



03-08-2016

### Notatark

## Strategi for sundhedsudvikling

Organisationsændringen ved årsskiftet 2015-2016 skete bl.a. på baggrund af et politisk krav om at prioritere sundhed højere.

Der er grundlæggende to mål med ønsket om at prioritere sundhed højere:

- At forbedre sundhedsprofilen
- At reducere udgifterne på sundhedsområdet

### Sundhedsprofilen

I Region Hovedstadens sundhedsprofil inddeles de 29 kommuner i fire forskellige kommunesocialgrupper, da faktorer som indkomstniveau, uddannelsesniveau og tilknytning til arbejdsmarkedet er afgørende for forståelsen af den enkelte kommunes sundhedsprofil. Det giver med andre ord ikke mening at sammenligne sundhedstilstanden for borgere i Gentofte med sundhedstilstanden for borgere i Ishøj, da deres socio-økonomiske vilkår er så forskellige, at det afspejles i sundhedstilstanden.

Sundhedsstyrelsen opererer med begrebet "social ulighed i sundhed", som beskriver det faktum at sundhedsrisici og sygdomme er socialt skævt fordelt i samfundet, og dermed at en socialt dårligt stillet borgere statistisk set har højere risiko for sygdomsudvikling og en højere dødelighed. Det betyder, at borgernes udsathed for sundhedsrisici og sygdom stiger i takt med, at den sociale position falder. Blandt de faktorer, der har betydning for dette er uddannelseslængde, indkomst, beskæftigelsesforhold, boligforhold og etnicitet.

I Region Hovedstadens Sundhedsprofil 2013 fremgår det, at "for at anskueliggøre i hvilket omfang, der eksisterer sociale forskelle i sundhed på tværs af kommuner og bydele i Region Hovedstaden, er de 29 kommuner og 10 københavnske bydele inddelt i fire kommunesocialgrupper i sundhedsprofilen. Kommunesocialgruppe 1 indeholder kommuner og bydele, hvis borgere gennemsnitligt er socialt bedst stillet, mens kommunesocialgruppe 4 indeholder kommuner og bydele, hvis borgere gennemsnitligt er socialt dårligst stillet" (Sundhedsprofilen 2014, side 42).

Det giver på den måde ikke mening at sammenligne sundhedstilstanden for borgere i Gentofte med sundhedstilstanden for borgere i Ishøj, da deres socio-økonomiske vilkår er så forskellige at det afspejles i sundhedstilstanden. Ishøj Kommune er en del af kommunesocialgruppe 4 (som er den "dårligste"), sammen med bl.a. Albertslund og Brøndby.



Kommunesocialgruppe 1	Kommunesocialgruppe 2	Kommunesocialgruppe 3	Kommunesocialgruppe 4
Allerød	Frederiksberg	Ballerup	Albertslund
Dragør	Frederikssund	Glostrup	Bornholm
Egedal	Gladsaxe	Halsnæs	Brøndby
Fredensborg	Gribskov	Herlev	Høje-Taastrup
Furesø	Helsingør	Hvidovre	Ishøj
Gentofte	Hillerød	Kbh Amager Vest	Kbh Bispebjerg
Hørsholm	Kbh Indre By	Kbh Amager Øst	Kbh Brønshøj-Husum
Lyngby-Taarbæk	Kbh Vanløse	København	Kbh Nørrebro
Rudersdal	Kbh Østerbro	Rødovre	Kbh Valby
	Vallensbæk	Tårnby	Kbh Vesterbro/Kgs Enghave

*Kommunesocialgrupper i Region Hovedstadens sundhedsprofil 2013*

Stabsenhed for Sundhedsudvikling har udarbejdet en lokal version af den seneste Sundhedsprofil (fra 2013), hvor tal fra Ishøj er kombineret med tilsvarende tal fra kommuner i samme kommunesocialgruppe såvel som regionsgennemsnittet. For uddybning om sundhedsprofilen og kommunesocialgrupper henvises til denne "Sundhedsprofil for Ishøj 2013".

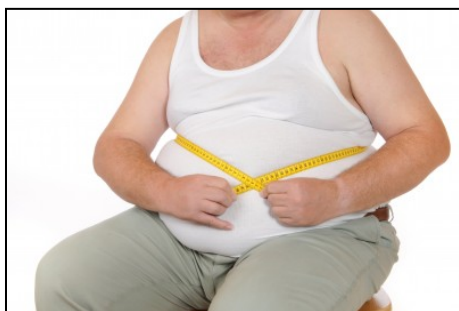
Den sociale ulighed i sundhed indebærer, at forbedring af sundhedsprofilen forstået som at flytte Ishøj Kommune fra kommunesocialgruppe 4 til en af de andre kommunesocialgrupper ikke alene er et spørgsmål om at prioritere sundhedsindsatsen. De socio-økonomiske faktorer, der er gældende for store dele af befolkningen i Ishøj, er af afgørende betydning for sundhedsprofilen og ses i øget risiko for sygdomsudvikling og øget dødelighed.

Der er mange faktorer, der påvirker et menneskes sundhed og sygdomsrisiko. Nogle faktorer kan reguleres ved adfærdsændringer med udgangspunkt i det enkelte menneske, mens andre har et mere samfundsorienteret perspektiv. I sagens natur vil det primære fokus for Sundhedsudvikling være på det to cirkler, der i illustrationen er tættest på borgeren (individuelle livstilsfaktorer og sociale-/fællesskabsfaktorer). De øvrige faktorer er dog af afgørende betydning hvis der skal ændres ved de grundlæggende vilkår, der former sundheds-vilkårene – men de har et perspektiv, som efter administrationens vurdering først bør adresseres på længere sigt.

Mange borgere – også i Ishøj – har ressourcer til selv at regulere eller opsøge hjælp hvis de har brug for at ændre sundhedsadfærd eller udvikler uhensigtsmæssige sundhedsfaktorer. Disse borgere kan, hvis de har brug for hjælp, drage nytte af ordinære sundhedstilbud i kommunen (f.eks. rygestoptilbud o.lign.), i foreningslivet eller ved fritidstilbud. Kommunen har allerede mange og varierede sundhedstilbud fordelt i flere fagcentre og målrettet mange forskellige målgrupper.

Men en markant gruppe borgere i Ishøj har ikke disse ressourcer – eller vælger i hvert fald ikke at gøre brug af tilbuddene. Det er administrationens vurdering, at Sundhedsudvikling i høj grad bør fokusere på de borgere, der ikke selv opsøger sundhed og en sund livsstil. Det er disse borgere, der kan betegnes som socialt udsatte i et eller andet omfang – enten socialt, uddannelsesmæssigt, i forhold til deres tilknytning til arbejdsmarkedet eller noget helt fjerde. Argumentet for at fokusere på denne målgruppe er simpelt: De borgere, der har de største udfordringer på sundhedsområdet, og som oftest også har store socio-økonomiske udfordringer, er borgere, der statistisk set vil blive eller er de dyreste borgere, målt i udgifter til hospitalsindlæggelser, pleje og omsorg. Den sociale ulighed i sundhed viser, at det ikke er de borgere, der selv kan regulere deres sundhedstilstand efter behov, der bliver de mest omkostningstunge.

Med fokus på de sundhedsmæssigt "dårligste" borgere bliver forståelsen af begrebet sundhed afgørende. Forståelse af sundhed som begreb bliver sjældent drøftet – vi har en fælles og stiltiende forståelse af hvad sundhed (og det modsatte) er. Denne forståelse kan f.eks. illustreres med nedenstående billeder (OBS! Ishøj Kommune har ikke copyright på billederne!)



På baggrund af Ishøj-borgernes sundhedsprofil, som generelt ligner billedet til venstre snarere end billedet til højre, kan det traditionelle fokus på KRAM-faktorerne (kost, rygning, alkohol, motion) have en delvist ekskluderende effekt, som ikke er ønskværdig for den kommunale sundhedsindsats. Som kommune kan og vil vi ikke tvinge borgere til at leve på en bestemt måde – vores opgave er i højere grad at gøre det attraktivt at tilvælge en sundere livsstil, som kan reducere sygdom og ubehag for borgeren. På den baggrund er det afgørende at vi ikke ekskluderer de borgere, vi helst vil have "fat" i – nemlig de borgere, der lever "usundt" målt i både fysiske, mentale og sociale parametre.

Disse borgere lever ofte i en usund spiral af fysiske, mentale, sociale, økonomiske og andre faktorer, der medvirker negativt på borgerens håndtering af KRAM-faktorerne (den sociale ulighed i sundhed). Hvis vi alene fokuserer på KRAM-faktorerne får indsatsen skær af nærmest symptombehandling, der – i stil med f.eks. en slankekur – måske kan korrigere adfærden for en periode, men som ikke ændrer ved de grundlæggende vilkår, der forårsager usundheden.

På nationalt niveau har der de senere år været fokus på de begrænsninger, der er forbundet med det traditionelle fokus på KRAM-faktorerne (dvs. fysisk sundhed), og i de senere år er KRAM-faktorerne i stigende grad blevet tilført et S for at udvide sundhedsforståelsen fra det noget stramme (fysiske) ideal til et bredere og mere inkluderende ideal.

Dermed ikke sagt, at der ikke skal være "ordinære" sundhedstilbud i Ishøj Kommune. Tilbud om hjælp til ernæring, motion, rygestop og alkoholmisbrug bør fortsat være en del af den sundhedspakke, borgere i Ishøj kan modtage. Men administrationen anbefaler, at der i Sundhedsudvikling rettes et udpræget fokus på at få de socio-økonomisk dårligt stillede borgere til at benytte disse tilbud, og det kræver en særlig og målrettet indsats. Det indebærer, at der f.eks. igangsættes initiativer, der mere indirekte fokuserer på sundhed, et eksempel på dette er Nøffes Gadekøkken, der allerede eksisterer i regi af Center for Socialservice, hvor unge med misbrugsproblematikker deltager i madlavningsundervisning, som primært har et socialt fokus og sekundært et madlavningsfokus.

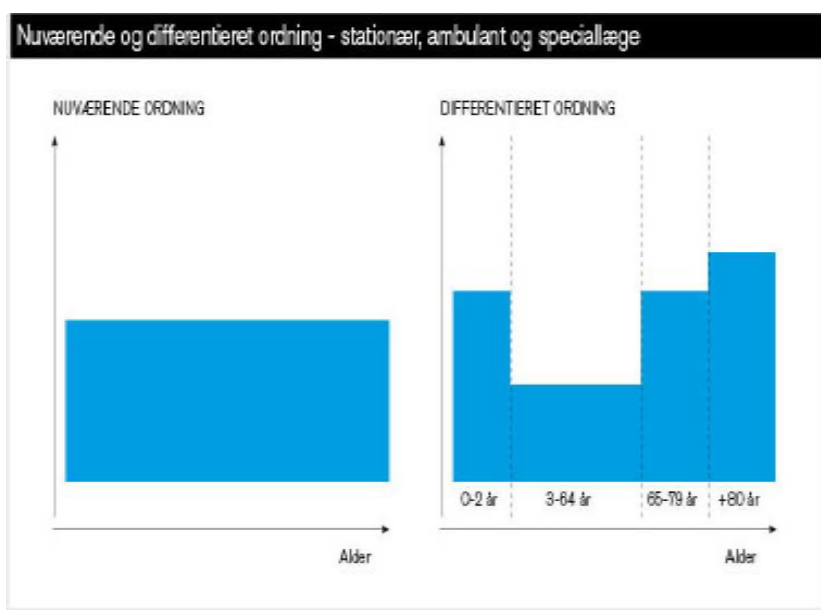
Der findes allerede mange tilbud i Ishøj Kommune, der har dette mere indirekte sundhedsperspektiv, ligesom der findes en lang række tilbud, der har et mere direkte sundhedsperspektiv.

Der mangler dog en fælles forståelse i kommunen af begrebet sundhed, hvilket gør at nogle tilbud ikke understøtter hinanden i det ønskede omfang. Det er oplagt, at nogle af de borgere, der har deltaget i Nøffes Gadekøkken, vil få en øget interesse for kost/ernæring ovenpå forløbet og måske endda i andre sundhedsområder. Det er derfor oplagt, at der etableres en sammenhæng mellem Nøffes Gadekøkken og disse tilbud – både i den tilgang, der er til sundhed og til borgerne, så Nøffes Gadekøkken kan fungere som første skridt i retning af et øget fokus på sundhed (hvis borgeren vel at mærke er interesseret i dette).

## Udgifter på sundhedsområdet

Det ovenstående retter sig primært mod borgere, der er i risiko for udvikling af sygdom men som endnu ikke er syge (kaldet borgerrettet forebyggelse). En anden markant gruppe borgere, der har stort fokus på sundheds- og forebyggelsesområdet, er borgere, der allerede er syge – enten kronisk eller midlertidigt (kaldet patientrettet forebyggelse). Den patientrettede forebyggelse er særligt interessant fordi kommunen betaler en fast takst hver gang en borger indlægges på et hospital – den såkaldte aktivitetsbestemte medfinansiering, som i 2015 udgjorde mere end 90 mio. kr. i Ishøj.

I Økonomaftalen mellem regeringen og KL er det bestemt, at den aktivitetsbestemte medfinansiering ændres med virkning fra 2018. Ændringen indebærer, at der indføres en aldersdifferentiering i taksterne, og er skitseret i den nedenstående figur (Kilde: Budgetvejledning 2017, Kommunernes Landsforening):



Med den nye finansieringsstruktur inddeles medfinansieringen i tre alderskategorier: Den laveste (3-64 år), som har de færreste indlæggelser og som kun har begrænset kontakt til kommunen. Den mellemste (0-2 år og 65-79 år), hvor sundhedsplejen hhv. hjemmeplejen har nogen kontakt til målgruppen, og de højeste (+80 år), hvor kommunen har størst kontakt. Baggrunden for aldersinddelingen er naturligvis, at der er en sammenhæng mellem kommunernes muligheder for forebyggelse og sundhedsfremme når de ikke har adgang til borgerne.

Administrationen arbejder på at analysere hvilke konsekvenser dette vil have i Ishøj, men denne analyse er ikke færdig på nuværende tidspunkt (se nedenfor under tema F). I denne indstilling tages derfor udgangspunkt i de takster, der eksisterer i 2016.

Tanken bag den aktivitetsbestemte medfinansiering (både de eksisterende og de kommende takster) er at få skabt en gulerod for at kommunerne arbejder målrettet med forebyggelse og sundhed, eller sagt med andre ord: Når kommunen skal betale hver gang en borger indlægges vil kommunen være meget interesseret i at undgå, at borgerne indlægges. Det skal dog bemærkes, at der findes en række indlæggelseskrævende diagnoser, som kommunen hverken kan eller skal forebygge. F.eks. udgør Ishøjs udgifter til svangreaktiteter, altså normale forløb med graviditet og ukompliceret fødsel, i størrelsesorden 3-4 mio. kr. årligt, hvilket hverken kan eller skal forebygges. Derudover er der en række sygdomme og indlæggelsesdiagnoser, hvor forebyggelse heller ikke har effekt.

Men for udvalgte indlæggelsesdiagnoser kan forebyggelse muligvis forebygge indlæggelser og dermed kommunens aktivitetsbestemte medfinansiering. Det kræver en grundig analyse af den aktivitetsbestemte medfinansiering med fokus på specifikke diagnoser, specifikke borgere og specifikke indlæggelsesmønstre for at kunne kvalificere omfanget og mulighederne for forebyggelse på dette område.

Generelt er der et stort nationalt, regionalt og kommunalt fokus på borgere med kronisk sygdom og de såkaldt forebyggelige indlæggelser. For kronisk sygdom gælder det, at vi i Ishøj har tilbud om undervisning og rehabilitering i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området. I analysen af den aktivitetsbestemte medfinansiering vil administrationen forsøge at udlede om der er fagligt belæg for, at indlæggelser af borgere, der har en kronisk sygdom, kan undgås.

De forebyggelige indlæggelser inkluderer indlæggelser med f.eks. dehydrering eller lungebetændelse. Fælles for gruppen af forebyggelige indlæggelser er således, at diagnosen på indlæggelsestidspunktet er nødvendig, men at diagnosen ikke per definition er indlæggelseskrævende hvis rettidig og korrekt indsats iværksættes. Dehydrering er et eksempel på dette, idet dehydrering ofte opstår ved noget så simpelt som mangelfuld indtagelse af væske – dvs. at hvis borgeren genoptager sit væskeindtag inden kroppen "lukker ned" kan man undgå en indlæggelseskrævende tilstand. I det omfang en borger indlægges med en forebyggelig diagnose er muligheden for rettidig og korrekt indsats naturligvis betinget af, at kommunen har adgang til borgeren, f.eks. via hjemmepleje eller lignende.

For alle overvejelser om patientrettet sundheds- og forebyggelsesindsatser med henblik på at reducere den aktivitetsbestemte medfinansiering gælder det, at kommunen ikke har adgang til alle borgere. Dette er en central pointe i de kommende takster på området. Det samme er til en vis grad gældende i forhold til den borgerrettede sundhedsindsats, hvor borgerne kun er i en risikogruppe for udvikling af sygdomme. Dette er en afgørende pointe i forhold til den igangsatte analyse af den aktivitetsbestemte medfinansiering, fordi det f.eks. ikke er givet at borgere, der indlægges med en forebyggelig diagnose er tilknyttet kommunen i hjemmeplejen eller lignende.

I de nationale retningslinjer på dette område spiller de praktiserende læger en afgørende rolle, idet de som oftest møder borgerne regelmæssigt og tidligere i et sygdomsforløb end både hospitaler og kommunen. De praktiserende læger spiller således en afgørende rolle i den tidlige opsporing af borgere, der er på vej til at udvikle sygdomme eller indlæggelses-/plejkrævende tilstande. Der er dog store udfordringer i de praktiserende lægers organisering i Ishøj Kommune, som forhindrer etablering af et velfungerende samarbejde mellem kommunen og lægerne, f.eks. at mange Ishøj-borgere har praktiserende læger, der er bosat i andre kommuner. Administrationen har et særligt fokus på dette, og vil på et senere tidspunkt præsentere et oplæg til indsats i forhold til kommunens samarbejde med de praktiserende læger.

### **Strategi for sundhedsudvikling 2016-2017**

Etablering af Stabsenhed for Sundhedsudvikling giver et naturligt omdrejningspunkt for koordinering af sundheds- og forebyggelsesindsatser i Ishøj. Der er to strategiske veje, som Sundhedsudvikling ifølge overvejelserne bag organisationsændringerne på sundhedsområdet, skal fokusere på: På den ene side er der en koordineringsopgave – dvs. en opgave med at skabe bedre sammenhæng, mere synergi, fokus og øget videndeling på tværs af organisationen med udgangspunkt i de mange tilbud og indsatser, der allerede findes, er planlagt og vil komme i de forskellige fagcentre. Altså en internt fokuseret, organisatorisk udviklingsopgave. På den anden side er der udvikling af sundhedsindsatser, der er målrettet de områder, hvor behovet – ifølge sundhedsprofilen, den aktivitetsbestemte medfinansiering og den politiske prioritering – er mest presserende. Altså en mere konkret og indsatsorienteret udviklingsopgave.

I Strategisk milepælsplan (vedlagt som bilag) er oplistet en række strategiske indsatsområder, som med udgangspunkt i sundhedsprofilen, en foreløbig analyse af den aktivitetsbestemte medfinansiering og nationale tendenser bør have fokus i de kommende år. De er dog ikke realistisk at igangsætte indsatser og koordinering på alle områder på én gang. I stedet er udvalgt seks indsatser, som enten er muliggørende for de øvrige, eller hvor der allerede findes igangsatte initiativer, der med fordel kan suppleres med et organisatorisk målrettet og strategisk perspektiv.

Med udgangspunkt i Strategisk milepælsplan anbefaler administrationen, at indsatsområderne for 2016-2017 bliver følgende temaer, som vil blive uddybet nedenfor:

- A) Koordinering af sundhedsindsatsen
- B) Etablering af sundhedsorganisation
- C) Sundhed for hjemløse
- D) Børn med overvægt
- E) Sundhed i Natur- og Friluftspolitikken
- F) Analyse af den aktivitetsbestemte medfinansiering
- G) Sundhed for socialt udsatte borgere

Temaerne A+B er interne, organisatoriske indsatser, der har til formål at målrette og intensivere allerede igangsatte tilbud og projekter, så kommunens overordnede sundhedsindsats får en endnu skarpere retning og klare mål. Tema C er en borgerrettet indsats, som foreslås igangsat i forbindelse med etablering hjemløseboliger (indgår i budgetforhandlingerne), mens tema D er en mellemting idet der allerede eksisterer en række velfungerende tilbud målrettet børn med overvægt, som dog med fordel kan tilføjes yderligere målrettet koordinering for at sikre videndeling og sammenhæng for borgerne. Tema E igangsættes i forlængelse af beslutningsprocessen omkring kommunens Natur- og Friluftspolitik, mens tema F forventes at danne udgangspunkt for indsatser i forhold til den patientrettede sundhed og forebyggelse. Tema G er en udløber af samarbejdet mellem Center for Ældre og Rehabilitering og Center for Sund Aldring på Københavns Universitet, hvor fokus vil være på socialt udsatte +65 år, mens Center for Socialservice vil være involveret i de dele af temaet, som har fokus på socialt udsatte mellem 18-65 år.

## **Tema A: Koordinering af sundhedsindsatsen**

Ishøj Kommune er kendetegnet ved, at der findes en lang række tilbud med direkte eller indirekte sundhedsperspektiv, dvs. både med fokus på fysisk sundhed (KRAM-faktorerne) og med et mere trivselsorienteret perspektiv. Mange tilbud er opstået lokalt, enten i et fagcenter eller med udgangspunkt i et borger-/foreningsdrevet initiativ, og som oftest i en bilateral kontekst. Det er hensigtsmæssigt, at mange tilbud er igangsat med en sådan bottom-up tilgang, fordi det øger forankringen hos dem, der skal drive projekterne og som oftest vil projekterne desuden have en øget grad af forankring blandt borgerne når de er udtænkt tæt på deres virkelighed.

Der mangler dog et overblik over de eksisterende tilbud, og der mangler ikke mindst et redskab, som gør det muligt for frontmedarbejderne at formidle viden om relevante tilbud når borgeren er motiveret.

Der er i juni igangsat en kortlægning af tilbud på tværs af administrationen, som skal danne et basalt overblik over tilbud. Dette overblik skal blive en del af et videndelingsværktøj, så viden er tilgængelig samtidig med behovet, dvs. i det konkrete møde mellem borger og frontmedarbejder.

<b>TIDSRAMME</b>	<p>3. kvartal 2016:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kortlægning igangsættes inden sommerferien</li><li>• Kortlægning analyseres i Stabsenhed for Sundhedsudvikling med henblik på at skabe et strategisk såvel som et konkret overblik</li></ul> <p>4. kvartal 2016:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Implementeringsprojekt igangsættes. Implementeringsprojektet har til formål at udvikle et arbejdsredskab, som gør kortlægningen anvendelig blandt frontmedarbejderne. Det er ikke afklaret, om arbejdsredskabet bliver i papir eller elektronisk form. Projektet ledes af Stabsenhed for Sundhedsudvikling med deltagelse af repræsentanter fra relevante fagcentre, f.eks. Stabsenhed for Borgerservice (digitaliseringskoordinator) hvis digital løsning vælges + ad hoc repræsentanter fra Center for Socialservice, Center for Børn og Forebyggelse, Center for Ældre og Rehabilitering, Center for Dagtilbud og Skoler, Center for Kultur og Fritid.</li></ul> <p>1. kvartal 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Projektperioden ventes afsluttet. Drift af arbejdsredskabet vil dog kræve en eller anden grad af løbende vedligeholdelse. Denne vurderes ikke at overstige sammenlagt 1 arbejdsdag om måneden. Det planlægges, at det primære forbrug af personaletimer efter projektperioden placeres i Stabsenhed for Sundhedsudvikling som en driftsopgave.</li></ul>
<b>ØKONOMI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Projektet kræver ikke særskilt budget</li><li>• Projektets ressourcer hentes i form af personaletimer</li><li>• Stabsenhed for Sundhedsudvikling (og evt. Stabsenhed for Borgerservice hvis der vælges en elektronisk løsning) vil i projektperioden bære de fleste timer (skøn: 5-10 timer ugentligt), mens fagcentrene vurderes at skulle levere ressourcer svarende til sammenlagt 10-15 timer over hele projektperioden</li></ul>

## **Tema B: Organisation**

Der arbejdes med sundhed mange steder i administrationen – enten i konkrete tilbud og indsatser eller som en af vinklerne på det kommunale arbejde. Et eksempel herpå er den kommende Natur- og Friluftspolitik, hvor et af de fire mål er netop sundhed. Der er behov for udvikling af en fælles forståelse af sundhed og sundhedsbegrebet i administrationen, så hele organisationen, både på enhedsniveau og på medarbejderniveau, arbejder i retning af en fælles forståelse af den kommunale sundhedsopgave. Der er behov for at udvikle et fælles sprog omkring sundhed, og at definitionen på sundhedsbegrebet i kommunen bliver mere klart end det er på nuværende tidspunkt. Det er administrationens vurdering, at begrebet sundhed bør udfoldes så alle borgere – også borgere, der er længst fra en gængs forståelse af sundhedsidealet – inkluderes, da det i høj grad er disse borgere, der enten står for eller kommer til at stå for store træk på det kommunale sundhedsbudget hvis deres risikofaktorer ikke ændres.

Stabsenhed for Sundhedsudvikling planlægger at forestå en proces med udgangspunkt i Social- og Sundhedsudvalgets drøftelser i forbindelse med denne indstilling, hvor koncernledelsen og nøglepersoner på sundhedsområdet afdækker og kommer med forslag til definition på sundhed. Processen ventes at løbe i efteråret 2016 med henblik på efterfølgende politisk godkendelse.

### *Tværgående sundhedsforum*

Der har tidligere været nedsat et tværgående sundhedsforum i administrationen, og dette forum ønskes re-etableret og re-vitaliseret med et klart mandat og arbejdsrum: Det tværgående sundhedsforum skal have medlemmer, der er nøglepersoner på sundheds- og forebyggelsesområdet fra alle dele af administrationen. Medlemmerne er medarbejdere med koordinerende funktioner indenfor de forskellige sundhedsrelaterede indsatser, og medlemmerne kan på den måde variere afhængigt af kommunens indsatsområder.

Formålet med det tværgående sundhedsforum er dels af skabe et forum, hvor vi kan deles på tværs af organisatoriske enheder og indsatsområder, dels af skabe en videntcenter i administrationen, som kan servicere koncernledelse og Byråd med fagligt og organisatorisk velfunderede input, så ledelsen er klædt fagligt på i forhold til kommunens strategiske prioriteringer på sundhedsområdet.

Opgaverne i det tværgående sundhedsforum kan bl.a. inkludere:

- Bidrag til oplæg til proces omkring afklaring af sundhedsbegrebet på baggrund af Social- og Sundhedsudvalgets drøftelser
- Fagligt udgangspunkt for revision af sundhedspolitikken (ansvaret ligger i Stabsenhed for Sundhedsudvikling)
- Drøftelse af strategiske indsatsområder, f.eks. målgruppen børn med overvægt, så viden og erfaring fra et område kan tilflyde andre eksisterende eller kommende indsatsområder
- Se endvidere Kommissorium for det Tværgående Sundhedsforum (vedlagt som bilag)

Det tværgående sundhedsforum vurderes på nuværende tidspunkt at burde inkludere medlemmer fra følgende enheder:

- Sundhedsudvikling (formandskab og sekretariatsfunktion)
- Ældre og rehabilitering
- Dagtilbud og Skoler
- Børn og Forebyggelse
- Socialservice
- Kultur og Fritid
- Park, Vej og Miljø



### *Specialistnetværk og nøglepersoner*

Stabsenhed for Sundhedsudvikling planlægger, i forlængelse af kortlægning af sundhedstilbud, at tegne et "landkort" over sundhedstilbud i kommunen. Med landkortet vil det blive muligt at samle et tematisk overblik over tilbud og indsatser, og heraf vil det blive muligt at etablere specialistnetværk på de forskellige temaområder. I specialistnetværkene vil nøglepersoner (projektledere, koordinatore og lignende) fra de forskellige områder i organisationen, som har indsatser på et givent temaområde, mødes kvartalsvist med henblik på videndeling, koordinering og erfaringsudveksling. Formålet med disse netværk er på den måde, at viden fastholdes og deles i administrationen, så det samlede videnniveau på det givne område øges kontinuerligt. Stabsenhed for Sundhedsudvikling vil indledningsvist fungere som formand for alle specialistnetværk med det formål at facilitere møderne. Det er ikke givet, at denne konstruktion skal fastholdes på længere sigt, og den vil blive evalueret løbende.

Da kortlægning af sundhedstilbud ikke er gennemført på nuværende tidspunkt, er det ikke klart præcist hvilke og hvor mange specialistnetværk, der er behov for at etablere. Der kan f.eks. tænkes følgende kategoriseringer:

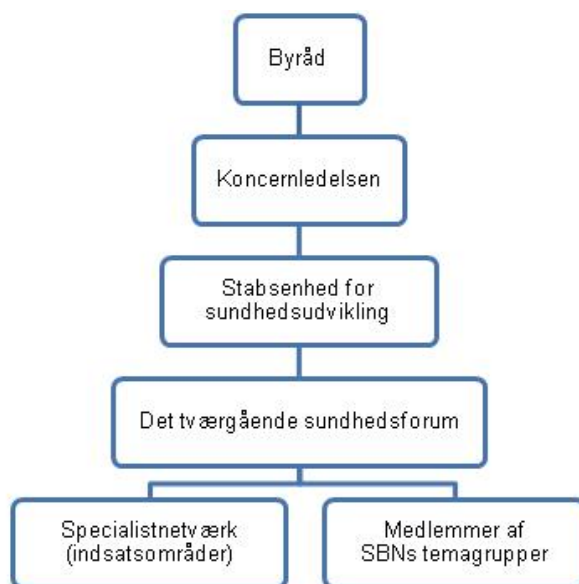
- Børn med overvægts-, kost eller motionsudfordringer
- Sundhed for hjemløse (socialt udsatte)
- Frivillige og borgerdrevne initiativer
- Sundhed for unge

### *Sund By Netværket*

Stabsenhed for Sundhedsudvikling foreslår desuden, at Ishøj Kommune melder sig ind i Sund By Netværket (SBN). SBN er et landsdækkende netværk af kommuner, der videndeler og deler fagligt netværk med fokus på alle dele af folkesundhedsområdet, dvs. sundhed i bred forstand f.eks. sundhed i natur- og friluftaktiviteter. Som medlem af SBN får Ishøj adgang til nationale temagrupper på relevante fagområder, kurser og netværksmøder. Det er administrationens vurdering, at medlemskab af SBN vil kunne bidrage til, at administrationen får inspiration og øget viden på sundhedsområdet, og dermed får øgede kompetencer i forhold til arbejdet med sundhed på tværs af organisationen.

Stabsenhed for Sundhedsudvikling ønsker, at deltagelse i SBN's temagrupper fordeles i den kommunale administration med udgangspunkt i fagområder, så f.eks. en repræsentant fra Teknik og Miljø-området deltager i temagruppen om natur og udeliv, og bringer viden fra denne teamgruppe ind i tværgående sundhedsnetværk.

De elementer, der er beskrevet ovenfor, og som udgør den administration, der skal understøtte løsning af sundhedsopgaven, er illustreret nedenfor:



<b>TIDSRAMME</b>	<p>4. kvartal 2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Etablering af det tværgående sundhedsnetværk</li> </ul> <p>1. kvartal 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ishøj Kommune melder sig ind i Sund By Netværk</li> <li>Etablering af specialistnetværk på relevante indsatsområder</li> </ul>
<b>ØKONOMI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organisering omkring sundhedsopgaven er uden driftsudgifter. Ressourcer til sundhedsopgaven hentes i personaletimer. Det skønnes, at personaletimer for medlemmer af det tværgående sundhedsforum, hhv. specialistnetværkene og SBN's temagrupper hver udgør ca. 3 timer pr. måned. Dette gælder for medarbejdere, der er ansat andre steder i administrationen end Sundhedsudvikling. Ansatte i Stabsenhed for Sundhedsudvikling vurderes at skulle væsentligt flere timer på denne opgave.</li> <li>Medlemskab af Sund By Netværket udfører 30.000 kr. årligt. Dette finansieres af Stabsenhed for Sundhedsudviklings driftsbudget.</li> </ul>

### **Tema C: Sundhed til hjemløse**

Social- og sundhedsudvalget har på møde i juni 2016 indstillet, at etablering af 6 hjemløseboliger indgår i budgetforhandlingerne. Center for Socialservice og Stabsenhed for Sundhedsudvikling har haft en tæt dialog om udvikling af et sundhedsperspektiv i forbindelse med hjemløseboligerne, og begge parter ønsker at tilføre boligerne dette. Indtil budgettet er vedtaget og der dermed er afklaring på om hjemløseboligerne bliver etableret, er disse drøftelser på et overordnet og indledende niveau, som vil blive underbygget af beregninger i Skandia-modellen og evidens-baseret data.

Dialogen om sundhed for hjemløse har et overordnet fokus på borgerens trivsel som katalysator for både en bedre psykisk sundhed, en bedre fysisk sundhed - og et ambitiøst mål om at 1-2 af de pågældende borgere kan få en funktion i stil med Nøffe fra Nøffes Gadekøkken, dvs. en form for ansættelse i kommunen i Nøffes Gadekøkken. Helt konkret går drøftelserne mellem Socialservice og Sundhedsudvikling på følgende temaer, som dog afventer dialog med målgruppen, da indsatsernes succes er afhængig af deres interesser og muligheder:

- **Sund kost:** Det er et ønske, at der etableres et køkken i det fælleshus, som er en del af projekteringen af hjemløseboligerne, hvor f.eks. en sundhedskoordinator i samarbejde med den sociale vicevært - og sammen med beboerne naturligvis - kan lave mad. Formålet med madlavningen er dels grundlæggelse af give mulighed for sund og alsidig ernæring til beboerne, dels at skabe sociale relationer og meningsgivende aktiviteter for målgruppen af meget sårbare borgere.
- **Bevægelse:** Det er et ønske, at fælleshuset og fællesarealerne kan fungere som hhv. indendørs- og udendørs arena for motions- og bevægelsesaktiviteter. Det kan f.eks. være croquet, rickshaw-cykler til ture i grønne områder eller dyreparken, fodbold eller lignende. Målgruppen er kendetegnet ved at være i meget ringe fysisk og psykisk forfatning så det er afgørende, at aktiviteterne er målrettet deres niveau og gerne igangsættes på baggrund af deres interesser.
- **Nyttehaver:** Der ønskes mulighed for etablering af nyttehaver (evt. anvendelse af et par af kommunens nyttehaver), som beboerne kan have ansvar for og arbejde med. Nyttehaverne har både et terapeutisk perspektiv og et praktisk idet afgrøder fra nyttehaven kan indgå i køkkenarbejde og madlavning.

De tre temaer spille direkte ind i den overordnede målsætning om at øge målgruppens overordnede trivsel og sundhed og ikke mindst visionen om, at 1-2 af borgerne vil kunne blive en "ny" Nøffe. Nøffes Gadekøkken er en indsats i Center for Socialservice, hvor Nøffe, der er tidligere misbruger/"gadedreng", laver mad med unge med forskellige psykiatriske eller misbrugsproblemer. Projektet er en stor succes, men Nøffe er udlånt af Vallensbæk Kommune, og administrationen ønsker at finde en "Ishøj-Nøffe" (hvilket i øvrigt også er Nøffes ønske). Det er afgørende for konceptet bag Nøffes Gadekøkken, at underviseren har en baggrund, der gør vedkommende troværdig overfor de unge, der er på kant med "normalen".

Visionen er, at hjemløseboligerne, kombineret med målrettede indsatser for at skabe en god struktur og erfaring med mad og kost på længere sigt kan give en eller flere beboere mulighed for at få ansættelse i kommunen på nedsat tid som en "ny" Nøffe.

<b>TIDSRAMME</b>	4. kvartal 2016: <ul style="list-style-type: none"><li>• Projektudvikling (når budgettet er vedtaget og hvis hjemløseboligerne inkl. sundhedsperspektivet indgår i budgettet)</li></ul>						
<b>ØKONOMI</b>	<table><tr><td>Sundhedskoordinator 15 timer/uge (evt. samme medarbejder som den sociale vicevært)</td><td>150.000 kr./årligt</td></tr><tr><td>Driftsudgifter til sundhedsperspektivet i hjemløseboligerne</td><td>50.000 kr./årligt</td></tr><tr><td>I alt</td><td>200.00 kr./årligt</td></tr></table>	Sundhedskoordinator 15 timer/uge (evt. samme medarbejder som den sociale vicevært)	150.000 kr./årligt	Driftsudgifter til sundhedsperspektivet i hjemløseboligerne	50.000 kr./årligt	I alt	200.00 kr./årligt
Sundhedskoordinator 15 timer/uge (evt. samme medarbejder som den sociale vicevært)	150.000 kr./årligt						
Driftsudgifter til sundhedsperspektivet i hjemløseboligerne	50.000 kr./årligt						
I alt	200.00 kr./årligt						

## **Tema D: Børn med overvægt**

Der har i flere år været et stort fokus på børn med overvægts-, kost- og motionsudfordringer i Ishøj Kommune, hvilket bl.a. ses i de mange tilbud, der er målrettet denne målgruppe. Hvert projekt synes at være velfungerende og have god effekt i forhold til de børn, der deltager i indsatserne. Der har dog manglet en overordnet organisatorisk forankring på tværs af administrationen, hvilket har givet udfordringer i forhold til den interne koordinering og videndeling på tværs af fagcentrene. Når vi ikke koordinerer og videndeler, mister vi muligheden for at øge organisationens samlede vidensniveau i forhold til målgruppen og de erfaringer, vi får med indsatserne - ligesom ledelsen overblik over indsatsområdet vanskeliggøres.

Overvægt er noget, der kan have store fysiske og psykiske konsekvenser for det enkelte menneske. Op mod 70 % af de børn, der er overvægtige i barndommen, er også overvægtige i deres voksenliv, og livet med overvægt øger risiko for sygdomme som diabetes, astma og forringet leverfunktion.

Børn med overvægts-, kost eller motionsudfordringer er et temaområde, hvor der allerede findes meget viden i den kommunale organisation fordi vi har mange tilbud til denne målgruppe. Koordinering af indsatsen vil på den måde have et fagligt fundament, hvor fokus i den nært-kommende tid kan være på netop koordinering og videndeling af den eksisterende viden - frem for at skulle opbygge en faglighed. Det forventes at betyde, at det vil være nemmere at fremme et øget vidensniveau på tværs af organisationen, og dermed at målgruppen vil opleve en bedre service fra kommunens side.

Administrationen ønsker på den baggrund at etablere et specialistnetværk med deltagelse af nøglepersoner fra alle tilbud til børn med overvægt eller udfordringer i forhold til kost/motion. Dette specialistnetværk har til opgave at:

- Sikre en fælles forståelse af sundhedsopgaven i forhold til denne specifikke målgruppe, og hvilken rolle de enkelte projekter spiller i forhold til denne opgave.
- Fremme videndeling, dialog og faglig sparring på tværs af projekter, fagområder og centre i forhold til målgruppen
- Fungere som specialistnetværk og faglig ressource for koncernledelse og byråd når disse har målgruppen på dagsorden
- Fremme dokumentation og effektmåling på indsatserne samt at bistå i koordineringen af disse (Stabsenhed for Sundhedsudvikling har ansvaret for sidstnævnte)
- Stabsenhed for Sundhedsudvikling har formandskabet i i specialistnetværket, og har ansvar for at sikre, at netværket løser ovenstående opgaver og generelt får funktion af kommunens faglige ressource på området.

Ved at etablere dette specialistnetværk er det forventningen, at de mange gode indsatser og tilbud til målgruppen fremover i stadigt højere grad vil fremstå som et fælles indsatsområde, hvor alle erfaringer bygge ovenpå hinanden og viden derfor til stadighed øges. Samtidig er det forventningen, at de konkrete borgere indenfor målgruppen vil drage nytte af den forbedrede koordinering af indsatserne.

<b>TIDSRAMME</b>	3. kvartal 2016: <ul style="list-style-type: none"><li>• Etablering af specialistnetværk med nøglepersoner fra alle indsatser</li></ul> 1. kvartal 2017: <ul style="list-style-type: none"><li>• Formulering af handlingskatalog for målgruppen herunder effektmål med henblik på godkendelse i Social- og Sundhedsudvalget</li></ul>
<b>ØKONOMI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Etablering af specialistnetværk indebærer ikke driftsudgifter</li><li>• Der vil blive personaletimer fra de involverede nøglepersoner. Disse vurderes at være ca. 5 timer/måned.</li></ul>

### **Tema E: Sundhed i Natur- og Friluftspolitikken**

I forlængelse af den forventede godkendelse af Natur- og Friluftspolitikken skal der udarbejdes handlingskatalog for politikken. Da sundhed indgår som den ene af fire indsatsområder i politikken, er der planlagt et tæt samarbejde mellem Teknik og Miljøområdet og Sundhedsudvikling omkring dette. Dette samarbejde planlægges igangsat i løbet af efteråret. Indtil da er tidsramme såvel som økonomi ikke afklaret.

<b>TIDSRAMME</b>	Planlægning af projektet inkl. tidsrammen afventer vedtagelse af Natur- og Friluftspolitikken
<b>ØKONOMI</b>	Udarbejdelse af handlingskatalog i forhold til sundhedsmålet vil alene have udgifter målt i personaletimer. Det er forventningen, at handlingskataloget vil blive forelagt Social- og Sundhedsudvalget til godkendelse, men da projektet eprimært er forankret i Teknik- og Miljø-området, afventer Stabsenhed for Sundhedsudvikling deres planlægning.

## **Tema F: Analyse af den aktivitetsbestemte medfinansiering**

Der er igangsat en grundig analyse af den aktivitetsbestemte medfinansiering på sundhedsområdet med deltagelse af Stabscenter for Økonomi, Center for Ældre og Rehabilitering og Stabsenhed for Sundhedsudvikling. Analysen ventes at give indsigt i både de forventede udgifter som følge af de ændre regler for medfinansiering og indsigt i hvilke diagnoseområder (hvis nogen), der er mulige at iværksætte forebyggende sundhedsindsatser i forhold til.

Som det fremgår indledningsvist tidligere i notatet er der mange faktorer, der gør sig gældende når området analyseres: Først og fremmest skal indlæggelsesdiagnosen have et forebyggelsespotentiale hvilket ikke altid er til stede eller entydigt. Der er f.eks. ikke et forebyggelsespotentiale i forhold til indlæggelser for blindtarmsbetændelse, mens undersøgelse for mistanke om kræft er endog meget hensigtsmæssige fordi tidlig opsporing af kræft potentielt kan reducere de menneskelige såvel som de økonomiske omkostninger ved en kræftdiagnose. Men samtidig er der potentielt et forebyggelsespotentiale i forhold til (nogle former for) kræft.

Derudover er der praktiske udfordringer i forhold til den tidligere opsporing af sygdomme – både i forhold til om kommunen har kontakt med de konkrete borgere, der bliver indlagt, og i forhold til de tidligere nævnte udfordringer i samarbejdet med de praktiserende læger.

<b>TIDSRAMME</b>	3.-4. kvartal 2017: <ul style="list-style-type: none"><li>• Analysen udarbejdes</li></ul> 1.-2. kvartal 2017: <ul style="list-style-type: none"><li>• Resultater og anbefalinger forelægges Social- og Sundhedsudvalget med henblik på drøftelse.</li></ul>
<b>ØKONOMI</b>	Der forventes kun at være udgifter til personaleressourcer i forbindelse med analysen.

### **Tema G: Sundhed for udsatte borgere**

Center for Ældre og Rehabilitering har et tæt samarbejde med Center for Sund Aldring på Københavns Universitet, og ønsker i den forbindelse af søge Nordea-fonden om midler til indsatser for udsatte borgere. Målgruppen for fondsansøgningen forventes primært at være +65 årige borgere og fokuserer på udvikling af nye typer sundhedstilbud til udsatte borgere, som kommunen har svært ved at rekruttere til sundhedstilbud. Center for Socialservice vil være udgangspunkt for indsatser, der fokuserer på socialt udsatte i aldersgruppen 18-65 år.

Projektet er på et tidligt stadie, og der foreligger ikke en tidsramme for ansøgning eller projekt.