjene penge”

2. Borgeren i Centrum/Professionalisering af indsatsen

Handicapafdelingen vil i de kommende år fortsætte med at se borgeren som en aktiv medspiller i det daglige arbejde og i udviklingen af nye initiativer og tilbud. Vi vil i endnu højere grad sætte borgeren i centrum, og sammen med borgeren vurdere, hvad den enkelte har behov for. Udgangspunktet for indsatsen skal være den enkeltes funktionsniveau og mestringsevne. Handicapafdelingens opgave er, at tage udgangspunkt i den enkeltes ressourcer og medvirke til at udvikle disse.

Dette stemmer overens med den overordnede vision for området, hvor formålet med indsatsen er at gøre borgerne så selvhjulpne som muligt. En aktiv inddragelse af borgeren er ligeledes en del af fundamentet i rehabilitering, hvor udgangspunktet er en samarbejdsproces hvor borgerens motivation, ønsker og behov er i centrum.

Vi sætter borgerens oplevelse i centrum, og udgangspunktet for indeværende handicapplan er der for også hvordan borgerne dels har oplevet opfyldelsen af målene for den forrige handicapplan samt hvordan borgerne forholder sig til indsatsområderne i indeværende Handicapplan.

Professionalisering af indsatsen er faglighed sat i rammer – og centrer sig hermed om medarbejderne, og vil bestå af en række tiltag, der involverer både borgere, ledere og medarbejdere i Handicapafdelingen.

Vi vil i de kommende år:

- Se borgerne som aktive medspillere i det daglige arbejde og udviklingen af nye initiativer og tilbud.

- Indføre fælles introforløb for nye medarbejdere med det formål at sikre kontinuerligt kendskab til pædagogisk referenceramme, love og regler, forflytning og risikovurdering.
- Arbejde med kompetenceudvikling af medarbejdere og ledere.

3. Velfærdsteknologi

Velfærdsteknologi er teknologiske løsninger, som kan være en hjælp for borger og/eller medarbejder, og som kan medvirke til at understøtte leveringen af velfærdsydelser.

Velfærdsteknologi er i de senere år kommet højt på den nationale dagsorden i Danmark. Det er blevet et tema ud fra en forventning om, at det kan medvirke til at skabe bedre kvalitet for borgerne, samtidig med at der sikres større effektivitet i udførelsen af den offentlige service og bedre arbejdsvilkår for medarbejderne.

I Handicapafdelingen ser vi, at velfærdsteknologiske løsninger kan bruges som en måde at øge selvbestemmelse, livskvalitet og aktiv deltagelse i samfundslivet på for borgerne. I forlængelse af det overordnede fokus på at gøre borgerne så selvhjulpne som muligt, er det derfor oplagt, at vi i de kommende år vil have yderligere fokus på velfærdsteknologi.

Handicapafdelingen vil i de kommende år:

- Have fokus på at oprette projekter, hvor vi afprøver forskellige former for velfærdsteknologi.
- Implementere velfærdsteknologiske løsninger som giver mening for den enkelte borger.
- Implementere velfærdsteknologiske løsninger, som understøtter et godt arbejdsmiljø for medarbejderne.

4. Sundhed

Kommunens sundhedspolitik sætter overordnet fokus på samtlige borgeres sundhedstilstand, hvilket blandt andet kommer til udtryk i form af et øget fokus på de såkaldte KRAM faktorer, der betyder, at indsatser angående kost, rygning, alkohol og motion prioriteres.

Sundhed er et indsatsområde i Handicapafdelingen fordi det forventes, at øget sundhed vil medføre bedre livskvalitet og et mere aktivt hverdagsliv. Vi tror på, at bedre sundhed for den enkelte borger vil resultere i mere tro på egne evner og hermed også mere selvhjulpnehed.

For at understøtte en sundere livsstil i forhold til kost og motion samarbejder Handicapafdelingen med Mob Din Krop, som hjælper den enkelte borger med at finde et passende idrætstilbud, og koordinerer den samlede indsats på idrætsområdet for både handicap og psykiatri. Endvidere tager kommunens diætister, organiseret i Sundhedsfremme og Forebyggelse, ud på de forskellige tilbud og rådgiver om kost.

Vi har spurgt borgerne, hvad de forstår ved sundhed – og hvordan de spiser og bevæger sig i hverdagen.

Næsten alle adspurgte borgere bevæger sig regelmæssigt – og aktiviteterne spænder fra korte gåture og bowling over cykling til vægttræning og svømning.

I forhold til kosten forbinder de fleste sundhed med frugt og grønt – men det er ikke det, de foretrækker at spise. Yndlingsretterne er oftest traditionel dansk mad som sovs og kartofler, flæskesteg, frikadeller og lignende.

Generelt er svarene centreret om kost og motion, men der er også en enkelt borger, som mener sundhed er lig med kærlighed og at gå til lægen når man er syg. Hermed bliver vi mindet om, at sundhed handler om andet og mere end kost og motion, og skal ses i et bredt perspektiv.

Vi vil i de kommende år:

- Have fokus på sundhed som en ressource, der giver mulighed for at mestre hverdagen for borgerne i Handicapafdelingen.
- Arbejde videre med at implementere relevante anbefalinger fra Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker.
- Arbejde målrettet på at mindske den sociale ulighed i sundhed.

5. Samskabelse

Samskabelse handler om, at vi er flere, som er ansvarlige for indsatsen. Handicapafdelingen vil gerne samarbejde med frivillige foreninger og med pårørende i opgaveløsningen. Her ud over handler samskabelse også om, at borgerne får et netværk, som rækker ud over Handicapafdelingen. Endelig er samskabelse også det tværfaglige samarbejde mellem kommunens fagcentre, som er nødvendigt for at lave en helhedsorienteret og sammenhængende indsats.

Det er en væsentlig opgave for Handicapafdelingen at understøtte, at borgerne kan opbygge og vedligeholde et socialt netværk.

Vi har spurgt borgerne, om de oplever, at de har et netværk udenfor institutionen.

De fleste borgere er ofte sammen med deres familier, og flere har også kærester og venner som de er sammen med:

”Jeg besøger min mor næsten hver weekend og jeg har jo også en kæreste, som jeg besøger. Ellers kender jeg mange, jeg taler med”

”Jeg har nogle veninder, som jeg mest ser på arbejdet”

Men flere ønsker sig en besøgsven eller en ledsager, som kan tage med på flere ture ud af huset, eller som er gode at snakke med:

”Jeg ønsker mig en ledsager, så jeg kan komme på flere ture”

”Når jeg går nede i byen, kan jeg se folk gå og snakke sammen. Det vil jeg også gerne have en at gøre med”

At bryde med social isolation og få adgang til sociale fællesskaber højner trivslen for de fleste af os. Derfor vil Handicapafdelingen have samarbejdet med frivillige foreninger og klubber som et fokusområde i de kommende år.

Endelig er tværfagligt samarbejde et vigtigt element i at kunne levere en helhedsorienteret og sammenhængende indsats, og derfor samarbejder Handicapafdelingen med mange interne og eksterne aktører (se modellen side 8). Særligt fokuserer vi på samarbejdet med Center for Arbejdsmarked hvor vi i fællesskab faciliterer muligheder for Handicapafdelingen borgere på arbejdsmarkedet. Samarbejdet med Center for Familie prioriteres også højt i de kommende år, hvor særligt overgangen fra barn til voksen er i fokus.

Handicapafdelingen vil i de kommende år:

- Arbejde med udgangspunkt i Frederikshavn Kommunes Politik for frivilligt socialt arbejde og være opsøgende i forhold til at inddrage frivillige organisationer i opgaveløsningen.
- Prioritere det gode samarbejde med pårørende højt.
- Videreudvikle det tværfaglige samarbejde med kommunens øvrige fagcentre samt eksterne aktører.

Handicapplanen fremadrettet

Indeværende Handicapplan gælder til udgangen af 2018, og vi vil i Handicapafdelingen arbejde aktivt med de 5 indsatsområder i hele den periode.

Men allerede om 1 år opstartes processerne omkring Handicappolitikken 2018 – 21 samt den nye Handicapplan.

Her vil være en omfattende og inkluderende borgerinddragelse – både i udarbejdelsen af ny politik og ny plan samt i evalueringen af målopfyldelsen for initiativerne i Handicappolitikken 2014-17 samt indeværende Handicapplan.

Bilagsforside

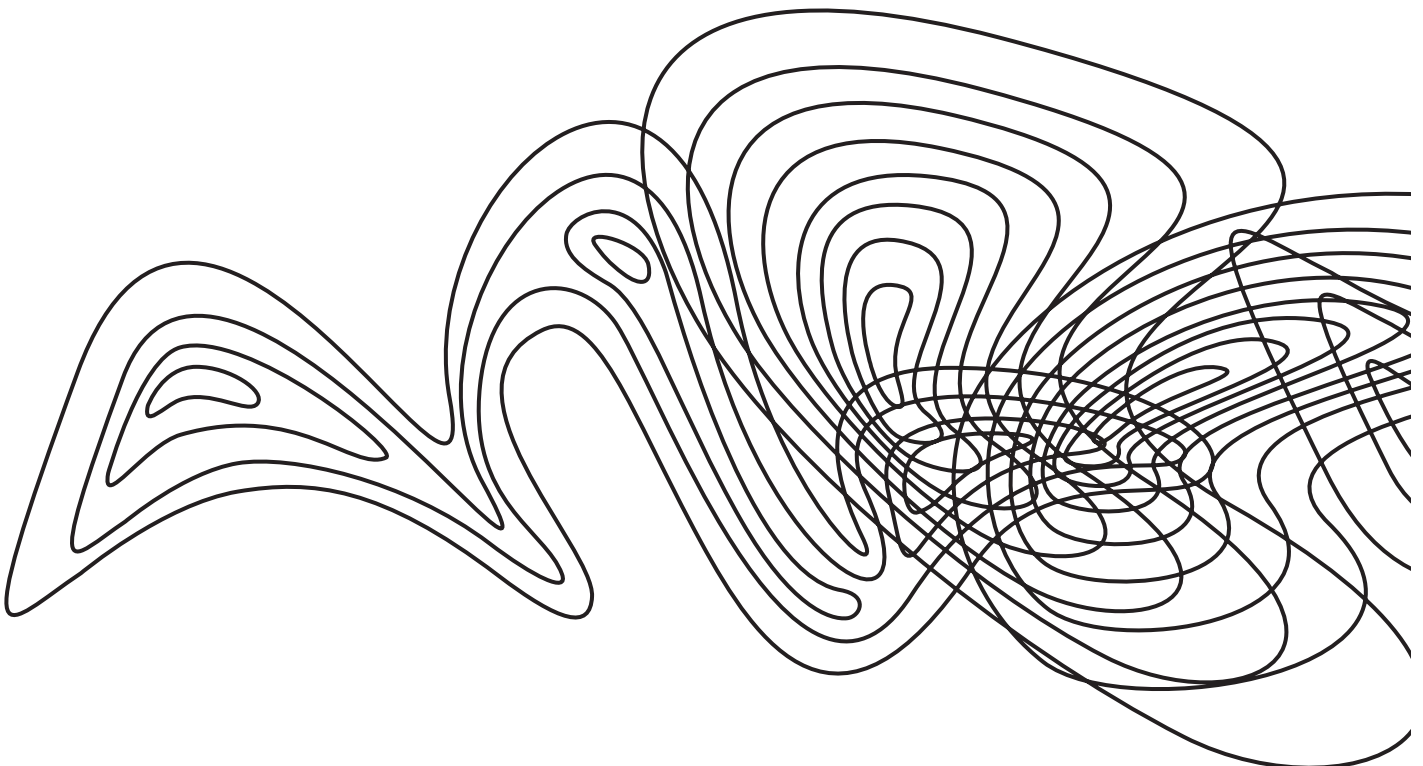
Dokument Navn:	Folkeoplysningspolitik - pdf til høring.pdf
Dokument Titel:	Folkeoplysningspolitik - pdf til høring
Dokument ID:	1723953
Placering:	Emnesager/Høring af folkeoplysningspolitik /Dokumenter
Dagsordens titel	Folkeoplysningspolitik i høring
Dagsordenspunkt nr	12
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1



Udkast til ny Folkeoplysningspolitik

Vision

Alle borgere i Frederikshavn Kommune skal have lige adgang til folkeoplysende aktiviteter og fællesskaber, der er inkluderende, øger den mentale og fysiske sundhed, fremmer oplevelsen af medborgerskab og forståelsen af at leve i et demokratisk samfund.



Målsætninger

Frederikshavn Kommune ønsker, at folkeoplysningen er/har:

Tilgængelig

Det skal være nemmere at drive folkeoplysende virksomhed. Det kan ske ved at smidiggøre regler, sikre tilgængelige faciliteter, understøtte nye organiseringsformer og anvende teknologier og videreudvikle mulighederne i selvbetjeningsløsninger.

Inkluderende

Borgernes bevidsthed om folkeoplysningen skal styrkes – at det folkeoplysende er en del af den demokratiske dannelse – det at være samfundsborger i Danmark, det at deltage og føle sig inkluderet.

Udviklende

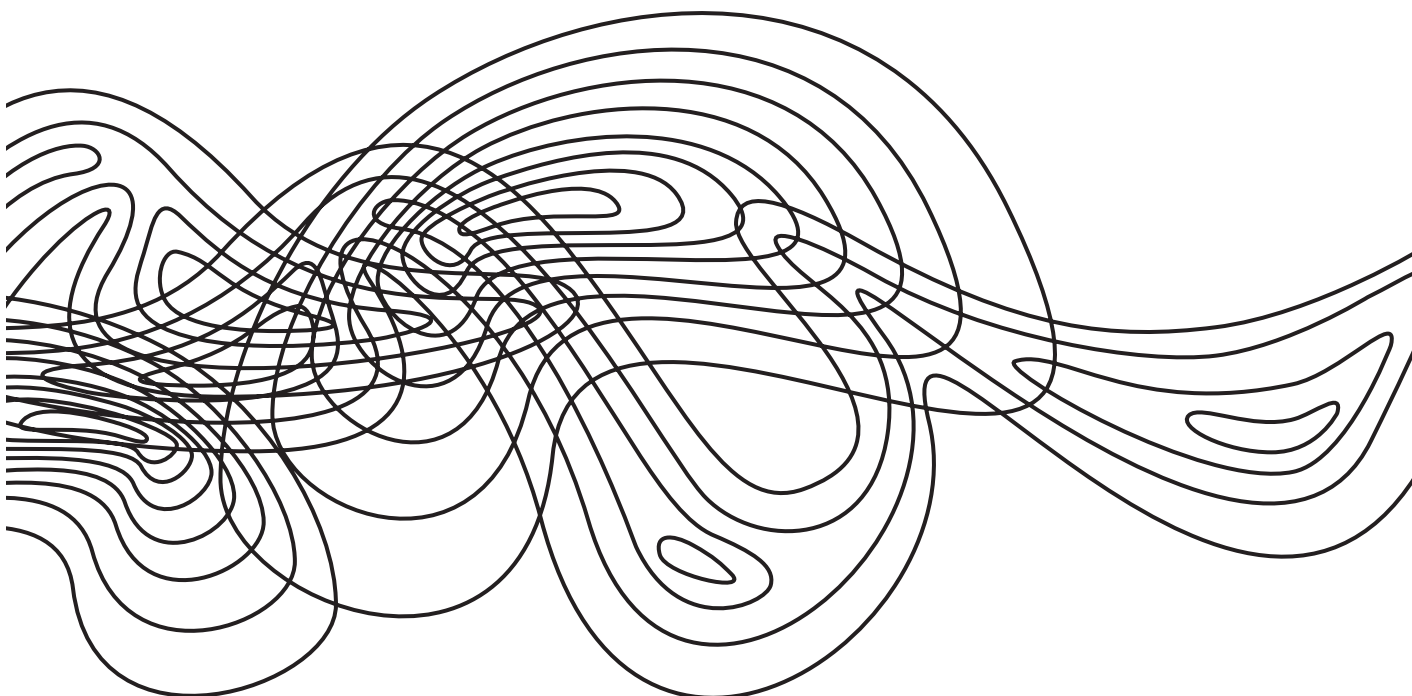
Der skal skabes bevægelse i det folkeoplysende mod endnu større grad af ansvar for udvikling af området som helhed og i samspil med omgivende aktører.

Synlig

Folkeoplysningen skal understøtte læringsmiljøer, der sikrer videndeling blandt de folkeoplysende virksomheder – og skaber synlighed i lokalområdet om de folkeoplysende aktiviteter.

Udsyn

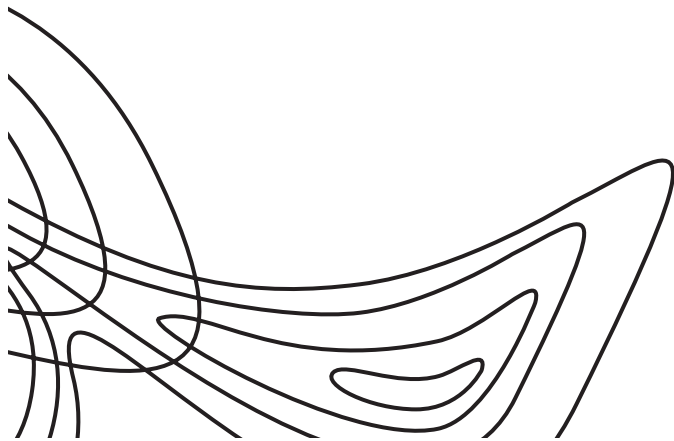
Der skal sikres sammenhæng til andre områder for at skabe medejerskab, samarbejde og udviklingsfællesskaber med civilsamfundet og relevante partnere – eksempelvis børn og unge, handicap, ældre, landdistrikts- og byudvikling, det sociale område.



Folkeoplysning for alle

I Frederikshavn Kommune definerer vi folkeoplysningen som en del af den danske kultur og demokratiske arv. Den er et fællesskab og et redskab.

- Et fællesskab, hvor mennesker mødes og udveksler viden, erfaringer og synspunkter
- Et redskab, der giver mulighed for at deltage i samfundet og påvirke eget og andres liv



I Frederikshavn Kommune vægter vi fællesskabet højest ved godkendelse af folkeoplysende foreninger. Det er foreningens grundlag, der er vigtig:

- At folkeoplysende aktører tager det folkeoplysende alvorligt, hvilket betyder, at foreningen sikrer et åbent, inkluderende og dialogorienteret fællesskab for alle, hvor deltagerne bliver aktive medskabere
- At det folkeoplysende arbejde bidrager til aktiv deltagelse, frivillig indsats og livslang læring
- At det folkeoplysende område og interesser i fællesskab sikrer de bedst mulige rammer for en fortsat udvikling af folkeoplysende aktiviteter

Sagt kort: Udvikling af folkeoplysningen realiseres gennem forpligtende fællesskaber.

Folkeoplysningsudvalget

I Frederikshavn Kommune kalder vi §35, stk. 2-udvalget for Folkeoplysningsudvalget.

Udvalget er sammensat af aktører fra og repræsentanter med interesse for det folkeoplysende. Nærmere beskrivelse af udvalgets sammenhæng kan ses i udvalgets vedtægter.

Hovedopgaven for udvalget er at sikre, at den folkeoplysende virksomhed inddrages i alle sammenhænge af generel betydning for det folkeoplysende. Det drejer sig blandt andet om udviklingstiltag, anlægsprojekter, lokalefordeling, definition af ansøgningsbetingelser mv. Inddragelse forud for vedtagelsen af folkeoplysningspolitik, budget for det folkeoplysende område og regler for tilskud til det folkeoplysende er også udvalgets opgaver.

Udvalget refererer til Kultur- og Fritidsudvalget.

De folkeoplysende aktører

I Frederikshavn Kommune vægter vi, at den folkeoplysende virksomhed har en tydelig stemme i demokratiske debat.

Som talerør for de folkeoplysende idrætsforeninger og de folkeoplysende ungdomsforeninger er de to paraplyorganisationer, Idrætssamvirket og Frederikshavn Ungdoms Fællesråd, med til at styrke og fremme foreningers interesser i kommunen.

Den folkeoplysende voksenundervisning har stærke aktører gennem kommunens aftenskoler, som hver især fungerer som talerør for sit område.

De to paraplyorganisationer samt aftenskolerne er repræsenteret i Folkeoplysningsudvalget og fungerer som sparrings- og samarbejdspartner for det politiske system.

Udviklingspulje

Den lovbestemte udviklingspulje er målrettet udviklingsarbejde indenfor det folkeoplysende område.

Udviklingspuljen kan søges af foreninger og voksenundervisning – samt af grupper, der ikke traditionelt ses som en del af det folkeoplysende – og som idag ikke får tilskud efter reglerne i folkeoplysningsloven.

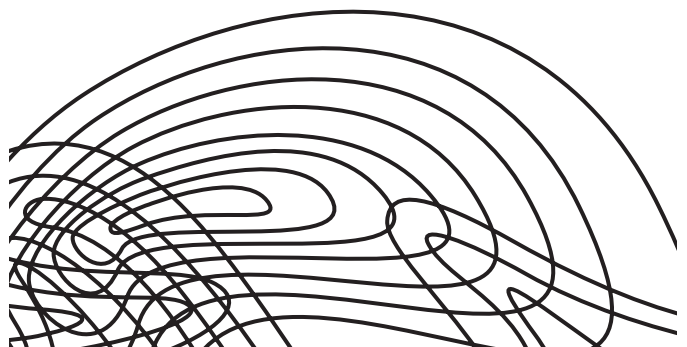
I Frederikshavn Kommune ønsker vi:

- at identificere og igangsætte endnu flere aktiviteter, der ligger i randområdet af det traditionelt folkeoplysende, for at endnu flere borgere får del i midler og muligheder – og får berøring med de grundlæggende værdier i folkeoplysningen
- at motivere til mere læring og ledelse i det folkeoplysende gennem uddannelse af aktører indenfor det folkeoplysende

- at der udvikles nye samarbejder, foreningsformer og netværk, der er med til at styrke det folkeoplysende i en mere individbaseret verden

Ansøgninger med projekter til udviklingspuljen skal opfylde følgende krav:

- projektet skal forny det folkeoplysende område
- projektet skal rette sig imod nye målgrupper, nye organisationsformer eller ny viden
- der lægges vægt på projekter, der ansøges af en partnerkreds



Prioriterede spor

I Frederikshavn Kommune ønsker vi at prioritere tre spor for det folkeoplysende område, der skal understøtte politikkenes målsætninger og føre videre til konkrete handlinger:

1. Den frivilligt drevne indsats
2. Inklusion
3. Samarbejde med tilgrænsende aktiviteter
4. Forebyggelse af frafald i foreningslivet

1. Den frivilligt drevne indsats

Den frivilligt bårne indsats er en uvurderlig ressource. De folkeoplysende foreninger er båret af en energi og interesse, som mange frivillige yder hver dag.

Den frivillige indsats er samtidig under pres, da det er svært at rekruttere frivillige til enten bestyrelsesarbejde, som træner eller underviser, eller det at køre de aktive til træningskamp i nabobyen.

I Frederikshavn Kommune vil vi sikre, at frivillighed også er en del af fremtiden.

Det skal ske ved:

- Påskønnelse og anerkendelse af den frivillige indsats blandt andet gennem uddeling af priser
- Være fleksible i tilrettelæggelsen og organiseringen af den frivillige indsats
- Udvikling og formidling af værktøjer til fastholdelse og rekruttering af frivillige
- Samarbejdsbånd eller partnerskaber med relevante partnere
- Skabe synlighed om lokalsamfundets tilbud

2. Inklusion

Det folkeoplysende område udfordres og forandres konstant. På flere fronter.

En udfordring er dannelse af nye organisationsformer, som tilbyder folkeoplysende aktiviteter. Er de folkeoplysende? Hvad med de (nye) borgere, som måske ikke kender de folkeoplysende værdier – hvordan kan de tage del i folkeoplysningen? Og hvordan sikrer vi faciliteter til alle folkeoplysende aktiviteter i lyset af kommunens demografiske udvikling og bosætningsmønstre?

I Frederikshavn Kommune vil vi en inkluderende folkeoplysning. Der skal være plads til at alle, som ønsker at udvikle og bidrage til det folkeoplysende, kan deltage. Det drejer ikke kun om inklusion af nye medlemmer, men i lige så høj grad om hvordan vi møder andre folkeoplysende aktører, og hvordan vi deler de faciliteter, der er til rådighed.

Det skal ske ved:

- Inklusion af nye målgrupper i det etablerede foreningsliv
- Åbenhed overfor andre eller nye målgrupper og organisationsformer, som er beslægtet med det folkeoplysende – eksempelvis selvorganiserede grupper, sociale foreninger og landsbyråd
- Samarbejdsbånd eller partnerskaber med tilgrænsende områder, der medudvikler eller supplerer det folkeoplysende område
- Facilitetsudvikling af engagerede fællesskaber og samlingspunkter, hvor foreninger, brugere og civilsamfundet mødes – i kommunens hovedbyer og landsbyer

3. Samarbejde med tilgrænsende aktiviteter

I Frederikshavn Kommune findes et rigt udvalg af aktiviteter, der foregår i fritiden. Nogle af dem er folkeoplysende, mens andre grænser op til at være folkeoplysende.

Det drejer sig eksempelvis om kommercielle udbydere af fitnessstræning og filmvisning, eller foredrag arrangeret af offentlige institutioner.

Disse aktiviteter kan enten ses som en konkurrent til de folkeoplysende aktiviteter eller som et supplement. I Frederikshavn Kommune mener vi, at tilgrænsende aktiviteter er et supplement til de folkeoplysende aktiviteter, ved at det kan styrke kendskabet til de folkeoplysende foreninger og øge antallet af medlemmer.

Det skal ske ved:

- Koordinering af aktivitets- og programplanlægning
- Samstemme fokusområder og emner for sæsonen

- Forsøgsordning med arrangementer som appetitvækker forud for aktivitetsprogram
- Facilitetsudvikling, der forener og samskaber aktiviteter på tværs af organisering

4. Forebyggelse af frafald i foreningslivet

Børn og unges deltagelse i folkeoplysende foreninger falder, når børnene bliver teenagere.

I Frederikshavn Kommune vil vi gerne fastholde børn og unge i foreningsbaserede aktiviteter, da vi tror på, at aktiviteter, som udøves i fællesskab, styrker børnenes sociale kompetencer. Vi tror på, at et stærkt socialt netværk er en vigtig ressource for børns identitetsdannelse og trivsel.

Det skal ske ved:

- Indsatser der forebygger frafald i foreningslivet blandt børn og unge
- Tiltrækning af målgrupper, der ikke tidligere har været foreningsaktive

Afslutning

Frederikshavn Kommunes folkeoplysningspolitik er gældende fra 2017-2020.

Politikken er et arbejdsredskab, der sætter retningen for det daglige arbejde med den folkeoplysende virksomhed. Den vil blive fulgt op af indsatser, projekter og aktiviteter, der levendegør politikken.

Frederikshavn Kommune
Forår 2017

Lovgivning og økonomi

Denne politik udspringer af §34 i Folkeoplysningsloven, lovebekendtgørelse nr. 854.

Foreninger, der ønsker at blive folkeoplysende, godkendes efter lovens bestemmelser og Frederikshavn Kommunes egne retningslinjer for området. I Frederikshavn Kommune er 280 foreninger godkendt som folkeoplysende – heraf 270 som frivillig folkeoplysende forening og 10 som folkeoplysende voksenundervisning.

Det samlede økonomiske ramme på området er i 2017 budgetteret til 25 mio. kr.



FREDERIKSHAVN KOMMUNE



Frederikshavn Kommune

Rådhus Allé 100
9900 Frederikshavn
Tel.: +45 98 45 50 00

post@frederikshavn.dk
www.frederikshavn.dk

Bilagsforside

Dokument Navn:	Sygefraværstatistik_Okt2016.doc
Dokument Titel:	Sygefraværstatistik Oktober 2016
Dokument ID:	1726737
Placering:	Emnesager/Sygefraværstatistik 2016/Dokumenter
Dagsordens titel	Sygefraværstatistik oktober 2016 (SOU)
Dagsordenspunkt nr	14
Appendix nr	1
Relaterede Dokumenter:	1

Sygefraværstatistik Frederikshavn Kommune

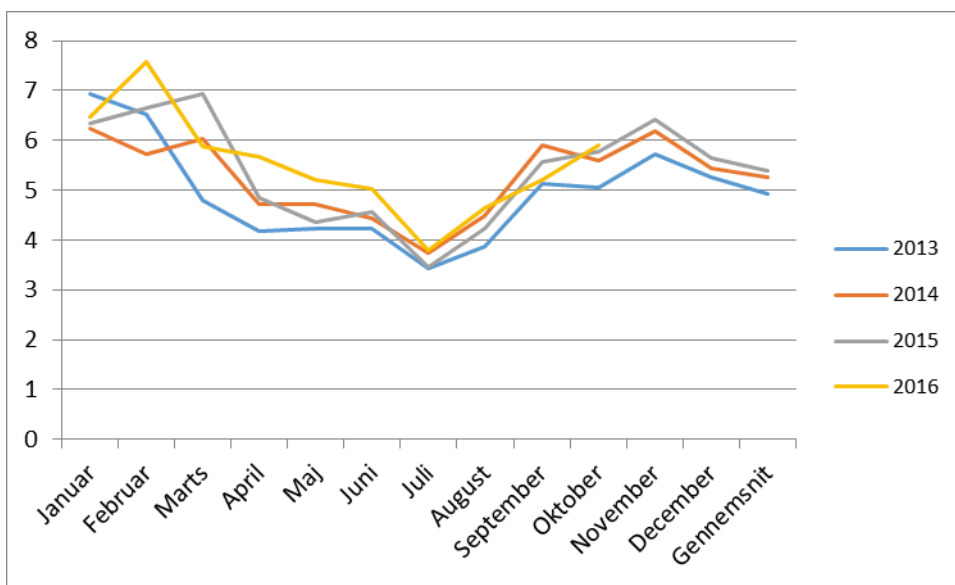
Dato: 16. november 2016

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

Sagsnummer:
EMN-2016-01155

Forfatter:
Pernille Dreier

Emne:
Sygefraværstatistik
Frederikshavn Kommune



	2013	2014	2015	2016
Januar	6,93	6,23	6,35	6,46
Februar	6,52	5,72	6,65	7,59
Marts	4,81	6,04	6,92	5,88
April	4,17	4,73	4,84	5,66
Maj	4,22	4,71	4,36	5,21
Juni	4,22	4,44	4,57	5,03
Juli	3,43	3,75	3,46	3,80
August	3,88	4,48	4,23	4,64
September	5,12	5,91	5,56	5,20
Oktober	5,06	5,6	5,76	5,91
November	5,73	6,2	6,42	
December	5,25	5,43	5,65	
Gennemsnit	4,93	5,26	5,38	



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

Sygdomsrelateret fraværsprocent	Okt. 2015	Nov. 2015	Dec. 2015	Jan. 2016	Feb. 2016	Mar. 2016	Apr. 2016	Maj 2016	Juni 2016	Juli 2016	Aug. 2016	Sep. 2016	Okt. 2016	Gns.
Ejendom	7,81	7,95	5,57	6,17	7,99	5,38	4,95	4,08	4,42	3,87	3,96	4,76	6,66	5,62
Økonomi og Personale	0,98	1,70	1,16	3,52	3,35	4,13	3,22	2,46	2,50	2,13	3,73	3,79	3,05	2,61
IT, Digitalisering og Velfærdsteknologi	0,14	3,83	1,03	3,85	4,08	4,22	0,56	1,00	1,45	0,31	3,86	3,57	3,20	2,40
Park og Vej	4,03	4,55	4,27	2,78	3,69	2,73	3,05	2,58	3,27	1,45	1,98	3,82	5,44	3,34
Teknik og Miljø	3,56	5,33	2,88	2,83	4,83	2,37	3,29	2,77	2,82	1,93	4,48	4,48	4,88	3,57
Udvikling og Erhvervssekretariatet		1,44	1,24	1,11		0,33	0,37		0,34			6,88	5,91	1,26
Familie	5,86	5,43	5,00	6,14	7,72	5,20	5,73	4,22	3,94	2,09	2,91	4,25	5,37	4,87
Børn og Skole	5,79	6,60	5,63	6,64	7,54	6,06	5,96	5,69	5,32	3,75	4,31	5,29	5,88	5,72
Arbejdsmarked	5,71	5,86	4,07	6,29	7,14	4,16	5,29	8,03	6,19	3,73	5,04	5,56	4,98	5,54
Ungeenhed	6,86	9,94	9,29	7,19	9,95	9,31	6,87	6,47	6,93	3,49	4,97	5,28	7,79	7,34
Ungdomsskole, Ungdomsklubber & SSP	3,97	4,14	1,34	3,60	4,64	1,37	2,28	2,47	2,73	1,64	2,14	3,17	4,00	2,87
Kultur og Fritid	0,66	2,51	2,28	1,87	6,75	6,64	3,56	2,81	2,37	1,27	2,11	4,26	6,47	3,46
Sundhed og Pleje	6,21	6,65	6,71	7,45	7,77	6,78	6,03	5,18	5,24	4,57	5,67	5,72	6,10	6,14
Ledelsessekretariat	1,39		0,67	3,19	1,47	4,64	1,20	0,35	0,34		1,08	0,73	2,31	1,34
Social- og Sundhedsmyndighed	4,48	3,55	3,31	3,15	3,05	3,24	3,69	2,26	2,41	2,80	3,18	3,06	3,17	3,18
Bibliotek og Borgerservice	5,03	4,46	3,44	5,27	6,06	4,65	4,60	4,18	4,77	2,68	3,53	4,45	6,14	4,55
Handicap og Psykiatri	7,72	8,93	7,42	7,73	10,82	6,80	6,94	6,64	6,24	4,94	5,86	5,85	7,04	7,12

Bemærkninger til ovenstående statistik

Alle ovenstående data er trukket i KMD Opus Fravær i rapporten "Sygdomsrelateret fraværsprocent, LPT171" den 15. november.

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.