

Det nære sundhedsvæsen



Indhold

1.	Forord	3
2.	Sammenfatning	4
3.	Indledning og vision	11
4.	Kvalitet i det nære sundhedsvæsen	15
5.	Den ældre medicinske patient	18
6.	Borgere med kroniske sygdomme	29
7.	Borgere med behov for genoptræning	40
8.	Børn og unge	48
9.	Borgere med psykiske lidelser	59
10.	Sundhedsfremme og forebyggelse	68
11.	Telemedicin og velfærdsteknologi	76
12.	Samarbejde med almen praksis	83
13.	Sundhedsfaglige kompetencer	88
14.	Styring, dokumentation og evaluering	94
15.	Finansiering af det nære sundhedsvæsen	101

1. Forord

Hvordan skal vi indrette vores sundhedsvæsen, så vi får mest sundhed for pengene? Det er et spørgsmål, som flere og flere er optagede af, ikke mindst i en situation med økonomisk smalhals de næste mange år. KL og kommunerne har et bud på svaret i dette udspil om det nære sundhedsvæsen. For der er god grund til at lede efter nye svar.

Trods en markant stigning i de ressourcer, der hvert år bliver brugt på sundhedsvæsenet, så halter danskernes folkesundhed fortsat langt efter de øvrige nordiske lande. Og vi har ikke råd til fortsat blot at øge udgifterne til den specialiserede behandling på sygehusene. Derfor er det nødvendigt at forebygge, at så mange danskere får brug for behandling

Kommunernes bud på en ny sundhedspolitik tager udgangspunkt i, at der er brug for at vende den hidtidige logik på hovedet.

Der er brug for at satse på en forebyggelsesfilosofi frem for en indlæggelsesfilosofi, og der er brug for at integrere sundhed i ældrepleje, beskæftigelsesindsats, daginstitutioner og skoler. Det vil kræve, at det nære sundhedsvæsen prioriteres på en helt anden måde end hidtil.

Sundhedsfremme og forebyggelse skal være et centralt element i en ny sundhedspolitik. Der er brug for klare mål og større ambitioner, hvis vi skal sikre befolkningen et langt og produktivt liv.

Det handler om langt mere end borgerrettet forebyggelse. Med flere ældre og flere med kroniske sygdomme vil der i stigende omfang være behov for nære sundhedstilbud til dem, der bliver syge. For det giver ikke mening at indlægge og behandle alle på specialiserede og ofte fjerntliggende sygehuse. Borgerne skal i videst muligt omfang behandles i

deres nærområde af kommunerne og almen praksis – i det nære sundhedsvæsen. Det skal forebygge indlæggelser og medvirke til, at ressourcerne anvendes bedre.

Vi vil have et bedre og mere omkostningseffektivt sundhedsvæsen. Derfor skal flere opgaver løses i det nære sundhedsvæsen. Det forudsætter, at regeringen og Folketinget er indstillet på en omprioritering af ressourcerne. Kommunerne er klar til at tage ansvar og kommer nu med et samlet bud på, hvordan vi kommer videre i arbejdet for et sundere Danmark.

God læselyst!

Jan Trøjborg
Formand

Kristian Wendelboe
Administrerende direktør

2. Sammenfatning

Formålet med dette udspil er at skitsere en strategi for etableringen af et stærkt nært sundhedsvæsen. Udspillet vil være et pejlemærke for KL og kommunernes arbejde på sundhedsområdet i de kommende år og danne grundlag for den fremadrettede dialog med staten og regionerne om fremtidens nære sundhedsvæsen.

For at sikre mest mulig sundhed for pengene er der behov for en ny satsning på at forebygge indlæggelser. Derfor skal der langt mere fokus på den rehabiliterende og patientrettede forebyggelse og på at styrke den specialiserede sygeplejeindsats. Det vil betyde, at flere kan hjælpes derhjemme og i det nære, og at færre får

behov for at blive indlagt eller genindlagt. Det frigør ressourcer i sygehusvæsenet.

Udspillet giver en række bud på, hvordan man i det nære kan udvikle sammenhængende rehabiliterings- og sygeplejeydelser, og peger på, hvordan samarbejdet mellem kommunerne og almen praksis samt sygehusene kan udvikles med henblik på at løse sundhedsopgaven mere effektivt. Desuden understreger udspillet nødvendigheden af, at de nære sundhedsydelser tænkes sammen med tilgrænsende velfærdsområder som ældrepleje, socialpsykiatri, beskæftigelsesindsatsen, daginstitutioner og skoler.

Visionen for det nære sundhedsvæsen

KL og kommunerne har en vision om at udvikle et nært sundhedsvæsen, hvor kommuner på tværs af forvaltningsområder arbejder sammen med almen praksis om at give danskerne *et sundere, længere liv, som leves aktivt og produktivt uden sygdom og begrænset funktionsevne*.

Visionen for det nære sundhedsvæsen

Det nære sundhedsvæsen:

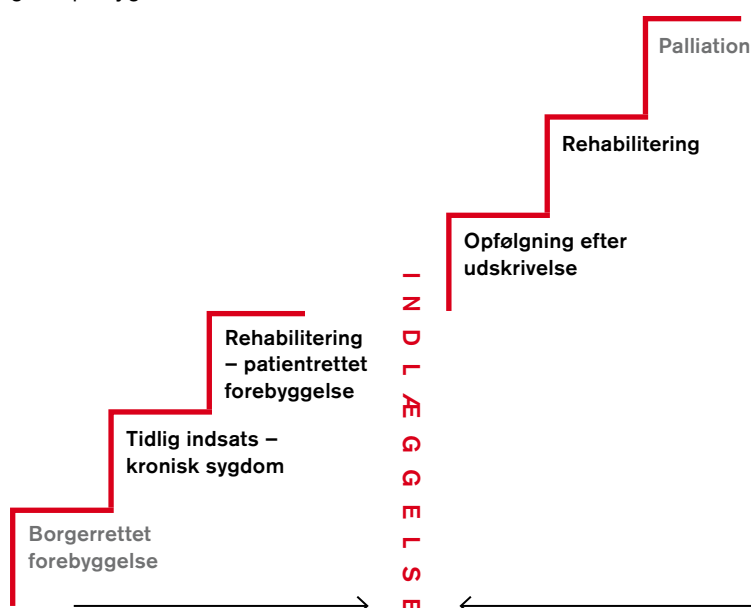
- Er borgerens indgang til sundhedsvæsenet
- Fremmer borgernes sunde livsstil og forebygger sygdom
- Forebygger indlæggelse gennem levering af almen og specialiseret sygepleje, genoptræning, rehabilitering og selvtræning
- Understøtter behandling af borgeren i og nær borgerens eget hjem
- Understøtter borgerens mulighed for at tage hånd om egen sygdom, blandt andet gennem brug af uddannelse og moderne teknologi
- Skaber sammenhæng mellem kommuner, almen praksis og sygehusvæsenet for at sikre sammenhæng i patientforløb
- Arbejder evidensbaseret og kvalitetsorienteret.

Et sundt liv starter hos borgeren selv – i borgerens dagligdag og nærmiljø. Derfor er kommunerne også det naturlige udgangspunkt for det nære sundhedsvæsen. Kommunerne har mulighed for at levere sammenhængende tilbud på tværs af velfærdsområderne, hvilket ikke alene forbedrer borgernes sundhed, men også sikrer, at borgere med sygdom kan komme hurtigt tilbage til arbejdslivet og familielivet. Samtidig har kommunerne – i samarbejde med almen praksis – en unik mulighed for at aflaste sygehusene gennem patientrettede rehabiliteringstilbud i borgerens nærmiljø.

Styrket fokus på den patientrettede og rehabiliterende indsats

Mange opfatter kommunernes sundhedsindsats som synonym med borgerrettet forebyggelse, der blandt andet omfatter strukturelle indsatser og tilbud i forhold til kost, rygning, alkohol og motion. Men kommunernes sundhedsindsats er langt mere end det. Mange kommuner arbejder i dag med at udvikle patientrettede indsatser, der fungerer som egentlige alternativer til indlæggelser og genindlæggelser, ligesom der arbejdes med rehabiliterende indsatser i alle dele af sygdomsforløbene.

Nedenfor er de forskellige typer af kommunale indsatser og deres tilkobling til en eventuel indlæggelse på sygehuset illustreret.



Foruden at illustrere bredden i de kommunale sundhedsopgaver illustrerer figuren også, at kommunernes indsatser kommer tættere og tættere på selve indlæggelsen (illustreret ved pilene). Jo flere med kronisk sygdom, jo flere ældre medicinske patienter og jo kortere indlæggelsestider, desto større bliver behovet for, at kommunernes aktiviteter i grænselandet til sygehusvæsenet styrkes. Det handler om tidlig opsporing af borgere med kronisk sygdom, hverdagsrehabilitering og rehabiliterende

patientrettet forebyggelse. Og det handler om den specialiserede sygeplejefaglige opfølgning og den brede genoptrænings- og rehabiliteringsindsats, der skal tage hånd om borgerne, der udskrives hurtigere fra sygehuset. Samtidig skal kommunerne stadig have fokus på sundhedsfremme og den borgerrettede forebyggelse, ikke mindst børn og unges sundhed, så sygdom og behov for sundhedsydelse i videst muligt omfang reduceres fremadrettet.

Omprioritering inden for de eksisterende økonomiske rammer

Som følge af blandt andet den demografiske udvikling vil der i fremtiden være et betydeligt pres på udgifterne i sundhedsvæsenet. Med den aktuelle samfunds-økonomiske situation vil der imidlertid ikke være mulighed for at imødegå udgiftspreset med udgiftsstigninger i samme omfang som tidligere. Derfor vil der være et stort behov for at forebygge indlæggelser og for at udvikle sundhedsvæsenet, så opgaverne løses på laveste effektive omkostningsniveau (LEON).

Kommunerne ønsker et bedre, ikke et dyrere sundhedsvæsen. Skal sundhedsudgifterne nedbringes eller bare holdes konstante, er der behov for en omstilling af sundhedsvæsenet. En omstilling, der kræver, at sygehuse, praktiserende læger og kommuner arbejder sammen om at nedbringe indlæggelsesfrekvensen.

En sådan omstilling forudsætter en omprioritering af ressourcerne i det samlede sundhedsvæsen og en nyindretning af incitamenterne. Finansieringsmodellen bør indrettes, så den tilskynder til at reducere indlæggelsesfrekvensen og aflaste sygehusene med alternative og billigere indsatser i det nære sundhedsvæsen.

Kvalitet i det nære sundhedsvæsen

Den styrkede rolle på sundhedsområdet forpligter. Kommunerne må derfor i lighed med den øvrige del af sundhedsvæsenet løbende udvikle kvaliteten og standardisere ydelserne på tværs af landet. Det bør ske, når der er evidens for, at bestemte måder at løse opgaver på giver den bedste effekt.

Kommunerne ønsker at intensivere kvalitetsarbejdet, så borgerne, uanset hvor de bor, kan forvente sundhedsydelser af høj kvalitet. Konkret vil kommunerne arbejde ud fra følgende målsætninger:

- *Kommunerne vil samarbejde for at skabe tilstrækkeligt befolkningsunderlag til, at opgaver kan løftes til det rette kvalitetsniveau.*
- *Kommunerne ønsker at arbejde efter standarder og kliniske retningslinjer på områder, hvor der er evidens.*
- *Kommunerne vil arbejde mere systematisk med at dokumentere og evaluere effekten af de kommunale indsatser på sundhedsområdet.*
- *Kommunerne ønsker, at staten og universiteterne prioriterer forskningen i de nære sundhedsydelser højere.*

Den ældre medicinske patient

Kommunerne ønsker, at en langt større del af indsatsen over for de ældre medicinske patienter løftes i det nære sundhedsvæsen. Både fordi det er til gavn for borgerne, og fordi det er billigere for samfundet. Der er i dag en række opgaver, der flytter fra sygehuse til kommuner som følge af udviklingen på sygehusene.

Kommunernes vision er, at de ældre medicinske patienter i højere grad plejes og behandles i det nære sundhedsvæsen. Mange ældre medicinske borgere kan behandles i eget hjem, og det vil ofte være et bedre tilbud for dem, da de undgår transport, ventetider og eventuelt indlæggelser. En stærk behandling af ældre medicinske patienter skal blandt andet sikres gennem specialiserede sygeplejefunktioner, rehabilitering og egen-

omsorg, brug af telemedicin samt samarbejde mellem sygehus, kommuner og almen praksis om tilbud i nærmiljøet med inddragelse af lægefaglig kompetence mv.

Hvis denne vision skal indfries, kræver det en ny prioritering. Der er behov for på langt mere systematisk vis at prioritere de nære sundhedstilbud og dermed spare de ældre medicinske patienter for dyre, unødvendige (gen)indlæggelser, som hverken de ældre eller samfundet har gavn af. Det er et fælles ansvar for politikere i staten, regionerne og kommunerne, hvis det skal lykkes. Efter KL's opfattelse vil det kræve, at nedenstående anbefalinger indfries:

- *Alle kommunerne skal have en styrket indsats i forhold til de ældre medicinske patienter.*
- *Der skal etableres flere forsøg med shared care-modeller, hvor kommuner, almen praksis og sygehuse arbejder sammen.*
- *Kommunerne skal systematisk arbejde sammen med almen praksis om de ældre medicinske patienter.*
- *Kommunerne skal øge anvendelsen af telemedicin og velfærdsteknologi i relation til de ældre medicinske patienter.*
- *Brugen af kliniske retningslinjer for ældre patienter skal øges.*
- *Der skal udvikles fælles kliniske retningslinjer for hjemme-sygeplejen.*
- *Der skal udvikles en fælles stratificeringsmodel for ældre medicinske patienter.*

Borgere med kroniske sygdomme

Det er nødvendigt med kommunale indsatser rettet mod borgere med kronisk sygdom. KL og kommunerne mener, at en større del af indsatsen over for de kronisk syge kan håndteres i det nære sundhedsvæsen. Mange borgere med kronisk sygdom kan – når de er udredt og sat i behandling – monitoreres og hjælpes til at håndtere egen sygdom i det nære.

Hvis det skal lykkes, kræver det imidlertid standarder for patientrettede forebyggelsestilbud, klart defineret samarbejde mellem de kommunale og regionale sundhedsaktører og styrket fokus på egenomsorg og rehabilitering. Det er på tide at satse på en ny model, hvor man går fra at lade "de tusind blomster blomstre" til nationale satsninger, der skal sikre en effektiv nær kronikerindsats. Derfor mener KL, at:

- *Alle kommuner bør have mulighed for at tilbyde forløb til borgere med diabetes type 2, kronisk obstruktiv lunge-sygdom (KOL) og hjerte-kar-sygdom.*
- *Sundhedsstyrelsen bør udvikle en model for kommunale rehabiliteringstilbud på tværs af diagnoser.*
- *Sundhedsstyrelsen bør tage initiativ til, at der udvikles en national model for stratificering af kronisk syge, som også omfatter borgerens egenomsorgsevne.*
- *Kommunerne skal have fokus på rehabilitering og prioritere indsatsen for kronisk syge på tværs af de kommunale velfærdsområder.*
- *Kommunerne og almen praksis skal arbejde systematisk med at identificere borgere i særlig*

risiko for udvikling af kronisk sygdom.

- *Praktiserende læger skal henvise relevante borgere til kommunale patienttilbud.*
- *De kommende sundhedshuse og sundheds- og akuthuse skal rumme en integreret indsats rettet mod kronisk syge.*

Borgere med behov for genoptræning

Kommunerne ønsker en ny vision for rehabiliterings- og genoptræningsområdet. Der er langt mere viden om området i dag, end da man flyttede opgaven til kommunerne, og der er de senere år kommet en stigende erkendelse af det store potentiale, som en helhedsorienteret genoptrænings- og rehabiliteringsindsats har. Der er god evidens for, at træning har effekt på funktionsniveauet for psykiatriske patienter, ligesom kræft- og hjertepatienter har brug for en langt mere helhedsorienteret rehabiliteringsindsats, som foruden det fysiske element også indeholder elementer, som skal bringe patienten tilbage til arbejdsmarkedet og det almindelige samfundsliv.

Der er behov for en ny satsning på genoptræning og rehabilitering, fordi borgere, der ikke får tilstrækkelig genoptræning og rehabilitering, risikerer at få komplikationer og yderligere sygdom eller måske ende på førtidspension. Det er hverken til gavn for den enkelte eller for samfundsøkonomien.

Kommunerne er klar til at påtage sig opgaven og arbejde systematisk med at kvalitetsudvikle og styrke området. Men det kræver en national satsning og et politisk ønske om at prioritere området. Næste skridt er at skabe sam-

menhæng, integrere træning og rehabilitering i andre velfærdsområder og arbejde mere systematisk med kvalitet. Det vil kræve, at nedenstående anbefalinger indfries:

- *Alle skal have afklaring om deres genoptræningsforløb inden for én uge.*
- *Kommunerne skal have mere fokus på vedligeholdende og forebyggende træning.*
- *Kommunerne skal lade træning og fysisk aktivitet spille en større rolle i øvrige indsatser.*
- *Kommunerne skal udvikle fælles kliniske retningslinjer for genoptrænings- og rehabiliteringsområdet.*
- *Sundhedsstyrelsen skal vurdere, om der er genoptræningsopgaver, hvor der bør stilles særlige krav til volumen og specialkompetencer på området.*
- *Sundhedsstyrelsen skal udvikle systematisk kvalitetsmonitorering på genoptræningsområdet.*

Børn og unge

Barneårene danner i vidt omfang grundlaget for den sundhedstilstand, vi kommer til at leve med senere i livet. Børns opvækstvilkår har betydning for de muligheder, barnet som voksen vil have for at få et sundt liv. Det er målet, at alle børn får et solidt grundlag for at lykkes i deres liv.

Det er i barne- og ungdomsårene, at sunde vaner generelt grundlægges. Kommunerne skal fremme sunde vaner hos børn og unge – ikke mindst i forhold til rygning, alkohol, kost og fysisk aktivitet. Det handler først og fremmest om at skabe sunde rammer i børnenes hverdagsliv i daginstitutioner, skoler og på fritidsområdet.

Samtidig skal kommunerne have særlig fokus på børn, der ikke trives, og børn, som vokser op i sårbare og udsatte familier.

På en række områder er det nødvendigt at skabe et velfungerende samarbejde med almen praksis og det øvrige regionale sundhedsvæsen om børn og unges sundhed, og i forhold til svangreomsorgen bør kommunerne spille en større rolle end i dag. Derfor anbefaler KL:

- *Kommunerne bør overtage ansvaret for svangreomsorgen efter udskrivelse i ukomplicerede forløb.*
- *Sundhedstjenesten skal have en større rolle i forhold til børn i førskolealderen.*
- *Kommunernes indsats i forhold til udsatte familier skal opprioriteres, og samarbejdet internt og med almen praksis skal styrkes.*
- *Kommunerne skal fortsat prioritere forebyggelsesindsatsen rettet mod børn og unge.*
- *Kommunerne og regionerne bør gennemføre forsøg med tilbud til overvægtige børn og forsøg med shared caremodeller til behandling af svær overvægt blandt børn.*
- *Regeringen skal sikre forskning i og forsøg med metoder til at fremme mental sundhed blandt børn og unge.*

Borgere med psykiske sygdomme

Psykiske lidelser rammer et stort antal mennesker, og det har både store personlige og samfundsøkonomiske konsekvenser. De senere år har man erfaret, at det rent faktisk er muligt at komme sig eller lære at leve med selv svær psykisk sygdom.

Visionen og målet for kommunerne handler derfor i dag om forebyggelse og rehabilitering, således at også borgere med psykiske lidelser får mulighed for at have egen bolig, komme i job og uddannelse og opretholde socialt netværk.

Kommunerne spiller i dag en større rolle i forhold til borgere med psykiske lidelser og dobbeltdiagnosticerede, der – ikke mindst på grund af omlægninger i behandlingspsykiatrien – har behov for støtte og behandling i eller nær eget hjem. Det kræver imidlertid, at der skabes bedre sammenhæng mellem den kommunale og regionale indsats samt mere veldefinerede tilbud. KL foreslår:

- *Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen skal i fællesskab initiere, at der udarbejdes forløbsprogrammer for indsatsen målrettet borgere med psykiske lidelser.*
- *Regeringen skal sikre kommunale tilbud, som kan hindre unødvendige (gen)indlæggelser.*
- *Kommunerne skal opprioritere sundhedsfremme på psykiatriområdet, herunder træning.*
- *Regionerne skal leve op til deres behandlings- og udredningsansvar over for borgere med lettere psykiske lidelser for at hindre udstødning fra arbejdsmarkedet.*
- *Kommunerne og regionerne skal i fællesskab styrke deres indsats for børn og unge med psykiske vanskeligheder.*

Sundhedsfremme og forebyggelse

Stadig flere får livsstilsbetinget kronisk sygdom. Hvis denne udvikling skal vendes, eller vi i det

mindste vil forsøge at forhindre, at udviklingen løber løbsk, skal der sættes på sundhedsfremme og forebyggelse. Det er et stort arbejde for kommunerne, der fortsat må orientere sig mod at tænke sundhed ind i hele kommunen, at etablere sunde rammer til alle borgere og tilbud til borgere med særlige behov og i stigende grad sætte mål for indsatsen.

Kommunerne kan og skal yde en betydelig indsats i alle forvaltningsområder for at skabe sunde rammer for borgernes hverdag og arbejde sundhedsfremmende i alle kontakter med borgerne. Ligeledes skal kommunerne i indsatsen rettet mod borgere med særlige behov arbejde på tværs og sikre sammenhæng i indsatsen. Med kommunernes ansvar for sundhedsfremme- og forebyggelsesopgaverne er der et stort potentiale for bedre sundhed i befolkningen.

Kommunerne efterspørger dog betydelig mere retning og mål i forhold til den borgerrettede forebyggelse fra centralt hold. Når der er tydelighed omkring, hvad der skal gøres og hvordan, er kommunerne parat til at yde deres. Derfor anbefaler KL:

- *Kommunerne skal fortsat arbejde intensivt med sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatsen.*
- *Alle kommuner skal implementere grundlæggende indsats på forebyggelsesområdet.*
- *Regeringen skal tage initiativ til, at der etableres nationale mål for danskernes folkesundhed.*
- *Regeringen skal gennemføre initiativer, der har effekt på befolkningens sundhed.*

- *Sundhedsstyrelsen skal sikre monitoringsværktøjer på forebyggelsesområdet.*

Telemedicinske løsninger i kommunerne

Anvendelse af telemedicinske løsninger betyder, at mange besøg på sygehusafdelinger, i ambulatorier og hos egen læge kan erstattes af behandling, pleje og monitorering i hjemmet. Telemedicin kan blandt andet anvendes til de store kroniske sygdomme som hjerte-kar-sygdom, diabetes og KOL.

Telemedicin rummer store potentialer for at fremme patienternes involvering i egen pleje og omsorg (patient empowerment), ligesom telemedicin rummer potentialer for at skabe bedre sammenhæng i behandlingen på tværs af sektorer. Endelig muliggør telemedicin, at behandlingsopgaver kan løses på laveste effektive omkostningsniveau i kommunerne, typisk af hjemmepleje og hjemmesygepleje med inddragelse af specialister på sygehuse eller praktiserende læger.

I kommunerne er der villighed til at satse markant på telemedicin og velfærdsteknologi. Telemedicin er det elektroniske fundament for det nære sundhedsvæsen og rummer potentialerne til at bringe specialisterne til borgeren – og ikke omvendt. Derfor er der fremadrettet behov for mere systematik og styring.

Derfor ser KL følgende behov:

- *Kommunerne skal udvikle en fælles strategi for telemedicin.*
- *Telemedicinske ydelser skal udvikles under hensyntagen til, at borgerne har flere sygdomme samtidig.*

- *Hjemmesygeplejen skal have et kompetenceløft, i takt med at telemedicinske løsninger udrulles.*
- *Staten skal udvikle en incitamentsmodel for telemedicin, hvor pengene følger borgeren.*
- *Staten skal sikre standardisering af telemedicinske værktøjer.*
- *Staten skal udvikle standarder og infrastruktur i kommunerne.*

Kommunernes samarbejde med almen praksis

Samarbejdet mellem kommunerne og almen praksis er i dag ikke effektivt nok i forhold til løsningen af flere og ofte mere komplekse sundhedsfaglige problemer knyttet til den enkelte borger. Mange kommuner oplever, at samarbejdet ikke udvikler sig hurtigt nok, og dette synspunkt deles også ofte af de lokale læger selv.

Efter en periode, hvor udfordringerne især har bestået i at acceptere hinandens forskellige betingelser og måder at arbejde på, så er der nu en mere udbredt konsensus om, at det især er forpligtelse til fælles mål og procedurer, en hensigtsmæssig struktur i almen praksis, klarere aftaler og tættere relationer, der er vejen frem til et mere effektivt samarbejde. Målet er især at udnytte begge parter viden om den enkelte borger for at opnå bedst mulig sammenhæng mellem den lægelige behandling og kommunens ydelser. For at opnå forpligtelse og tættere relationer mellem kommuner og almen praksis anbefaler KL følgende:

- *Almen praksis skal være forpligtet af sundhedsaftalerne.*
- *Regionernes Lønnings- og Takstnævn skal i den kommende overenskomst præci-*

sere almen praksis' opgaver i forhold til kommunerne.

- *Regionernes Lønnings- og Takstnævn bør overveje, hvordan praktiserende læger kan anvende mere tid på samarbejdet med kommunerne.*
- *Kapaciteten i almen praksis bør på sigt øges.*
- *Regeringen bør sikre offentlig anlægsinvestering for at få en hensigtsmæssig struktur i almen praksis.*
- *Lægedækningen bør være mere ensartet i alle dele af landet.*

Sundhedsfaglige kompetencer i kommunerne

Opgaveglidning og opgaveflytning fra sygehusene til kommunerne på ældre- og sundhedsområdet betyder, at kommunerne løser flere og mere komplekse behandlings- og plejeopgaver. De nye og mere komplekse faglige krav betyder, at de kommunale medarbejders faglige kompetencer er udfordret på mange områder.

Det drejer sig om kliniske faglige kompetencer inden for eksempelvis palliation, hjemmedialyse, forebyggelse, psykiatri og andre former for kompleks pleje og behandling. Men også om andre kompetencer som fx sundhedspædagogik, viden om rehabilitering, skriftlig og faglig dokumentation, håndtering af forløb med og brug af velfærdsteknologiske og telemedicinske løsninger samt viden om sammenhængende og koordinerede forløb.

Kommunerne har brug for flere sundhedsfaglige kompetencer til at løfte sundhedsopgaverne systematisk og i overensstemmelse med eksisterende eller kommende retningslinjer. Det kræver flere sundhedsfaglige medarbejdere,

der har en relevant uddannelse, der matcher kommunernes sundhedsopgaver. Kommunerne får også brug for flere lægefaglige kompetencer, der især vil komme fra almen praksis og i nogen grad fra sygehusafdelinger. Derfor anbefales følgende:

- *Kommunerne skal vurdere sammensætningen af medarbejdere på sundhedsområdet i forhold til en ændret opgave.*
- *Staten og kommunerne skal i fællesskab gennemføre et eftersyn af de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser.*
- *Kommunerne får brug for flere lægefaglige kompetencer, der primært stilles til rådighed af almen praksis.*

Styring, dokumentation og evaluering

Sundhedsindsatsen i kommunerne skal fokuseres dér, hvor den har størst effekt. Mest sundhed for pengene kræver styring og viden om effekten af indsatsen og viden om, hvordan forskellige typer af indsatser bedst implementeres. Kommunernes styring af sundhedsområdet vanskeliggøres i dag af en række elementer.

Kommunernes opgaver og udgifter på sundhedsområdet afhænger direkte af regionernes praksis. Hvis region og sygehus beslutter at hæve aktiviteten på sygehusene, påvirker det kommunernes opgaver og dermed også de kommunale udgifter. Men kommunerne har ingen indflydelse på de beslutninger, der har direkte konsekvens for deres opgaver.

Styringen vanskeliggøres endvidere af begrænsede styringsredskaber. Der mangler i dag et overblik og et evidensbaseret

grundlag for, hvilke indsatser der virker. Det vanskeliggør prioriteringen.

For at styrke kommunernes styring af sundhedsindsatsen anbefales det, at:

- *Sundhedsaftalerne skal være et mere forpligtende planlægningsværktøj.*
- *Kommunerne skal have indflydelse på sygehusplanlægningen, når den har konsekvens for de kommunale opgaver.*
- *Regeringen skal sikre etablering af et nationalt videnscenter for det nære sundhedsvæsen.*
- *Kommunerne skal til analyseformål have adgang til data om indsatser på tværs af velfærdsområder.*
- *Regionerne skal levere indikatorer og nøgletal til kommunerne og fx Sundhedskoordinationsudvalg som baggrund for den kritiske dialog mellem sygehuse og kommuner.*
- *Kommunerne skal udarbejde styringsanalyser og incitamenter på tværs af velfærdsområder.*

Finansiering af det nære sundhedsvæsen

Der vil i fremtiden være et betydeligt pres på udgifterne i sundhedsvæsenet. Denne udvikling betyder, at der er et stort behov for at udvikle sundhedsvæsenet, så opgaverne løses på laveste effektive omkostningsniveau (LEON), og så forebyggelige indlæggelser undgås.

Men skal det lykkes, kræver det, at vi får vendt filosofien i sundhedsvæsenet om. Målsætningen bør være, at finansieringen og incitamenterne understøtter et fokus på kvalitet og effekt af sundhedsindsatsen frem for alene på kvantitet og behandlingsaktivitet på sygehusene. Der er

derfor behov for en omlægning af finansieringsmodellen på sundhedsområdet.

De nuværende incitamenter er indrettet på at sende flere og flere patienter hurtigere og hurtigere igennem systemet. Det bliver et mål i sig selv at øge aktiviteten. I stedet bør incitamenterne indrettes mod at reducere indlæggelsesfrekvensen og aflaste sygehusene med alternative og billigere indsatser. Det bør være et mål, at andelen af ældre medicinske patienter og patienter med kroniske lidelser på sygehusene over en årrække reduceres.

Derfor anbefaler KL:

- *Der bør indføres en forebyggelsesfilosofi frem for en indlæggelsesfilosofi.*
- *Der bør aftales håndfaste mål for reduktion af indlæggelsesfrekvenserne. Disse måltal bør ledsages af en økonomisk mekanisme, der tilbagefører gevinsten til kommunerne.*
- *En andel af meraktivitetspuljen bør omprioriteres til indsatser i det nære sundhedsvæsen.*
- *Pengene følger opgaven – der indføres en planlagt opgaveglidning.*
- *Der skal indføres incitamenter til at udbrede fælles alternativer til indlæggelse på tværs af regioner og kommuner.*
- *Eventuel vækst i sundhedsudgifterne skal prioriteres til udbygning af forebyggelsesindsatsen og det nære sundhedsvæsen.*
- *Der skal indføres en mere differentieret medfinansiering.*

3. Indledning og vision

Danskerne skal have bedre muligheder for at leve et sundt liv uden sygdom og indlæggelser. En sund befolkning er en forudsætning for en stærk arbejdsstyrke og et bæredygtigt samfund, og derfor skal sundhedspolitikken i Danmark fokusere mere på sundhedsfremme og på forebyggelse af sygdom og indlæggelse.

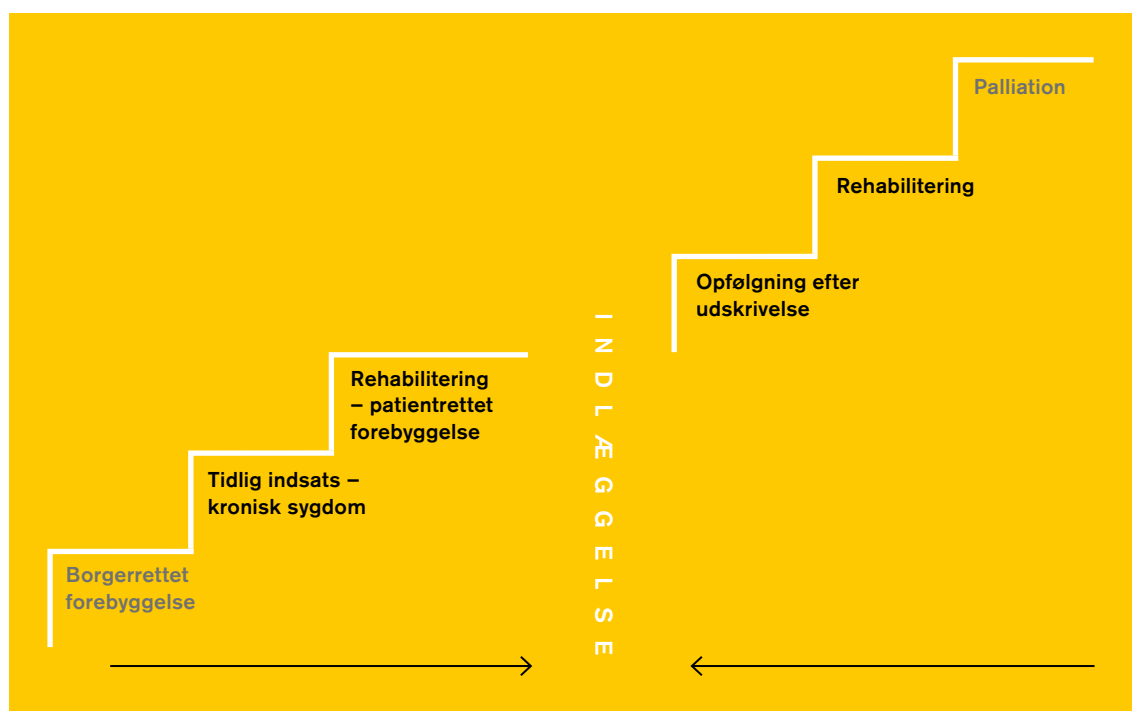
Et sundt liv starter hos borgeren selv – i borgerens dagligdag og nærmiljø. Derfor er kommunerne også det naturlige udgangspunkt for det nære sundhedsvæsen, fordi de lokale rammer er afgørende for borgernes muligheder for at leve et sundt liv. Kommunerne møder borgerne i ældreplejen, i

daginstitutionerne, på skolerne og i jobcentrene. Det betyder, at kommunerne har mulighed for at levere sammenhængende tilbud på tværs af velfærdsområderne, som ikke alene forbedrer borgernes sundhed, men som også sikrer, at borgere med sygdom kan komme hurtigt tilbage til arbejdslivet og familielivet.

Det danske sundhedsvæsen gennemgår markante forandringer i disse år. Sygehusene specialiseres og samles på færre, større enheder, der bygges nye supersygehuse, og der lukkes sengepladser. Sideløbende hermed falder indlæggelsestiderne. Det sker, fordi mange behandlinger

er blevet mere skånsomme, fordi man er blevet bevidst om, at hurtig mobilisering af patienten styrker rehabiliteringen. Men det sker også, fordi der er stigende erkendelse af, at ting, der tidligere har været varetaget i sygehusregi, lige så godt kan varetages i det nære sundhedsvæsen – hos borgeren selv.

Denne udvikling er fornuftig. Med de kortere indlæggelsestider følger nye kommunale sygeplejeopgaver, så kommunerne i dag i varierende grad varetager opgaver i alle dele af sygdomsforløbet på begge sider af selve indlæggelsen, jf. figuren herunder.



Der skal i de kommende år stigende fokus på de indsatser, der ligger umiddelbart før og efter indlæggelsen, hvis det nære sundhedsvæsen skal aflaste sygehusene. Det handler om tidlig opsporing af borgere med kronisk sygdom, hverdagsrehabilitering og rehabiliterende patientrettet forebyggelse. Og det handler om den specialiserede sygeplejefaglige opfølgning og den brede genoptrænings- og rehabiliteringsindsats, der skal tage hånd om borgerne, der udskrives hurtigere fra sygehuset. Samtidig skal kommunerne stadig have fokus på sundhedsfremme og den borgerrettede forebyg-

gelse, ikke mindst børn og unges sundhed, så sygdom og behov for sundhedssydelse i videst muligt omfang reduceres fremadrettet.

Fremtiden vil byde på langvarig økonomisk smalhals. Forbedringer i sundhedsvæsenet kan derfor ikke i samme grad som tidligere finansieres af nye penge, men skal finansieres ved at prioritere udgifterne på en ny måde, så borgerne i højere grad end i dag behandles på laveste effektive omkostningsniveau (LEON) – i borgernes nærmiljø.

Der er derfor behov for en klar vision for det nære sundhedsvæsen. Det nære sundhedsvæsen skal have klart definerede opgaver, og kommunernes rolle på sundhedsområdet skal gøres mere tydelig. Det er det vigtigste sundhedspolitiske projekt i de kommende år.

KL og kommunerne har en vision om at udvikle et nært sundhedsvæsen, hvor kommuner på tværs af forvaltningsområder arbejder sammen med almen praksis om at give danskerne *et sundere, længere liv, som leves aktivt og produktivt uden sygdom og begrænset funktionsevne*.

Det nære sundhedsvæsen skal være borgerens indgang til sundhedsvæsenet – almindeligvis gennem almen praksis. Det skal understøtte behandling i og nær borgerens eget hjem og borgers mulighed for at tage vare om eget helbred.

Visionen for det nære sundhedsvæsen

Det nære sundhedsvæsen:

- Er borgerens indgang til sundhedsvæsenet
- Fremmer borgernes sunde livsstil og forebygger sygdom
- Forebygger indlæggelse gennem levering af almen og specialiseret sygepleje, genoptræning, rehabilitering og selvtræning
- Understøtter behandling af borgeren i og nær borgerens eget hjem
- Understøtter borgerens mulighed for at tage hånd om egen sygdom, blandt andet gennem brug af uddannelse og moderne teknologi
- Skaber sammenhæng mellem kommuner, almen praksis og sygehusvæsenet for at sikre sammenhæng i patientforløb
- Arbejder evidensbaseret og kvalitetsorienteret.

Flere lande satser på det nære sundhedsvæsen

I Norge har man vedtaget Samhandlingsreformen, der træder i kraft fra 2012. Reformen er et samlet initiativ, der har til formål at styrke de nære tilbud og aflaste sygehusvæsenet. Som en del af reformen overføres ca. 5 mia. NOK til de nære sundhedstilbud. Midlerne tages fra sygehussidens pulje for aktivitetsbaseret finansiering. Reformen tager afsæt i forskellige igangsatte initiativer (fra ca. 2005) i bl.a. Drammen, Trondheim og Bergen. Disse initiativer (der alle er blevet systematisk evalueret) har omfattet udvidet kommunal opgavevaretagelse på sundhedsområdet. Kommunal medfinansiering som virkemiddel har været diskuteret intenst i forbindelse med Samhandlingsreformen. Der indføres nu kommunal medfinansiering fra 2012, idet det kirurgiske område dog er holdt udenfor.

Forudsætningen for et stærkt nært sundhedsvæsen er et godt samarbejde mellem kommunerne og almen praksis. Praksissektoren har en nøglerolle i at levere lægefaglige kompetencer i det nære sundhedsvæsen og bistå i udviklingen af de kommunale tilbud. Forudsætningen for at indfri visionen om det nære sundhedsvæsen er derfor, at der sker en udvikling af praksissektoren – til en medspiller, som er tilgængelig hele døgnet, hele ugen, og som indgår i forpligtende samarbejde med kommunerne.

Formålet med dette udspil er at skitsere en strategi for etableringen af et stærkt nært sundhedsvæsen, som aflaster sygehusene og sikrer en bedre anvendelse af ressourcerne i sundhedsvæsenet. En grundlæggende satsning i det nære sundhedsvæsen på rehabiliterende patientrettet forebyggelse før og efter indlæggelse samt en styrket specialiseret sygeplejeindsats vil betyde, at flere patienter kan hjælpes derhjemme og i det nære, og færre får behov for at blive indlagt eller genindlagt. Det frigør ressourcer i sygehusvæsenet.

Udspillet rummer konkrete forslag til, hvordan man i det nære kan udvikle sammenhængende sundheds-, pleje- og rehabiliteringsydelser. Der peges på nødvendigheden af, at de nære sundhedsydelser tænkes sammen med tilgrænsende velfærdsområder som ældrepleje, socialpsykiatri og beskæftigelsesindsatsen, ligesom der peges på vigtigheden af et udvidet samarbejde mellem kommunerne og almen praksis samt sygehusene med henblik på at udvikle fælles løsninger til gavn for borgerne og med bedst mulig anvendelse af ressourcerne.

Udspillet rummer også forslag til, hvordan man kan fremme anvendelsen af moderne (velfærds)teknologi og telemedicin, ligesom der vil blive præsenteret forslag til nye styrings- og incitamentsmodeller, forslag til styrket effektdokumentation og forslag til, hvordan kommunernes sundhedsfaglige kompetencer kan styrkes, for at ruste kommunerne bedst muligt til de forestående opgaver.

Endelig rummer udspillet en række gode eksempler på, at kommunerne i samarbejde med sygehuse og praksissektor leverer sundhedsydelserne på nye, innovative måder til gavn for borgere og samfundsøkonomi. Mange af eksemplerne udspringer af projektmidler fra de deltagende parter, statslige puljer eller andet. Hvis disse mange gode eksempler skal udbredes på landsplan, kræver det en ny politisk satsning, der omfatter en grundlæggende udbygning af det nære sundhedsvæsen, så det reelt kan aflaste sygehusene.



4. Kvalitet i det nære sundhedsvæsen

Opgave- og strukturreformen har igangsat en markant udvikling af kommunernes rolle i sundhedsvæsenet. De nye opgaver inden for borgerrettet og patientrettet forebyggelse, genoptræning og rehabilitering samt den stigende opgavetyngde i hjemmepleje og hjemmesygepleje betyder, at kommunerne i dag er en central aktør på sundhedsområdet.

Den styrkede rolle forpligter og betyder, at kommunerne i lighed med den øvrige del af sundhedsvæsenet løbende må arbejde med at udvikle kvaliteten og standardisere ydelserne på tværs af landet, når der er evidens for, at bestemte

måder at løse opgaver på giver den bedste effekt.

De seneste års arbejde med at udvikle og udbrede pakkeforløb, kliniske retningslinjer og forløbsprogrammer i sundhedsvæsenet har også omfattet kommunerne, senest i forbindelse med Kræftplan III. Pakkeforløb, kliniske retningslinjer og forløbsprogrammer er et opgør med forestillingen om, at det lægefaglige skøn i alle tilfælde skal råde. Der, hvor der er evidens for, at noget virker bedre end andet, skal alle gøre det. Og det princip er naturligvis også relevant for kommunerne at arbejde ud fra.

Kliniske retningslinjer på det kommunale sundhedsområde

I 2011 igangsatte KL og Sundhedskartellet et projekt om retningslinjer på det kommunale sundhedsområde. Formålet er at skabe de fremtidige rammer for udvikling og implementering af evidensbaserede kliniske retningslinjer i kommunerne.

Med en solid sundhedsfaglig basis kan kliniske retningslinjer medvirke til at sikre ensartede, ajourførte og sammenhængende tilbud inden for pleje og behandling. Sammen med forløbsprogrammer bidrager kliniske retningslinjer til en evidensbaseret og sundhedsfaglig standard af høj kvalitet. Det fører til bedre behandlingsforløb og mere sundhed for pengene gennem veldokumenterede indsatser og færre utilsigtede hændelser. Ikke mindst sikres borgeren det rette tilbud på rette tidspunkt.

Projektet gennemføres på tre år. Inden for det første år udvikles de kliniske retningslinjer, der er valgt som fokusområder. Herefter iværksættes implementeringsfasen i 3-5 kommuner. Ved udgangen af 2014 forventes projektet afsluttet med forslag til fremtidig udvikling, opfølgning og formidling af kliniske retningslinjer i det kommunale sundhedsvæsen.

Men standardiseringsarbejdet i sundhedsvæsenet knytter sig ikke alene til, hvilke konkrete behandlings- eller plejetilbud den enkelte patient skal have. Der findes også evidens vedrørende organisatoriske forhold, herunder hvilket patient- og borgerunderlag der kræves, hvis indsatserne skal kunne leveres på et tilstrækkeligt kvalitetsniveau.

I takt med, at kommunernes rolle på sundhedsområdet styrkes, vokser behovet for at arbejde standardiseret og evidensbaseret. På den baggrund ønsker kommunerne også at intensivere kvalitetsarbejdet, så borgerne, uanset hvor de bor, kan forvente sundhedsydelser af høj kvalitet. Konkret vil kommunerne arbejde ud fra følgende målsætninger:

Kommunerne vil samarbejde for at skabe tilstrækkeligt befolkningsunderlag til, at opgaver kan løftes til det rette kvalitetsniveau: På enkelte af de kommunale sundhedsområder er målgruppen så lille, at den enkelte kommune kan have svært ved at opbygge ekspertise til at løse opgaverne selv.

Ved at arbejde sammen vil kommunerne opnå et patient- og brugerunderlag, der er tilstrækkeligt stort til at sikre et stærkt fagligt miljø, der har de fornødne kompetencer til at gennemføre forløb af høj kvalitet.

Kommunerne ønsker at arbejde efter standarder og kliniske retningslinjer på områder, hvor der er evidens:

Kommunerne bakker op om de seneste års arbejde med at udbrede kliniske retningslinjer og forløbsprogrammer. Kommunerne ønsker at fortsætte arbejdet her-

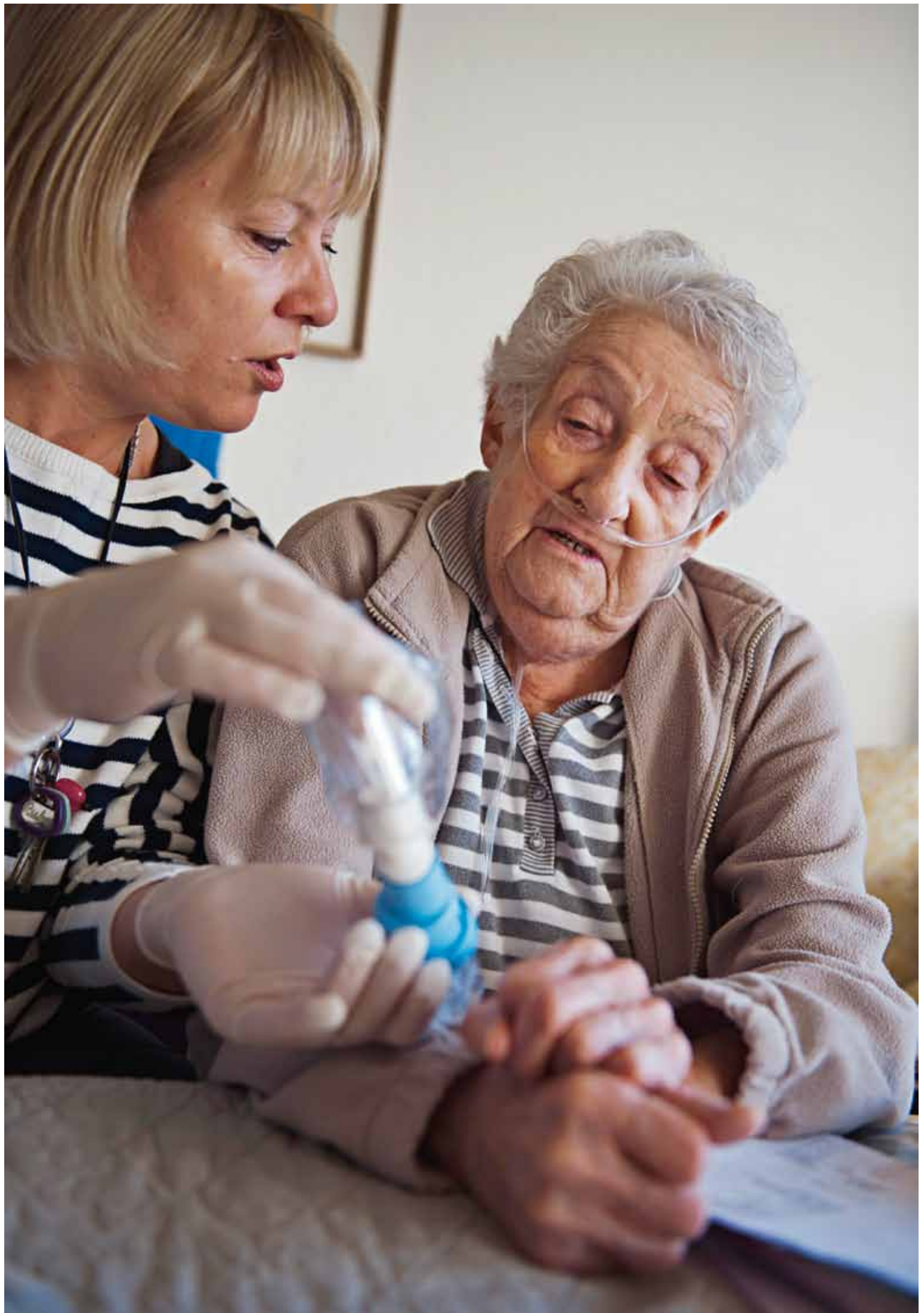
med, så der kommer større faglig ensartethed i kvaliteten af de kommunale tilbud. Kommunerne kan ikke på samme måde som sygehusvæsenet trække på faglige selskaber til at drive udviklingen af kliniske retningslinjer. Det betyder, at Sundhedsstyrelsen bør indtage en aktiv rolle i at drive udviklingen af standarder og kliniske retningslinjer på områder, der er relevante for kommunerne.

Kommunerne vil arbejde mere systematisk med at dokumentere og evaluere effekten af de kommunale indsatser på sundhedsområdet:

En forudsætning for fortsat kvalitetsudvikling af de kommunale sundhedsopgaver er, at indsatserne evalueres. Kommunerne ønsker derfor at styrke arbejdet med systematisk at dokumentere kvaliteten af de ydelser, der leveres på sundhedsområdet. Et vigtigt element i arbejdet med at styrke dokumentation og evaluering af de nære sundhedstilbud er et øget samarbejde mellem kommuner, regioner og forskningsinstitutioner.

Kommunerne ønsker, at staten og universiteterne prioriterer forskningen i de nære sundhedsydelser højere:

Hvis det skal give mening, at kommunerne skal arbejde mere systematisk med kvalitetsudvikling, er det også centralt, at vi som samfund prioriterer, at der tilvejebringes ny viden på de områder, det nære sundhedsvæsen omfatter. KL anbefaler derfor, at der fra national side sættes mere markant på forskning i de nære sundhedsydelser. Kommunerne vil til gengæld arbejde systematisk med at stille data til rådighed for de forskningsinstitutioner, som har interesse heri.

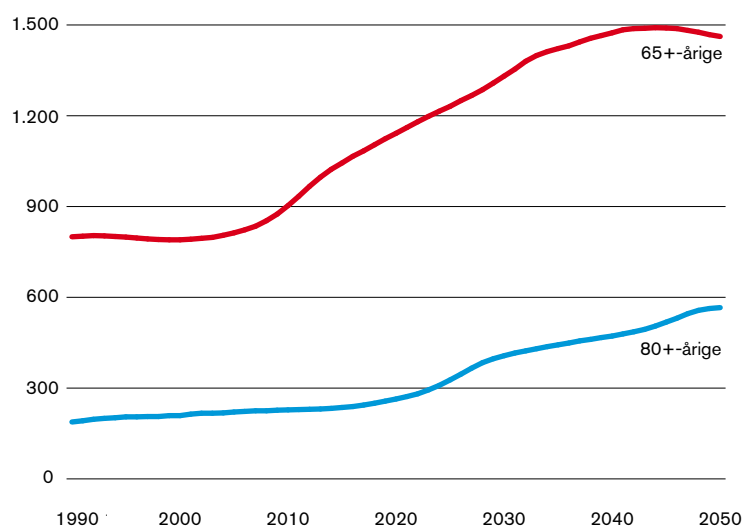


5. Den ældre medicinske patient

5.1 Indledning

Den demografiske udvikling betyder, at der vil komme flere ældre. I 2020 vil antallet af ældre over 65 år være steget med 22 pct., mens antallet af ældre over 80 år vil være steget med 16 pct.

Figur 5.1. Antal personer hhv. 65+ år og 80+ år, 1990-2050.



Kilde: Danmarks Statistik.

Den demografiske udvikling er en betydelig udfordring for det danske sundhedsvæsen, fordi ældre borgere har større sygelighed og større plejebehov end den øvrige befolkning.

Ifølge Sundhedsstyrelsen udgør patienter over 65 år ca. halvdelen af de somatiske patienter i sygehusvæsenet. Sygeligheden er størst blandt ældre over 85 år¹.

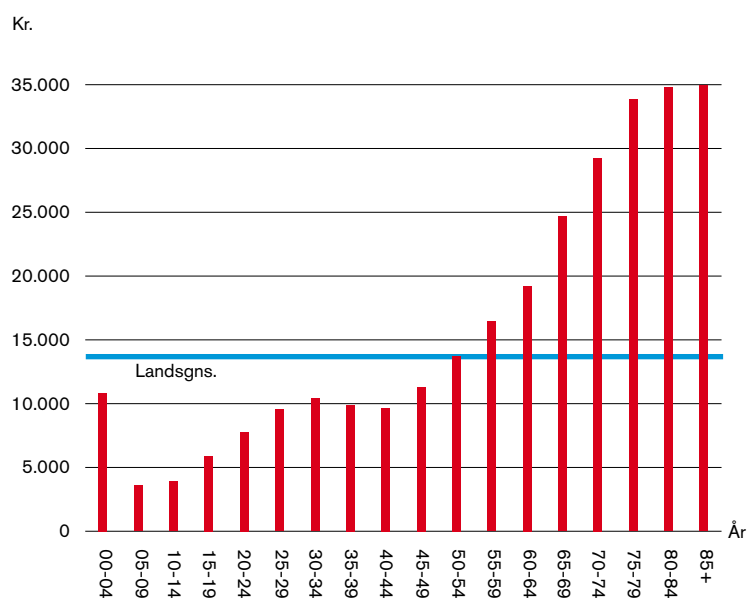
Presset fra de ældre patienter kan aflæses direkte i sygehusregnskaberne. Opgøres sygehusudgifterne på aldersgrupper, bliver det tydeligt, at de ældre er mest omkostningstunge, jf. figur 5.2. Her udgør udgifterne til borgere over 65 år 40 pct. af de totale sundhedsudgifter. Opgørelsen dækker over såvel indlæggelser som ambulante besøg. Samlet set havde sygehusene udgifter til de ældre over 65 år på ca. 24 mia. kr. i 2010. Heraf udgjorde indlæggelser af ældre medicinske patienter omkring 1/3 af udgifterne. Hertil kommer udgifter til bl.a. ambulante besøg for denne gruppe.

¹Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan. Sundhedsstyrelsen

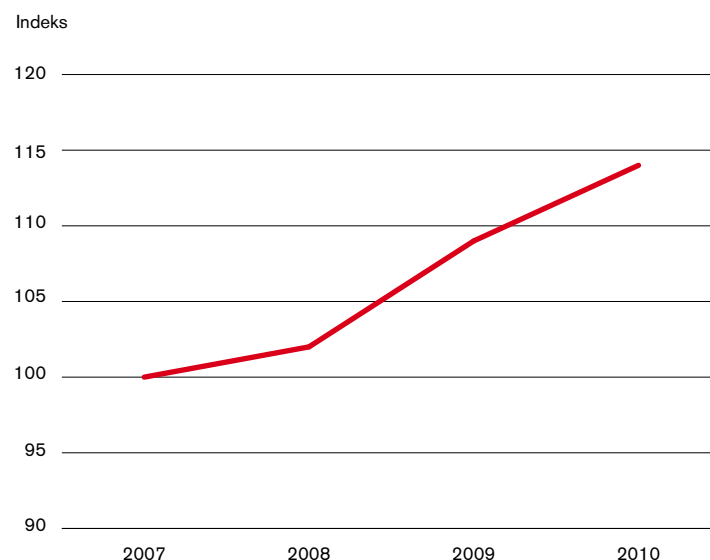
Over tid vokser udgifterne til ældre medicinske patienter også. Udgifter til indlæggelser af de ældre medicinske patienter er siden 2007 vokset med 14 pct. i faste priser, jf. figur 5.3. Omkostningsvæksten svarer i øvrigt nogenlunde til omkostningsvæksten i sundhedsvæsenet generelt.

Kilde: eSundhed, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
Note: Udgifterne er opgjort ved produktionsværdien.

Figur 5.2. Sundhedsudgifter pr. indbygger fordelt på aldersgrupper, 2010.



Figur 5.3. Udgifter til indlæggelser af ældre medicinske patienter, 2007-2010.



Kilde: eSundhed, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
Note: Udgifterne er opgjort ved produktionsværdien.

Den kommunale medfinansiering til de ældre medicinske patienter er i samme periode steget med 5,8 pct. i faste priser.

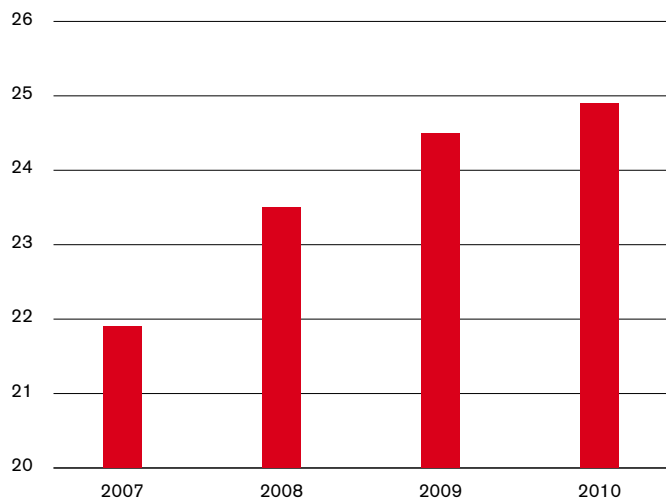
Mere alvorligt er det dog, at samfundet i dag ikke har de rigtige tilbud til patienterne, og at opgaven således ikke løses hensigtsmæssigt. Dette illustreres blandt andet af indlæggelsesmønstrene for de ældre medicinske patienter.

Antallet af indlæggelser, hvor den ældre medicinske patient indlægges og udskrives samme dag (korttidsindlæggelser), er steget markant i de seneste år. Siden 2007 er antallet af korttidsindlæggelser steget med 13,9 pct. pr. 1.000 borgere over 65 år, jf. figur 5.4.

En stor del af disse indlæggelser kunne formentlig være undgået, hvis der var blevet satset mere systematisk på at udvikle nære tilbud – og alligevel ses en vækst i sygehusudgifterne på området.

Kommunerne ønsker, at indsatsen over for de ældre medicinske patienter omlægges, så mere klares i det nære sundhedsvæsen. Både

Figur 5.4. Udviklingen i antal korttidsindlæggelser pr. 1.000 borgere over 65 år, 2007–2010.



Kilde: eSundhed, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

fordi det er til gavn for borgerne, og fordi det er billigere for samfundet. Når der i de kommende år bliver længere til sygehusene, og indlæggelsestiderne fortsat bliver afkortet, vil kommunerne og almen praksis i stigende grad skulle pleje og behandle de ældre medicinske patienter. En fælles målsætning må være, at færre borgere får behov for at komme på sygehuset. Det skal indsatsen i det nære sundhedsvæsen bidrage til.

Der er med etableringen af en national handlingsplan for den ældre medicinske patient i 2011 taget nogle positive første skridt til at omlægge behandlingen, så mere klares i det nære, men fra kommunernes side er der ønske om at gå endnu længere. Skal der ske en egentlig aflastning af sygehusene ved indsatser i det nære sundhedsvæsen, er der behov for en grundlæggende omprioritering.

Kommunens indsatser efter udskrivning

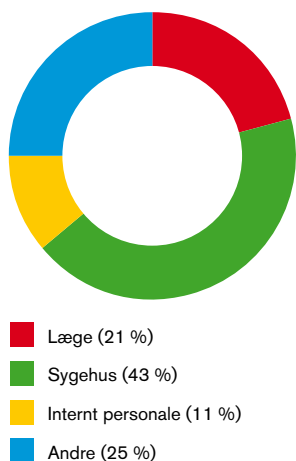
Andreas Krogh har været indlagt på sygehuset på grund af en blodprop i hjertet. Under indlæggelsen konstateres det også, at han har ubehandlet diabetes II. Andreas Krogh udskrives fredag eftermiddag kl. 14.00 efter få dages indlæggelse. Andreas Krogh er 81 år, han bor alene og har indtil nu klaret sig uden hjemmehjælp. Kommunen får melding kl. 10.00 om, at Andreas Krogh udskrives over middag og har behov for både praktisk og personlig hjælp samt hjemmesygepleje. Hjemmesygeplejersken og social- og sundhedshjælperen tager imod Andreas Krogh kl. 14.00 og skal nu i gang med at afdække hans nye behov for pleje og omsorg og herefter iværksætte de nødvendige indsatser. Det drejer sig om medicindosering, kontakt til lægen for aftaler om behandling og opfølgning på diabetes II (sygehuset har primært taget sig af forløbet med blodproppen i hjertet), plan for ernæring, sikring af madlevering, hjælpemidler, etablering af træning, kontakt til sygehuset med henblik på afklaring af ambulat behandling og herefter planlægning af kørsel mv.

5.2 Status og udviklingstendenser

Kommunernes opgaver i relation til den ældre medicinske patient har været under markant udvikling i de senere år. Indlæggelsestiderne på sygehuse er blevet kortere og kortere, dels på grund af ny teknologi og bedre behandlingsmuligheder, dels på grund af en stigende erkendelse af, at indlæggelser skal minimeres, ikke mindst for i videst muligt omfang at opretholde den ældres funktionsniveau.

Borgere, der henvises til hjemmesygepleje, kommer først og fremmest fra sygehuse, jf. figur 5.5. Sygehushenviste dækker således over 43 pct. af de henviste. 25 pct. er henvist fra "andre", som i dette tilfælde primært dækker over pårørende og borgere selv, mens 21 pct. er henvist fra praktiserende læge.

Figur 5.5. Andel af henvisninger til hjemmesygeplejen fra henholdsvis læge, sygehus, internt personale og andre. Opgørelse baseret på svar fra 12 kommuner, 2010.



Kilde: KL: Hjemmesygepleje. Dokumentation og styring, 2010.

Sygehuse specialiserer og omlægger til ambulant behandling:

- Antal normerede senge i de medicinske afdelinger er faldet fra 8.895 til 7.692 fra 2002 til 2008.
- Indlæggelsestiden for de ældre er fra 2001 til 2008 faldet fra 9,7 til 7,4 dage.
- Fra 2002 til 2008 er antallet af ambulante besøg for de ældre øget med 26 pct.

Kilde: Sundhedsstyrelsen, 2011. Kommunen får melding kl. 10.00

Den høje grad af henvisning fra sygehuse kombineret med stigende opgaveglidning fra sygehus til hjemmesygepleje illustrerer, at hjemmeplejen i stigende omfang aflaster sygehuse. Opgaveglidningen er veldokumenteret, jf. boksen herunder. Kommunerne har fået nye opgaver inden for en bred vifte af områder, herunder medicinering, kontrol og vejled-

ning. Udviklingen er fornuftig, fordi den understøtter målet om, at borgerne skal behandles på laveste effektive omkostningsniveau, og udviklingen må forventes at blive forstærket i de kommende år. Af hensyn til kvaliteten i de nære tilbud er der imidlertid behov for at gå fra opgaveglidning til planlagt opgaveflytning, hvor pengene følger med.

Opgaveglidning i hjemmesygeplejen

Der er lavet undersøgelser af opgaveglidning i hjemmesygeplejen. KL og Sundhedskartellet præsenterede i foråret 2011 rapporten "Fremtidens hjemmesygepleje", og DSI har i 2009 for KL udarbejdet en rapport om opgaveglidning i hjemmesygeplejen. Af rapporterne fremgår, at kommunernes hjemmesygepleje har fået en række nye opgaver i de senere år som følge af opgaveglidning, herunder:

- Øget medicinering, herunder injektioner
- Iltbehandling og respiration, herunder tekniske opgaver og monitorering
- Inhalationsbehandling, herunder vejledning om inhalationsteknik
- Apparatvedligehold
- Patientoplæring om insulinbehandling
- Blodsuktermålinger
- Blodsukkerprofil
- IV-behandling
- Akutte opgaver vedr. svage diabetikere
- Kompressionsbehandling
- Bestilling af sårpræparater
- Assistance i forbindelse med telemedicin på KOL- og sårområdet
- Nye former for smertebehandling for kræftpatienter
- Øget samarbejde med hospitaler bl.a. vedr. palliation
- Demenskoordination

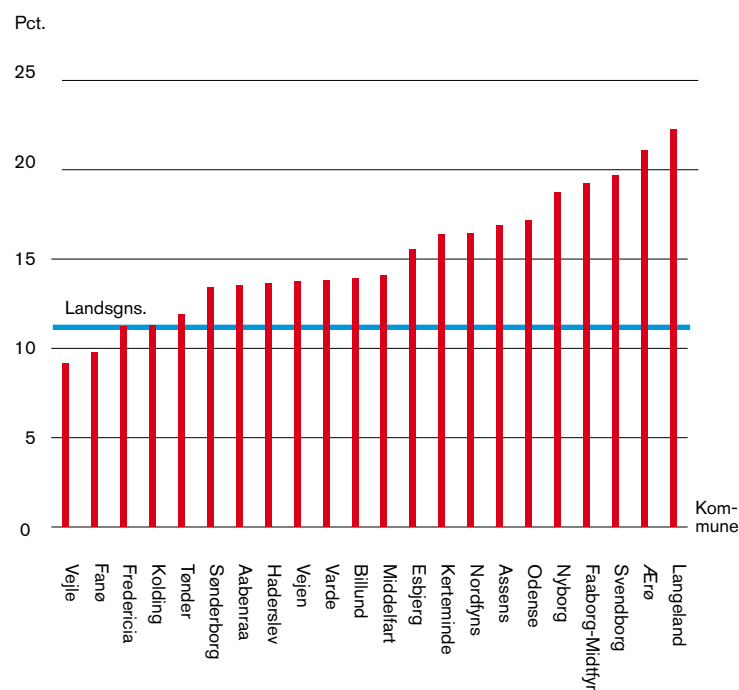
Kilde: DSI, 2009.

Et væsentligt formål med den kommunale opgavevaretagelse i forhold til de ældre medicinske patienter er at levere tilbud, der reducerer antallet af indlæggelser og forebygger unødige genindlæggelser.

Antallet af genindlæggelser blandt ældre medicinske patienter har været forholdsvis konstant siden kommunalreformen. I 2007 var andelen således 14,9 pct., mens den i 2010 var 14,1 pct.². Fra kommune til kommune er der imidlertid forskel.

Figur 5.6 viser andelen af genindlæggelser for ældre medicinske patienter i Region Syddanmark. Tendensen er den samme i andre regioner.

Figur 5.6. Genindlæggelsesfrekvens blandt ældre medicinske patienter i kommunerne i Region Syddanmark, 2010.



Kilde: eSundhed, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Figuren dækker over store forskelle i borgersammensætning, tilgængelighed til praktiserende speciallæger mv., men udtrykker også potentialerne ved læring på tværs af kommunegrænser.

Udviklingstendenser i kommunerne

De kommunale ydelser i forhold til de ældre medicinske patienter udvikler sig i øjeblikket omkring tre udviklingsspor, som alle har til hensigt at opretholde borgerens funktionsniveau og nedbringe indlæggelser og genindlæggelser.

Det ene spor handler om at styrke de specialiserede sygeplejeydelser i kommunerne, så der eksisterer et døgnberedskab, evt. i form af akut-/aflastningspladser, der kan forebygge nogle af de potentielle indlæggelser og sikre, at patienter der udskrives, er i gode

hænder, når de vender tilbage til den kommunale pleje.

Det andet spor handler om *shared care-modeller*, hvor kommunerne i samarbejde med praktiserende læge og/eller sygehus deler ansvaret for behandling af patienten. Eksempler på *shared care* er opfølgende hjemmebesøg i samarbejde med almen praksis eller sygehus eller en fysisk enhed, hvor der arbejder personale fra flere sektorer, og hvortil udgifterne deles mellem samarbejdspartnerne. Sådanne modeller er under udvikling i nogle kommuner, ikke mindst med henblik på at sikre en faglig styrkelse af omfattende og komplekse opgaver relateret til ældre medicinske patienter.

Det tredje spor handler om hverdagsrehabilitering, hvor den ældre borger inddrages i de daglige gøremål og holdes fysisk aktiv derigennem. Hverdagsrehabilitering er beskrevet yderligere i kapitlet om genoptræning og rehabilitering.

De tre udviklingsspor tegner retningen for, hvordan kommunerne i fremtiden vil kunne tage hånd om den ældre medicinske patient som alternativ til dyre sygehusindlæggelser.

Vedrørende de to første spor er der god samfundsøkonomi i at styrke indsatsene, da samfundet sparer udgiften til indlæggelse. Men regionerne har ikke de rette incitamenter til at fremme disse tilbud, fordi sygehusene taber produktionsværdi og dermed indtægter, når aktiviteter flyttes til den specialiserede sygepleje i kom-

²Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister.

munen. Skal denne type af indsats udbredes i kommunerne ud over enkelte spydspidskommuner og som tidsbegrænsede forsøg, er der behov for nye incitamenter, der understøtter samarbejde mellem kommuner og regioner, og for omprioritering af ressourcerne, så opgavevaretagelsen i det nære sundhedsvæsen understøttes.

Specialiserede sygeplejeydelser i kommunerne

Ca. 2/3 af indlæggelserne af ældre medicinske patienter har akut karakter. Grundet hurtig udskrivning har disse patienter i udskrivningsfasen behov for akut og ofte omfattende pleje, som kommunerne nødvendigvis må være i stand til at håndtere. Derfor skal kommunale akuttilbud udvikles til en hjørnesteen i den kommunale indsats over for de ældre medicinske patienter. Kommunernes sygeplejeydelser skal desuden medvirke til at forebygge unødige indlæggelser i tilfælde, hvor den kommunale sygepleje i samråd med eksempelvis vagtlæge eller sygehus vurderer, at et kommunalt tilbud er tilstrækkeligt.

Hjemmesygeplejen skal fremadrettet spille en vigtig rolle i forhold til håndtering af nye former for telemedicin og velfærdsteknologi, der kan medføre, at mange besøg på sygehusafdelinger, i ambulatorier og hos egen læge kan erstattes af behandling, pleje og monitorering i den ældres eget hjem. Håndteringen af disse nye opgaver forudsætter specialiserede sygeplejeydelser i hjemmet.

En lang række kommuner arbejder målrettet med at udvikle den specialiserede sygepleje i forhold til de ældre, men de organisatoriske former varierer fra kommune til kommune.

Styrket sårpleje i Sorø Ældrepleje.

Ældre borgere i Sorø Kommune bliver mødt af et fagligt velkvalificeret personale fra Sorø Ældrepleje. De sikrer, at sår opdages tidligt. Dermed bliver behandlingen mere effektiv og kan afsluttes hurtigere. Borgerne oplever, at der er stort fokus på sårpleje. Det gælder uanset, om de får besøg af en social- og sundhedshjælper, social- og sundhedsassistent, sygeplejerske eller sårsygeplejerske.

For borgerne har det stor betydning, at der er fokus på sårpleje. Det øgede fokus betyder nemlig, at sårene bliver opdaget og behandlet i tide. Dermed undgår borgeren lange behandlinger og eventuelle sygehusbesøg. Kort og godt bliver borgerens sundhedstilstand bedre. Det betyder større frihed og mobilitet for den enkelte.

Døgner rehabilitering i Esbjerg

I Esbjerg Kommune har man sat fokus på at begrænse antallet af indlæggelser. Som en del af denne indsats har kommunen etableret et døgner rehabiliteringstilbud. Det betyder, at en række borgere som alternativ til at blive indlagt kan få et tilbud i nærmiljøet. Tilbuddet medvirker også til at sikre et bedre udskrivningsforløb, så borgerne hurtigt bliver i stand til at klare sig selv. Borgerne visiteres enten fra sygehus eller fra eget hjem til tilbuddet, der har træning døgnet rundt. Resultaterne har allerede vist sig. Borgerne oplever et højere funktionsniveau, har behov for mindre hjælp og undgår indlæggelse på sygehuset.

Midlertidige akutpladser i Glostrup sikrer, at borgerne kan komme hurtigt hjem fra sygehuset

I Glostrup Kommune er der oprettet midlertidige sengepladser til borgere, der ligger færdigbehandlet på sygehuset. Pladserne bliver dels tilbudt borgere, der venter på en plejehjemsplads, og dels til borgere, der ikke er klar til at flytte tilbage til egen bolig endnu. Akutpladserne er en fordel for borgerne, fordi deres sygehushold bliver afkortet, og de kommer tættere på deres bopæl og dermed deres netværk. For de borgere, der ikke er helt klar til at vende tilbage til egen bolig, giver det samtidig en stor trykthed at kunne benytte sig af de midlertidige sengepladser.

Glostrup Kommune har samtidig opnået en økonomisk gevinst. Døgn-taksten på de midlertidige sengepladser udgør 1.235 kr. pr. døgn, mens færdigbehandlingstaksten pr. døgn på sygehuset er 1.834 kr. i 2011. Kommunens besparelse er således ca. 1/3 for de borgere der hjemtages – svarende til 599 kr. pr. borger.

De midlertidige sengepladser er placeret på et ældrecenter og er et samarbejde mellem visitation og ældreafdelingen i Glostrup Kommune. Antallet af pladser er for nylig blevet udvidet fra 8 til 12.

KL's og Sundhedskartellets undersøgelse "Fremtidens hjemmesygepleje" fra 2010 viser, at 41 pct. af kommunerne har etableret *akuttilbud*, omsorgs-/tryghedspladser mv. Akuttilbud dækker over en række forskellige indsatser. I visse tilfælde som fx i Glostrup Kommune (se boks side 23) har man oprettet en række midlertidige sengepladser med døgnbemanding, som borgere med akutte og/eller komplekse sygeplejebehov kan henvises til, indtil borgeren er i stand til at komme tilbage i egen bolig. Andre steder som i Esbjerg er der oprettet et projekt, som borgerne kan henvises til inden indlæggelse.

I enkelte kommuner er der oprettet udgående *akutteams*. Disse dækker typisk over et tilbud, hvor et team af hjemmesygeplejersker og social- og sundhedsassistenter kan tilkaldes, hvis der er behov for akut sygepleje.

Kommuner, som har etableret akutteams, har gode erfaringer

med, at det er med til at minimere antallet af u hensigtsmæssige (gen)indlæggelser.

I flere kommuner er der også etableret forsøg med *opfølgende hjemmebesøg* og gennemgang af den ældres medicin i forbindelse med udskrivning. De opfølgende hjemmebesøg gennemføres af hjemmesygeplejen i samarbejde med den praktiserende læge. Besøgene har til formål at sikre korrekt medicinering og forebygge genindlæggelser ved vurdering af den ældres tilstand efter udskrivning.

Erfaringerne fra området har været særdeles gode. I Vestklyngen i Region Midtjylland er der blandt andet lavet en undersøgelse, der viser, at kommunerne kan spare 12.000 kr. pr. borger ved at gennemføre opfølgende hjemmebesøg og medicingennemgang.

De hidtidige erfaringer fra tidsbegrænsede projekter med øget akut kapacitet i kommunerne har

været gode. Der er behov for fremadrettet at styrke akutorienteringen i alle kommuner, så borgere, uanset hvilken kommune de bor i, kan forvente samme stærke nære sundhedstilbud.

Shared care – samarbejde mellem kommuner, sygehus og almen praksis om ældre medicinske patienter

Et af de områder, som får stigende opmærksomhed i kommunerne, er etableringen af shared care-modeller i samarbejde mellem kommuner, sygehus og almen praksis.

Sådanne shared care-modeller kan bestå af døgnbemandede enheder, fx i tilknytning til plejecentre, hvor specialiserede former for sygeplejekapacitet gør det muligt at behandle og pleje den ældre medicinske patient imellem sygehusindlæggelse og plejen i eget hjem. Det kan både dreje sig om en ældre medicinsk patient, som er blevet udskrevet fra sygehuset, men har behov for fortsat behand-

Viborg forebygger korte indlæggelser

Viborg Kommune konstaterede for et år siden, at 25 pct. af de borgere, som indlægges, udskrives efter 24 timer. For at forebygge disse korttidsindlæggelser har kommunen vedtaget en plan, der som en vigtig brik blandt andet omfatter oprettelse af et akutteam. Med akutteamet har man sikret et sygeplejefagligt beredskab, således at en del af de borgere, der ellers skulle på sygehuset for behandling, i stedet kan behandles i eget hjem. Det er til gavn for borgerne. Og det giver god mening økonomisk, da man sparer indlæggelsesudgiften.

Akutteamets 9 sygeplejersker er tilgængelige fra kl. 7-23, hvorefter nattevagten for det øvrige ældreområde tager over. Ordningen er i brug alle ugens dage, sådan at kommunens borgere ved, at akutteamet altid er til at få fat på og står klar til at hjælpe.

Viborg Kommune har løbende registreret besøgene for at sikre en god dokumentation af indsatsen. I alt har 348 borgere været igennem forløbet. På baggrund af de indsamlede data er der foretaget en foreløbig evaluering, der viser, at ca. 20 pct. af forløbene har fungeret som alternativ til en indlæggelse.

Virtuelle akutpladser i tilknytning til døgnrehabilitering i Horsens

I Horsens er der etableret 15 virtuelle akutpladser, der giver plejere, behandlere og praktiserende læger mulighed for overvågning af og konsultationer med borgeren i eget hjem. Det drejer sig om patienter med mindre komplicerede behandlinger, hvor ny teknologi og videoterminaler sikrer, at patienten løbende er i kontakt med personalet, som står for behandlingen. Formålet med de virtuelle akutpladser er at gøre borgerne trygge og undgå u hensigtsmæssige genindlæggelser.

ling, pleje og rehabilitering, eller det kan dreje sig om en ældre medicinsk patient, som den praktiserende læge har henvist, fordi borgeren har brug for omfattende pleje. Shared care-enheder er i nogle tilfælde et egentligt alternativ til indlæggelse på sygehuset og kan i andre tilfælde medvirke til at sikre hurtig udskrivning og forebygge genindlæggelser.

Ud over den specialiserede sygeplejekapacitet har shared care-enheder tilknyttet lægelige ressourcer fra regionerne, enten fra praksissektor eller sygehus. Tilbuddene udfordres dog af, at der ikke er økonomiske incita-

menter for regionerne til at indgå i denne type samarbejde med kommunerne. Netop adgangen til specialiserede lægefaglige ressourcer er det centrale for kommunerne, når borgeres sygdomstilstand forværres pludseligt, herunder især adgangen uden for almindelig arbejdstid. Det er i dag en væsentlig udfordring for de kommuner og regioner, der er i gang med at udvikle shared care-tilbud.

Der findes allerede nu eksempler på udvikling af shared care-enheder i Danmark i for eksempel Holstebro, København og Horsens. I Horsens har man kombi-

neret udviklingen af en shared care-model med et telemedicinsk projekt, således at borgeren kan behandles i eget hjem, jf. boksen ovenfor.

Casen illustrerer ikke alene potentialerne i og de mange forskellige muligheder for nye modeller for shared care. Den illustrerer også potentialerne ved at anvende moderne teknologi og telemedicin i plejen af den ældre medicinske patient.

Samarbejde om tværsektoriel udredningsenhed i København

Københavns Kommune vil i et samarbejde med Bispebjerg Hospital forebygge en lang række akutte indlæggelser ved en hurtig diagnostisk afklaring og/eller behandlingsstart. Initiativet baserer sig på en accelereret udredning og diagnosticering af svage ældre. Bispebjerg Hospital leverer speciallægekompetencer og de fysiske rammer, mens Københavns Kommune leverer den sygeplejefaglige indsats i en kommunal enhed placeret på hospitalet.

Det skaber en helhedsorienteret indsats, hvor hele borgerens situation vurderes af kommunen, samtidig med at den lægelige udredning og indledende behandling foregår. Hermed skabes langt bedre forudsætninger for koordineret hjemsendelse af borgeren til eget hjem eller midlertidig døgnplads efterfølgende.

Der er tale om et tidsbegrænset projekt, som særligt er udfordret af, at hospitalet ikke har incitament til et fast samarbejde, fordi hospitalet taber produktionsværdi og dermed indtægter, når en del af deres aktivitet lægges ud i udredningsenheden.

Københavns Kommune har i et samarbejde med Bispebjerg Hospital udviklet en tværsektoriel udredningsenhed, der skal fungere som alternativ til akutte indlæggelser på sygehuset.

Foruden erfaringer fra Danmark er der gode erfaringer fra bl.a. Norge, hvor shared care-modeller anvendes langt mere systematisk end i Danmark. Kommunerne ønsker shared care-modeller udviklet langt mere, end de er i dag, og tror på, at shared care-modeller kan blive omdrejningspunktet i fremtidens behandling af ældre medicinske patienter.

Med etableringen af sundhedshuse og sundheds- og akuthuse i Danmark i de kommende år udvikles nye fysiske rammer, som kan være hjemsted for nye organiserings- og samarbejdsformer. Det skal udnyttes.

Styrket kvalitetsfokus i den kommunale sygepleje

Den øgede kompleksitet i den kommunale pleje af de ældre medicinske patienter stiller ligeledes større krav til kvalitetsarbejdet. Dette omfatter både større ensartethed i opgaveløsningen, bedre stratificering, så det sikres, at indsatsen fokuseres på dem, der har de største behov, og kvalitetsopfølgning, blandt andet gennem bedre dokumentation og registrering.

Der er som nævnt igangsat et projekt om udvikling af kliniske retningslinjer for hjemmesygeplejen, ligesom KL har igangsat et kvalitetsudviklingsprojekt for hjemmesygeplejen, som blandt andet omfatter bedre dokumentation. Begge projekter illustrerer kommunernes ønske om at arbejde mere systematisk med kvalitetsudvikling og kvalitetssikring.

5.3 anbefalinger

Det styrkede kommunale fokus på specialiserede sygeplejeydelser i form af akutindsatser, hverdagsrehabilitering og styrket samarbejde med regionerne om de særligt plejekrævende borgere har bragt udviklingen af de nære sundhedstilbud et stykke af vejen.

Forsøg med etablering af nye typer af tilbud i kommunerne viser, at der er kvalitet at hente og penge at spare, hvis man bliver bedre til at udbrede de erfaringer, der allerede eksisterer.

For at komme fra forsøg til egentlig udbredelse af de gode eksempler er der imidlertid behov for på langt mere systematisk vis at prioritere de nære sundhedstilbud og dermed spare de ældre medicinske patienter for dyre, ikke-nødvendige (gen)indlæggelser, som hverken de ældre eller samfundet har gavn af. Det er et fælles ansvar for politikere i staten, regionerne og kommunerne, hvis det skal lykkes, og efter KL's opfattelse vil det kræve, at nedenstående anbefalinger indfries.

Alle kommunerne skal have en styrket specialiseret sygeplejeindsats i forhold til de ældre medicinske patienter:

Mere specialiseret sygepleje er en forudsætning for, at sygehusene fortsat kan reducere indlæggelsestiderne, omlægge til ambulant behandling og dermed forbedre produktiviteten. Etablering af akutpladser eller akutteams i alle kommuner skal sikre, at ældre patienter kan udskrives til et passende kommunalt tilbud døgnet rundt alle ugens dage, og at lægevagten og sygehusene kan komme i hurtig kontakt med den kommunale sygeplejerske, der

har kompetence til at sætte de fornødne foranstaltninger i gang. Den styrkede indsats skal også medvirke til at forebygge unødige indlæggelser.

I mindre kommuner kan det være relevant at etablere tværkommunal akutdækning. Der er behov for at evaluere erfaringer med implementering og effekt af forskellige modeller, herunder blandt andet set i lyset af kommunernes forskellige befolkningsgrundlag og vilkår i øvrigt.

Der skal etableres flere forsøg med shared care-modeller, hvor kommuner, almen praksis og sygehus arbejder sammen: Kommunernes øgede ansvar knyttet til den ældre medicinske patient har banet vejen for nye konstruktioner og løsninger i feltet mellem sygehussektor, praksissektor og kommuner. På baggrund af de erfaringer med samarbejdsprojekter (shared care), som allerede findes, bør der udvikles modeller for forskellige former for shared care, som kan afprøves bredere. Modellerne bør omfatte enheder, der fungerer som mellemstation mellem sygehus og eget hjem og med lægebemanding fra sygehus eller forpligtende samarbejde med almen praksis. Mange kommuner vil ikke være store nok til selv at etablere sådanne enheder i samarbejde med sygehus og almen praksis. Der bør således også udvikles modeller for enheder, hvor flere kommuner indgår i samarbejde med en region.

Kommunerne skal systematisk arbejde sammen med almen praksis om de ældre medicinske patienter: Almen praksis skal forpligtes til at indgå i den tidlige opsporing samt

opfølgning efter indlæggelse i forhold til de ældre medicinske patienter. Almen praksis skal ligeledes sikre en hensigtsmæssig medicinering, blandt andet via regelmæssige medicinemøder af borgere, der får mange forskellige medikamenter. Endvidere er der brug for en fast lægetilknytning til plejehjem og socialpsykiatriske bosteder for at sikre kontinuitet i behandlingen af de svageste borgere.

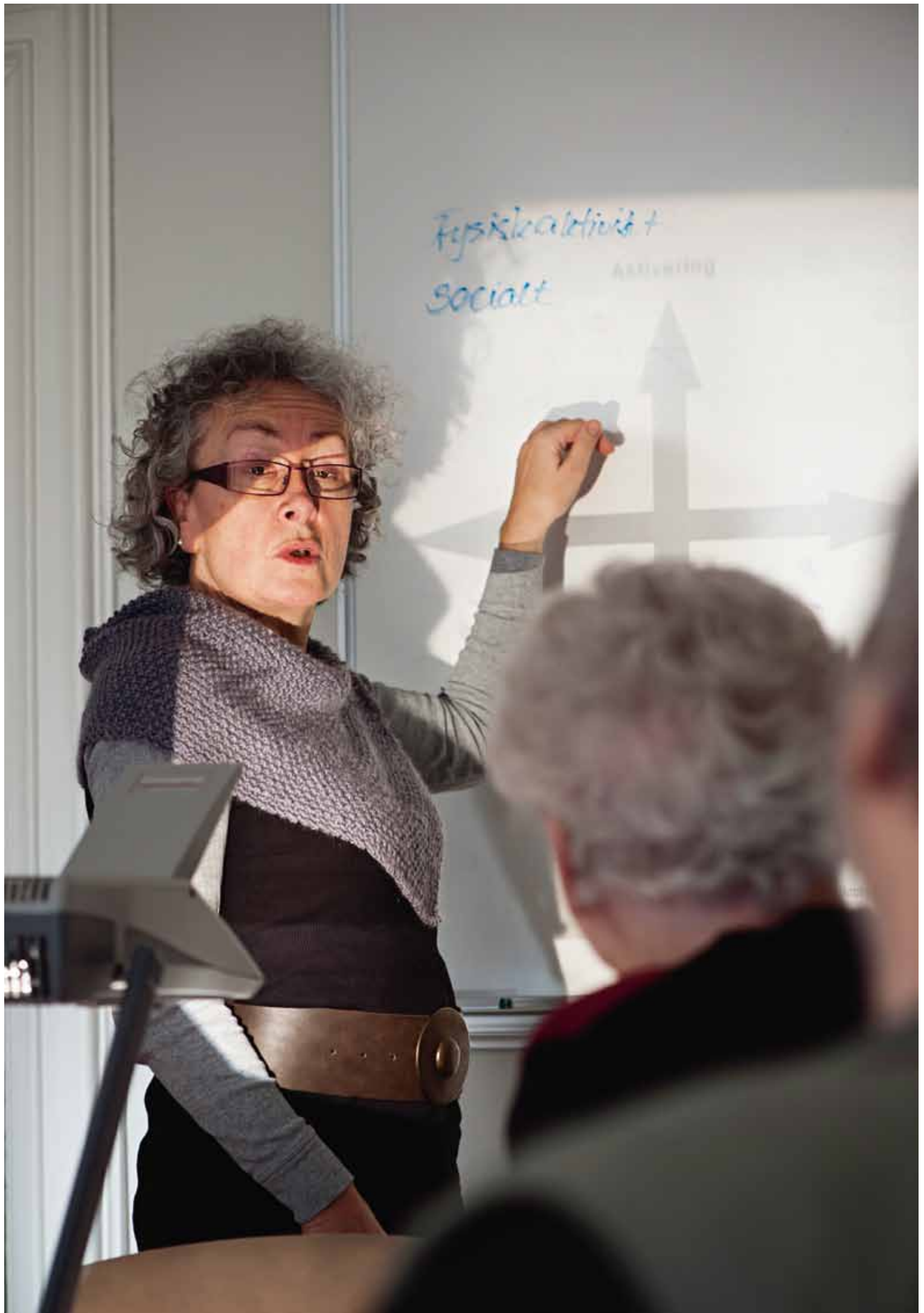
Kommunerne skal øge anvendelsen af telemedicin og velfærdsteknologi i relation til de ældre medicinske patienter: Telemedicin og velfærdsteknologi vil blive en hjørnesten i udviklingen af fremtidens behandling og pleje for de ældre medicinske patienter, og potentialerne ved at inddrage moderne teknologi i plejen er velkendte. Alle kommuner bør derfor arbejde med at implementere telemedicin, telecare og velfærdsteknologi på de områder, hvor teknologierne er modne og velafprøvede, og hvor det kan dokumenteres, at teknologi kan bidrage til egenomsorg og et aktivt liv.

Brugen af kliniske retningslinjer for ældre patienter skal øges: Der er i den seneste finanslov afsat midler til en generel styrkelse af arbejdet med kliniske retningslinjer i det danske sundhedsvæsen. KL støtter denne udvikling og ønsker, at en række af de diagnoser, som er relevante for de ældre medicinske patienter, kan blive omfattet af det arbejde, der nu skal igangsættes.

Der skal udvikles fælles kliniske retningslinjer for hjemmesygeplejen: I takt med udviklingen inden for hjemmesygeplejen øges behovet for helhedsorien-

terede sundhedsydelse, som effektivt kan afhjælpe borgerens behov, og som kan stå mål med de anvendte ressourcer. At skabe bedst mulig sundhed for pengene forudsætter kendskab til effekten af den indsats, der iværksættes. Det kræver solid faglig viden og kompetencer støttet af kliniske retningslinjer, som kan understøtte, at den enkelte borger får det rette tilbud til rette tid. Udvikling og implementering af kliniske retningslinjer og forløbsprogrammer i det kommunale sundhedsvæsen kan sikre borgere ensartede, ajourførte og sammenhængende tilbud, hvor kvaliteten af den sundhedsfaglige ydelse er i højsædet.

Der skal udvikles en fælles stratificeringsmodel for ældre medicinske patienter: Patienter er forskellige og har forskellige behov. Nogle patienter kan hurtigt klare sig selv efter udskrivning, og andre har behov for mere støtte. Det er ikke kun den medicinske diagnose, der afgør plejebehovet, men i høj grad også netværk, familie, alder mv. For at øge kvalitet og omkostningseffektivitet er der behov for, at sundhedsindsatsen i forhold til de ældre medicinske patienter fokuseres, så den i højere grad målrettes de patienter, der har de største behov. For at sikre ensartethed i den behovsprøvning, der finder sted i ældresektoren, anbefales det, at der udvikles en fælles stratificeringsmodel for ældre medicinske patienter. Modellen skal tage udgangspunkt i faglige standarder såvel som individuelle behovsprøvnings. Arbejdet skal knyttes sammen med udvikling af kliniske retningslinjer for området.



6. Borgere med kroniske sygdomme

6.1 Indledning

Kronisk sygdom bliver en central udfordring i fremtidens sundhedsvæsen. Ifølge Sundhedsstyrelsen lider knap 1,3 millioner danskere af én af de fem mest udbredte kroniske sygdomme (diabetes, hjerte-kar-sygdom, kroniske lungesygdomme, psykiske sygdomme og knogleskørhed/leddegigt)³. Det svarer til 30 pct. af befolkningen.

Kronisk sygdom er mest udbredt blandt ældre – 71 pct. af de ældre over 67 år har en kronisk sygdom mod 22 pct. af de 18-67-årige. Der er 400.000 danskere, der lider af mere end én kronisk sygdom.

Dertil kommer, at flere og flere rammes af demenssygdomme. Antallet af borgere med demenssygdomme er direkte proportionelt med den demografiske udvikling – jo flere ældre, desto flere demente. Det antages, at der i alt er ca. 85.000 borgere, der i dag er ramt af demens. I 2035 forventes antallet at være steget til knap 145.000⁴.

Kronisk sygdom medfører betydelige merudgifter for kommu-

Tabel 6.1. Forekomsten af de fem mest udbredte kroniske sygdomme i befolkningen, 2011.

Sygdomsgruppe	Antal personer
Diabetes	283.617
Hjerte-kar-sygdomme	656.050
Kroniske lungesygdomme	278.983
Knogleskørhed og leddegigt	124.992
Psykiske sygdomme	451.884

Kilde: Sundhedsstyrelsens monitorering af kronisk sygdom, 2011.

nerne i form af medfinansiering af sygehusydelser, øgede udgifter til overførselsindkomster og til kommunale sundheds- og omsorgsydelser. Undersøgelser, fra blandt andet Københavns Kommune, viser, at borgere med bare én kronisk sygdom gennemsnitligt afstedkommer en kommunal merudgift på 26.000 kr. årligt.

Sundhedsstyrelsen har tidligere slået fast, at hovedvægten i indsatsen for patienter med kronisk sygdom bør lægges i almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen⁵. Selvom antallet af kronisk syge er stigende, og der er enighed om, at en stor del af indsatsen bør lægges i kommunerne, mangler dette at udmønte sig i en national satsning på nære tilbud til borgere med kronisk syg-

dom. Det vil kommunerne gerne lave om på.

Det er nødvendigt med kommunale indsatser rettet mod borgere med kronisk sygdom. KL og kommunerne mener, at en langt større del af indsatsen over for de kronisk syge kan håndteres i det nære sundhedsvæsen, så de kronisk syge borgeres behov for sygehusydelser reduceres. Mange med kronisk sygdom kan – når de er udredt og sat i behandling – monitoreres og hjælpes til at håndtere egen sygdom i det nære. Det giver øget livskvalitet for borgeren og er samtidig godt for samfundsøkonomien.

Hvis det skal lykkes, kræver det imidlertid standarder for patientrettet forebyggelse, klart defineret samarbejde mellem de kommunale og regionale sundhedsaktører og styrket fokus på egenomsorg

³Den faglige afgrænsning af sygdomsgrupperne er foretaget i samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og en række eksperter. Ikke alle psykiske sygdomme er kroniske.

⁴Nationalt Videnscenter for Demens, 2011.

⁵Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsen, 2008.

Omkostninger ved kronisk sygdom

– beregninger fra Københavns Kommune

Københavns Kommune har i samarbejde med Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden, fået opgjort kommunens merudgifter til borgere inden for fire kroniske sygdomme (KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdomme og kræft) i forhold til øvrige borgere. Kommunens merudgifter var på 1,1 mia. kr. til de 11 pct. af borgerne med kroniske lidelser.

Analysen viser endvidere:

- At borgere med én kronisk sygdom giver en gennemsnitlig kommunal merudgift på 26.000 kr. pr. person om året. Merudgiften er fordelt på:
 - merudgifter relateret til kommunale sundheds- og omsorgsydelser på 15.000 kr. (58 pct.)
 - merudgifter relateret til medfinansiering af regionale sundhedsydelser på 2.600 kr. (10 pct.)
 - merudgifter relateret til overførselsindkomster på 8.400 kr. (32 pct.)
- Borgere med flere kroniske sygdomme giver en gennemsnitlig kommunal merudgift på ca. 50.000 kr. pr. person om året.

Kilde: Kronikerundersøgelse, Københavns Kommune, 2011

og rehabilitering. Endelig er der behov for en ny prioritering af ressourcerne, så denne udvikling understøttes. Den kommunale opgave i forhold til borgere med kronisk sygdom er svagt forankret i lovgivningen, og kommunerne har aldrig fået varig finansiering til at løse opgaven. Som det kommende afsnit vil vise, har mange kommuner alligevel etableret tilbud til personer med kronisk sygdom og kroniske tilstande. Der er i høj grad tale om puljefinansierede indsatser eller i nogle kommuner konkrete prioriteringer på bekostning af andre velfærdsområder. Skal potentialerne i det nære sundhedsvæsen i forhold til den patientrettede indsats over for borgere med kronisk sygdom indfries, er der behov for en varig prioritering og en klar politisk tilkendegivelse af, at man ønsker, at kronikerindsatsen primært skal være forankret i det nære sundhedsvæsen og ikke i det specialiserede sundhedsvæsen.

6.2 Status og udviklingstendenser

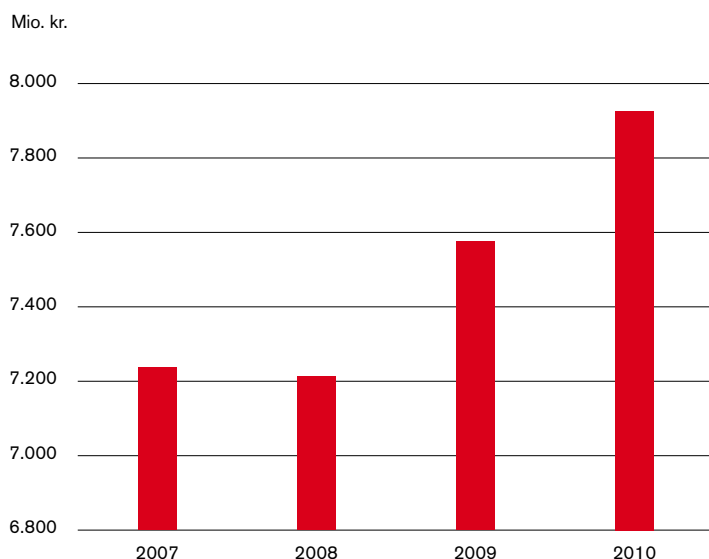
Siden opgave- og strukturen reformen har kommunerne, som en del af den patientrettede forebyggelse, fået et stærkt øget fokus på at forbedre kronisk syges evne til at tage hånd om deres sygdom, så udvikling af sygdommen kan undgås eller udskydes. Siden 2007 er tilbud til kronisk syge blevet en fast del af alle kommuners sundhedsindsats.

Også sygehusenes udgifter til indlæggelse og ambulante besøg knyttet til fem af de store kroniske sygdomsgrupper (diabetes, hjerte-kar-sygdomme, kroniske lungesygdomme, knogleskørhed/ leddegigt og psykiske sygdomme) er steget markant siden 2007, jf. figur 6.1.

Mere effektiv forebyggelse i kommunerne er en af vejene til at begrænse den aktuelle vækst i udgifterne, der har været på over 15 pct. siden 2007. Rehabilitering af borgere med kronisk sygdom kan ligeledes have stor effekt på genindlæggelser og sygehuskontakter, ligesom forbruget af øvrige velfærdsydelser kan reduceres. Endelig kan indsatser, hvor borgerne lærer at mestre egen sygdom i kraft af patientuddannelse, brug af telemedicinske løsninger mv. også medvirke til, at borgeren får mindre behov for at komme på sygehuset.

Indsatsen over for borgere med kronisk sygdom i kommunerne har fra starten været fokuseret på KOL, diabetes type 2 og hjerte-kar-sygdom, som udgør de tre største somatiske kroniske sygdomme. Det er også de diagnoser, som flest regioner og kommuner har udarbejdet forløbsprogrammer for. Efterhånden er

Figur 6.1. Sygehusenes udgifter til fem udvalgte kroniske sygdomsgrupper, 2007-2010.



Kilde: eSundhed, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Note: Sygehusenes udgifter er opgjort ved produktionsværdien.

flere diagnoser kommet til i nogle kommuner. Både som konsekvens af nye forløbsprogrammer aftalt med regionen, nationalt fokus på området (fx på kræftrehabilitering) og lokalt fokus på fx en indsats for borgere med angst og/eller depression.

Den patientrettede forebyggelse i kommunerne består oftest i tilbud, der typisk omfatter undervisning, fysisk træning og kostvejledning samt eventuelt rygestopforløb mv. KL har i 2011 i samarbejde med

Center for Interventionsforskning gennemført en spørgeskemaundersøgelse i samtlige kommuner, som viser, at kommunerne blot inden for det seneste år har øget deres indsats betydeligt, når det gælder patientrettede forebyggelsestilbud.

Knap 62 pct. af kommunerne har tilbud til både KOL-patienter, borgere med type 2-diabetes og borgere med hjerte-kar-sygdom. Hertil kommer, at 72 kommuner tilbyder den ikke-diagnosespeci-

fikke patientuddannelse "Lær at leve med kronisk sygdom", hvor patienter underviser patienter.

Organiseringen af indsatsen over for de kronisk syge antager forskellige former i kommunerne. Cirka halvdelen af landets kommuner har i dag et sundhedscenter, hvor indsatsen over for blandt andet de kronisk syge har til huse. I andre kommuner er der en forløbskoordinator på sundhedsområdet, der sikrer, at borgere med kronisk sygdom får tilbud om relevante indsatser, der kan være forankret i forskellige afdelinger og fysisk foregå forskellige steder. En del kommuner har således placeret den fysiske træning for borgere med kronisk sygdom i kommunens træningscenter, sammen med borgere med en genoptræningsplan og borgere i vedligeholdende træning.

Udbredelsen af kommunale patientrettede forebyggelsestilbud

- 96 pct. af kommunerne har i dag forebyggelsestilbud til KOL-patienter mod 80 pct. i 2010.
- 85 pct. har forebyggelsestilbud til borgere med type 2-diabetes mod 68 pct. i 2010.
- 67 pct. har forebyggelsestilbud til borgere med hjerte-kar-sygdom mod 54 pct. i 2010.
- En mindre del af kommunerne (13-32 pct.) har også etableret tilbud til borgere med kræft, muskel-skelet-sygdom og lettere psykiske lidelser, og mange andre har planer om det.

Træning af borgere med kronisk sygdom i Ikast-Brande Kommune

I sundhedsstaben er ansat en forløbskoordinator, der foretager indledende afklarende samtale med alle borgere med kronisk sygdom. Forløbskoordinatoren viderehenviser den pågældende til aktuelle tilbud i kommunen.

Kommunens træningsafdeling gennemfører al træning, uanset om borgerne kommer for vedligeholdende træning, med genoptræningsplan eller som led i forløb for borgere med kronisk sygdom. Økonomisk fungerer løsningen ved, at træningsafdelingen efter hvert år får overført midler pr. borger fra det budgettområde, der er ansvarlig for den pågældende ydelse. Samlingen af træningen har sikret, at kommunen udnytter ressourcerne og kapaciteten bedst muligt.

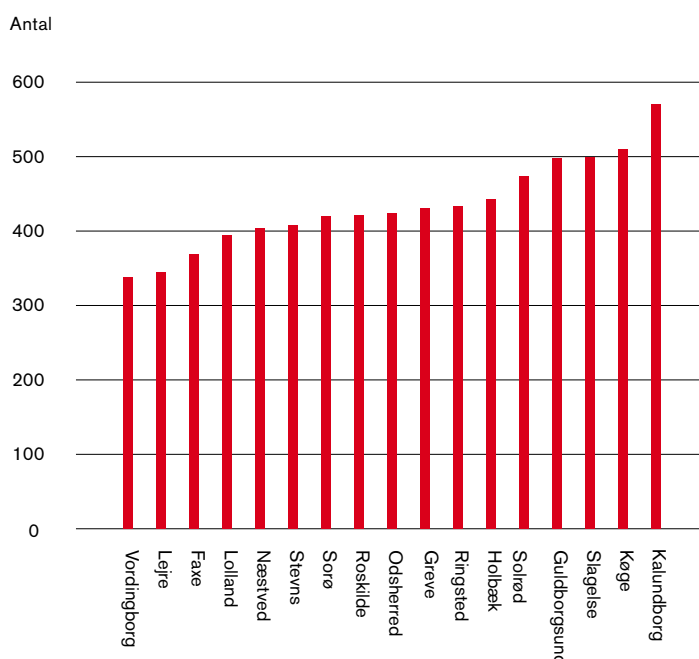
Kommunerne har forskellige udgangspunkter for at igangsætte initiativer i forhold til kronisk syge, hvilket blandt andet illustreres af kommunernes forskellige træk på regionale sundhedsydelser til kronisk syge. Figur 6.2 viser forskelle i antal indlæggelser for ældre kronisk syge blandt kommunerne i Region Sjælland. Tendensen er den samme i andre regioner.

Mere fokus på rehabilitering og tilbud på tværs af diagnoser

Hovedparten af kommunerne organiserer patientrettede forebyggelsestilbud - diagnoseopdelt og i forlængelse af de sygdomsspecifikke forløbsprogrammer aftalt med regionen.

En del kommuner er i gang med forsøg på at arbejde mere rehabiliterende i forhold til den patientrettede forebyggelse. Udgangspunktet er, at en bred kommunal indsats, der indtænker hele borgerens liv, har større potentiale for at hjælpe borgeren tilbage til hverdagslivet, end hvis indsatsen

Figur 6.2. Antal sygehuskontakter pga. kronisk sygdom pr. 1.000 65+-årige fordelt efter kommuner i Region Sjælland, 2010.



Kilde: eSundhed, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

blot fokuserer på diagnosen. Ved at fokusere på rehabilitering udvides fokus fra patientrettet forebyggelse blandt andet til også at omhandle borgerens sociale funktionsevne, herunder ikke mindst beskæftigelsesmuligheder.

Det er der store perspektiver i, også samfundsøkonomisk. Overordnet er målet med rehabilitering, at borgeren kan leve et selvstændigt og meningsfuldt liv, og inddragelse af borgeren i indsatsen er derfor centralt⁶.

⁶MarselisborgCentrets Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, 2004.

En effektiv rehabilitering omfatter også familien og arbejdssituationen

Joy er 39 år, gift og mor til tre mindre børn. Joy har tyktarmskræft og er blevet behandlet med operation, kemoterapi og stråling.

Rehabiliteringen starter under indlæggelse med tilbud om kræftskole over fire eftermiddage, hvor et tværfagligt team fortæller om bl.a. kost, psykologiske reaktioner og bivirkninger mv. Joy får endvidere tilbud om fysioterapeutisk træning.

Ved udskrivelse sammensættes et rehabiliteringsprogram i et samarbejde mellem Joy, en kontaktsygeplejerske fra sygehuset, en sagsbehandler fra kommunen og Joys mand. Joy har i det efterfølgende forløb behov for en række indsatser, som også omfatter Joys familie, der har været tæt involveret i hele forløbet. Sammen planlægges der familierådgivning, vejledning ved en diætist for at afhjælpe diarre samt fysisk træning for at styrke kroppen generelt. Alle tilbuddene foregår i kommunens sundhedscenter.

Ca. 2 måneder efter behandlingerne slutter, starter Joy på arbejde på deltid. Hun kommer fortsat i sundhedscentret, men er begyndt at vende sig mere mod de tilbud, der findes i det lokale fitnesscenter. Hun følges tæt af egen læge, både i forhold til at vende tilbage til arbejdet og i forhold til kosten og vægten.

Også anvendelse af en række nye teknologiske løsninger har vist at kunne bidrage til, at borgerne kan spille en mere aktiv rolle i egen omsorg, og at flere opgaver kan flyttes ud til borgerne selv. Det drejer sig eksempelvis om hjemmemonitorering af KOL-patienter for at forebygge genindlæggelser og om blodsukkermåling i eget hjem for borgere med type

2-diabetes. Nye teknologiske løsninger kan således understøtte kommunernes ønskede fokus på rehabilitering og sikre en langt bedre udnyttelse af ressourcerne, ved at der i højere grad kan tages hånd om kronisk syge uden for sygehuset. Udbredelsen af nye løsninger forudsætter dog dels, at der påvises omkostningseffektivitet, dels at principper for samar-

bejde mellem kommuner, regioner, sygehuse og praktiserende læger om opgaveløsningen afklares.

Kræftrehabilitering gør borgeren i stand til at håndtere egen sygdom

Varde Kommune tilbyder borgere med kræft et rehabiliteringsforløb sammensat af en samtaledel og en træningsdel, så borgerne bliver rustet både psykisk og fysisk til at håndtere deres sygdom. Efter endt forløb fortsætter borgerne i selvhjælpsgrupper.

Konsekvensen er en samfundsøkonomisk gevinst, fordi borgerne opnår en bedre indslusning på arbejdsmarkedet og bliver bedre til at håndtere komplikationer og problemstillinger i forbindelse med deres sygdom og derfor får mindre behov for hjælp i sundhedsvæsenet.

Generisk organisering af rehabiliteringstilbud i Svendborg

I Svendborg Kommune tilbydes borgere med kræft, hjerte-kar-sygdom, diabetes eller KOL at deltage i den generiske rehabiliteringsindsats Mit Liv. Formålet med indsatsen er at understøtte den enkeltes evne til at tage hånd om sit eget liv og give redskaber til bedst muligt at håndtere en hverdag med kronisk sygdom. Indsatsens målgruppe er borgere over 18 år i Svendborg Kommune, som har eller har haft kræft, hjerte-kar-sygdom, diabetes eller KOL.

Alle forløb indledes med en samtale, hvor borgerens ønsker og behov bliver afdækket. Ud fra samtalen tilrettelægges det videre forløb. Den samlede tilbudsvifte indeholder et 8 ugers mestringskursus med en ugentlig mødegang, hvor forskellige aspekter af livet med en kronisk sygdom behandles, et 6 ugers træningsforløb med to ugentlige mødegange, individuel eller gruppebaseret kostvejledning og tilbud om rygestopkursus. Alle forløb afsluttes med en samtale, hvor der følges op på forløbet og på, hvordan forandringer kan fastholdes.

På det seneste har der, især i mindre kommuner, været en voksende erkendelse af, at det er vanskeligt at tilbyde det stadig stigende antal diagnosespecifikke forløb, da patientunderlaget er for lille. Derfor arbejdes der flere steder med forløb på tværs af diagnoser. Sådanne – såkaldte generiske forløb – organiseres modulopbygget, sådan at der eksempelvis er fælles undervisning i håndtering af kronisk sygdom, fælles fysisk træning mv., mens der er enkelte moduler, eksempelvis om følgesygdomme og lignende, specifikt for patienter med en given sygdom; se boksen ovenfor med beskrivelse af tilbud i Svendborg Kommune.

De generiske rehabiliteringstilbud giver god mening af flere årsager. Dels vil der formodentlig løbende blive udarbejdet forløbsprogrammer for nye diagnoser, hvilket i sig selv gør det vanskeligt at organisere indsatsen diagnosespecifikt på sigt. Samtidig er der i dag begrænset viden om, hvad der skal til for at sikre en effekt af indsatsene. Der er meget, der tyder på, at et rehabiliterende perspektiv

samt forløbenes sundhedspædagogiske metoder og deltagernes egenomsorgsevne er afgørende parametre for, at deltagerne kan tilegne sig redskaber til at fastholde eventuelle adfærdssændringer og leve et selvstændigt hverdagsliv med deres sygdom. Derfor kan det meget vel være, at kommunale patienttilbud fremover skal være mindre diagnosespecifikke end i dag og have langt mere fokus på borgerens hele liv. KL finder det oplagt, at Sundhedsstyrelsen sætter sig i spidsen for at udvikle et kommunalt rehabiliteringstilbud på tværs af diagnoser.

Kommunerne skal have fat i de rigtige borgere

En af de store udfordringer for en stor del af de kommunale patientrettede forebyggelsestilbud er at få fat i de borgere, der har mest behov for en indsats.

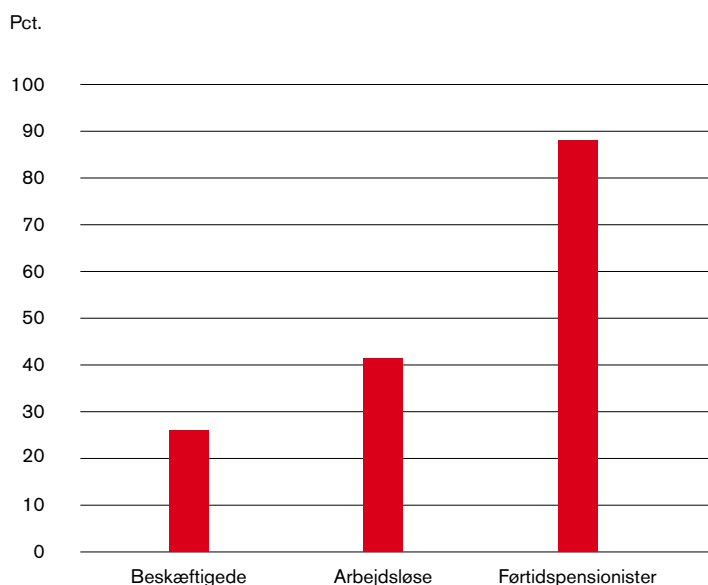
Der er stor social ulighed i udbredelsen af kronisk sygdom i befolkningen, og andelen af borgere i beskæftigelse, der har en kronisk sygdom, er således langt mindre end andelen af borgere uden for beskæftigelse, jf. figur 6.3.

På trods af den højere forekomst af kronisk sygdom blandt socialt dårligt stillede borgere angav kommunerne i en mindre rundspørge, som KL foretog i 2011, at borgerne i de patientrettede tilbud oftest var bedre fungerende, mens borgere med færre sociale ressourcer var underrepræsenterede i tilbuddene.

I en situation, hvor antallet af kronisk og langvarigt syge stiger, og budgetterne er under pres, er det vigtigt, at kommunerne fokuserer tilbuddene til de borgere, der har størst behov. Ellers vil kommunerne ikke kunne finde midler til fortsat at udbygge indsatsen.

Sundhedsstyrelsen har i det eksisterende generiske forløbsprogram for kronisk sygdom introduceret "kronikerpyramiden", som opdeler patienterne på baggrund af sygdommens sværhedsgrad. Det betyder, at borgere med kompleks sygdom får et mere omfattende tilbud end borgere med lettere sygdom. KL mener, at det er en oplagt opgave for Sundhedsstyrelsen at udvikle stratificeringsmodellen yderligere, så den

Figur 6.3. Andel kronisk syge blandt beskæftigede, arbejdsløse (herunder aktiverede) og førtidspensionister, pct., 2010.



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2010.

også omfatter egenomsorgsevne og funktionsniveau og sikrer, at der udvikles et brugbart redskab til at stratificere efter.

Store gevinster at hente i sundhed på tværs af velfærdsområder

Borgere med kronisk sygdom er ofte i kontakt med flere kommunale velfærdsområder end blot sundhedsområdet. Det gælder ikke mindst borgere uden for arbejdsmarkedet. Af hensyn til borgeren og den kommunale økonomi er der derfor behov for, at kommunerne i højere grad fokuserer på kommunens samlede udfordringer i forhold til kronisk syge. Det betyder et større fokus på de grupper af borgere, som "fylder" i kommunerne – og et større fokus på at give tilbud, som også inkluderer dem, der er på arbejdsmarkedet eller skal bringes tilbage dertil. En meget stor del af de samlede udgifter til rehabilitering, sygedagpenge, kontanthjælp og øvrige træk på det behand-

lende sundhedsvæsen er knyttet til de samme borgere. Det kan give nyttig information at foretage en analyse af, hvilke omkostninger der er knyttet til den støtte, som de syge, der modtager mange ydelser, modtager.

Et større fokus på borgernes hele liv og på kommunens samlede udgifter i forbindelse med rehabilitering kan betyde hel eller delvis tilbagevenden til arbejdsmarkedet frem for tilbagetrækning fra arbejdslivet.

Lange sygedagpengeforløb koster årligt kommunerne mange penge. Et enkelt sygedagpengeforløb over 52 uger koster kommunen 200.000 kr., og årligt er der op mod 60.000 personer, som er syge så længe. Årsagerne til de lange forløb er blandt andet lange udredningsforløb (især i forhold til borgere med psykiske problemer) og sager, hvor det er vanskeligt at stille en diagnose. En tidlig indsats kan være med til at fore-

bygge, at forløbene udvikler sig til at blive langvarige, hvilket ikke mindst reducerer den enkeltes livskvalitet betydeligt, men også er omkostningstungt for kommunen.

Der er behov for, at kommunerne styrker samarbejdet og integrationen internt og i større udstrækning gennemfører den patientrettede forebyggelse i tilknytning til øvrige aktiviteter i kommunen. Der er i en række kommuner gode eksempler på udnyttelse af mulighederne for at sammentænke sundhedsindsatser såsom beskæftigelsesindsatsen eller indsatsen over for psykisk syge, men der er behov for en mere systematisk tilgang til det tværgående arbejde og for en generel udbredelse af de gode løsninger.

Udfordringer og nye veje i samarbejdet med almen praksis

Benyttelsen af de kommunale tilbud afhænger af, at almen praksis henviser til dem. Det er dog kun en meget lille gruppe borgere med kronisk sygdom, der i dag henvises fra almen praksis set i forhold til, hvor mange der kunne have gavn af et tilbud.

I nogle tilfælde er almen praksis i tvivl om eksistensen af tilbud i den enkelte kommune. Her spiller det blandt andet ind, at den praktiserende læge ofte har patienter fra flere forskellige kommuner, hvilket kan gøre overblikket vanskeligere. Kommunerne har derfor forpligtet sig til at lægge tilbuddene ud på sundhed.dk, der samtidig er understøttet af en søgefunktion, der gør det enkelt for lægerne at finde tilbud i den enkelte kommune. I andre tilfælde er forklaringen, at almen praksis selv udbyder forebyggelsestilbud.

Samarbejdet mellem kommunerne og almen praksis i relation til

indsatsen rettet mod borgere med kronisk sygdom er endvidere præget af, at den lægefaglige ekspertise i almen praksis kun udnyttes i lille udstrækning i de kommunale tilbud. Det svage samarbejde har sandsynligvis den effekt, at mange borgere med kroniske sygdomme fortsat må tage på sygehusenes ambulatorier til diverse kontroller, der lige så godt kunne varetages i primærsektor tæt på borgerens eget hjem, hvis kapaciteten blev styrket.

Strukturen i primærsektor påvirkes af nye planer om at etablere sundheds- og akuthuse. Der er således i 38 kommuner planlagt sundheds- og akuthuse, finansieret af de 600 mio. kr., som blev udmøntet af den forhenværende regering i 2010. Husene vil for en dels vedkommende komme til at indeholde en blanding af kommunale og regionale tilbud. Denne udvikling vil fremadrettet kunne danne grundlag for en anden måde at organisere indsatsen over for kronisk syge på.

Netop lokaliseringen af kommunale og regionale aktiviteter sammen med almen praksis giver nye perspektiver på det at samarbejde og udnytte hinandens ekspertiser samt deles om fælles ressourcer. Fx kan almen praksis i højere grad anvende kommunale sygeplejersker i deres kontrol af kronisk syge, hvis man bor dør om dør. Samtidig vil anvendelsen af sundheds- og akuthuse muliggøre bedre sammenhæng mellem den specialiserede regionale forebyggelse og den kommunale.

Sundhedspakken i Næstved Kommune

Næstved Kommune har etableret et samarbejde mellem jobcenter og sundhedscenter. Indsatsen fokuserer på borgere, der nyligt er sygemeldt med let til moderat stress og/eller depression.

Formålet er, at borgeren skal få et bedre helbred og vende tilbage til arbejdsmarkedet. Indsatsen består af et 8-ugers forløb med fokus på fysisk træning bl.a. i naturen, kost og undervisning i emner som søvn, mestrings af hverdagens udfordringer, evt. tobaks- og alkoholforbrug, stress, depression samt undervisning om sygedagpengeforhold og arbejdsmarkedsforhold.

Foreløbig viser indsatsen positive resultater, idet hovedparten af deltagerne vurderer, at de bedre kan håndtere deres situation og har fået netværk, og at indsatsen har medvirket til, at de hurtigere kan vende tilbage til arbejdsmarkedet. Projektet arbejder på, at de praktiserende læger fremover skal kunne henvise til Sundhedspakken via jobcentret.

Sundheds- og akuthus på tegnebrættet i Holstebro Kommune

Holstebro Kommune er sammen med Region Midtjylland i gang med at bygge et sundheds- og akuthus.

Det nye center bliver opført i etaper, og første etape forventes at stå færdig i 2014. Centret skal huse en række kommunale sundhedstilbud. De kommunale tilbud vil bl.a. omfatte det kommunale sundhedscenter, genoptræningsindsatsen og en række kommunale midlertidige opholdspladser og akutpladser, så ældre og kronisk syge patienter kan undgå egentlig indlæggelse, men samtidig få professionel hjælp og tryghed. Endvidere arbejdes der på at skabe plads til 12 praktiserende læger og speciallæger. Fra 2016 vil Region Midtjylland desuden placere en række sundhedstilbud i centret. Der bliver fx tale om ambulante hospitalsfunktioner såsom medicinske ambulatorier, røntgen, lokaldialyse, akutklinik og ambulante behandlingspsykiatri.

Huset danner rammen om et "bofællesskab mellem regionale ambulatoriefunktioner, kommunale funktioner og almen praksis, der giver mulighed for fælles opgaveløsningsmodeller og udvikling af fælles sprog".

6.3 anbefalinger

Kommunerne har en central rolle i forhold til borgere med kronisk sygdom. En stærk kommunal indsats kan give markante økonomiske effekter – både i form af interne gevinster i andre forvaltninger og i forhold til at reducere borgernes sygehusbehov. Opgaven er at medvirke til at rehabilitere og støtte den enkelte i at leve et så aktivt liv som muligt med sygdom. Her skal kommunerne benytte sig af deres tætte kendskab til borgeren og helheden i den enkeltes liv samt understøtte borgerens egenomsorgsevne og egne ressourcer.

Men rammerne er langt fra optimale i dag for kommunerne. Den manglende prioritering af området fra centralt hold betyder, at systematisk udrulning af de gode kronikerprojekter, der er igangsat, ikke er realistisk. Resultatet bliver flere dyre indlæggelser og dårligere tilbud til borgerne. Hvis

der er ønske om at videreudvikle de gode initiativer, der allerede er i gang i kommunerne, kræver det en ny prioritering, og at nedenstående anbefalinger følges.

Alle kommuner bør have mulighed for at tilbyde patientrettet forebyggelse til borgere med diabetes type 2, kronisk obstruktiv lunge-sygdom (KOL) og hjerte-kar-sygdom:

Det fremgår af sundhedsaftalerne, at kommunerne skal implementere forløbsprogrammer netop inden for disse diagnosegrupper. Langt de fleste kommuner har allerede implementeret forløb inden for disse områder, dog færrest for hjerte-kar-sygdomme. Det bør sikres, at disse tilbud er tilgængelige i alle kommuner.

Sundhedsstyrelsen bør udvikle en model for kommunale rehabiliteringstilbud på tværs af diagnoser: Det er en oplagt opgave for Sundhedsstyrelsen at udvikle en model for et

ikke-diagnosespecifikt (generisk) rehabiliteringstilbud, der har fokus på borgerens hele livssituation og støtter borgeren i at leve et selvstændigt og meningsfuldt liv. Kommunerne har gode muligheder for at arbejde rehabiliterende, men der bruges for mange ressourcer lokalt på at udvikle forskellige løsninger. Det skal sikres, at den udviklede model for kommunale rehabiliteringsforløb afprøves i et antal kommuner med henblik på at evaluere effekten – fx sammenlignet med eksisterende diagnosespecifikke tilbud.

Sundhedsstyrelsen bør tage initiativ til, at der udvikles en national model for stratificering af kronisk syge, som også omfatter borgerens egenomsorgsevne:

Det er en oplagt opgave for Sundhedsstyrelsen, som i forvejen har udviklet den eksisterende model, som tager udgangspunkt i sygdommens sværhedsgrad. Stratificering er et vigtigt led i planlægningen

og dimensioneringen af indsatser og skal kunne anvendes på tværs af diagnoser for at give størst mulig effekt.

Kommunerne skal have fokus på rehabilitering og prioritere indsatsen for kronisk syge på tværs af de kommunale velfærdsområder:

Kommunerne skal blive gode til at fokusere på de borgere, der i forvejen modtager kommunale ydelser. Sundhedstilbud til disse borgere vil dels medvirke til, at borgeren får en bedre livskvalitet, dels kunne reducere de kommunale omkostninger, fx i form af plejeudgifter og udgifter til sygedagpenge. KL vil stille sig i spidsen for, at der udvikles modeller, som understøtter, at indsatsen over for borgere med kronisk sygdom udvikles på tværs af sundhedsområdet, ældreområdet, arbejdsmarkedsområdet mv. Samtidig er der behov for, at kommunerne i de eksisterende indsatser for kronisk syge generelt tænker i rehabilitering, dvs. inkluderer fokus på beskæftigelse samt psykisk og social formåen.

Kommunerne og almen praksis skal arbejde systematisk med at identificere borgere i særlig risiko for udvikling af kronisk sygdom:

Både kommuner og almen praksis bør opprioritere den tidlige opsporing af borgere med kronisk sygdom. Der er imidlertid behov for i højere grad at koordinere indsatsen og sikre, at almen praksis henviser til kommunalt tilbud, og omvendt, at kommunen kan henvise borgere i risiko til egen læge uden problemer. Samtidig bør kommunerne og almen praksis samarbejde om at udvikle modeller for, hvordan en fælles opsporingsindsats kan udvikles.

Praktiserende læger skal henvise relevante borgere til kommunale patienttilbud:

I øjeblikket henviser lægerne i for lille omfang til de kommunale tilbud, ligesom der er eksempler på, at praktiserende læger udvikler paralleltilbud. Det er ikke omkostningseffektivt. De praktiserende læger må via overenskomsten og i sundhedsaftalerne forpligtes til at henvise relevante borgere med kronisk sygdom til de kommunale tilbud. Der er sideløbende behov for en tæt dialog med lægerne lokalt, bl.a. i regi af de kommunalt-lægelige udvalg, for at opnå en forståelse af det fælles ansvar for og arbejdsdelingen om de kronisk syge borgere i kommunen. Kommunerne skal samtidig sikre, at alle kommunale tilbud kan findes på sundhed.dk.

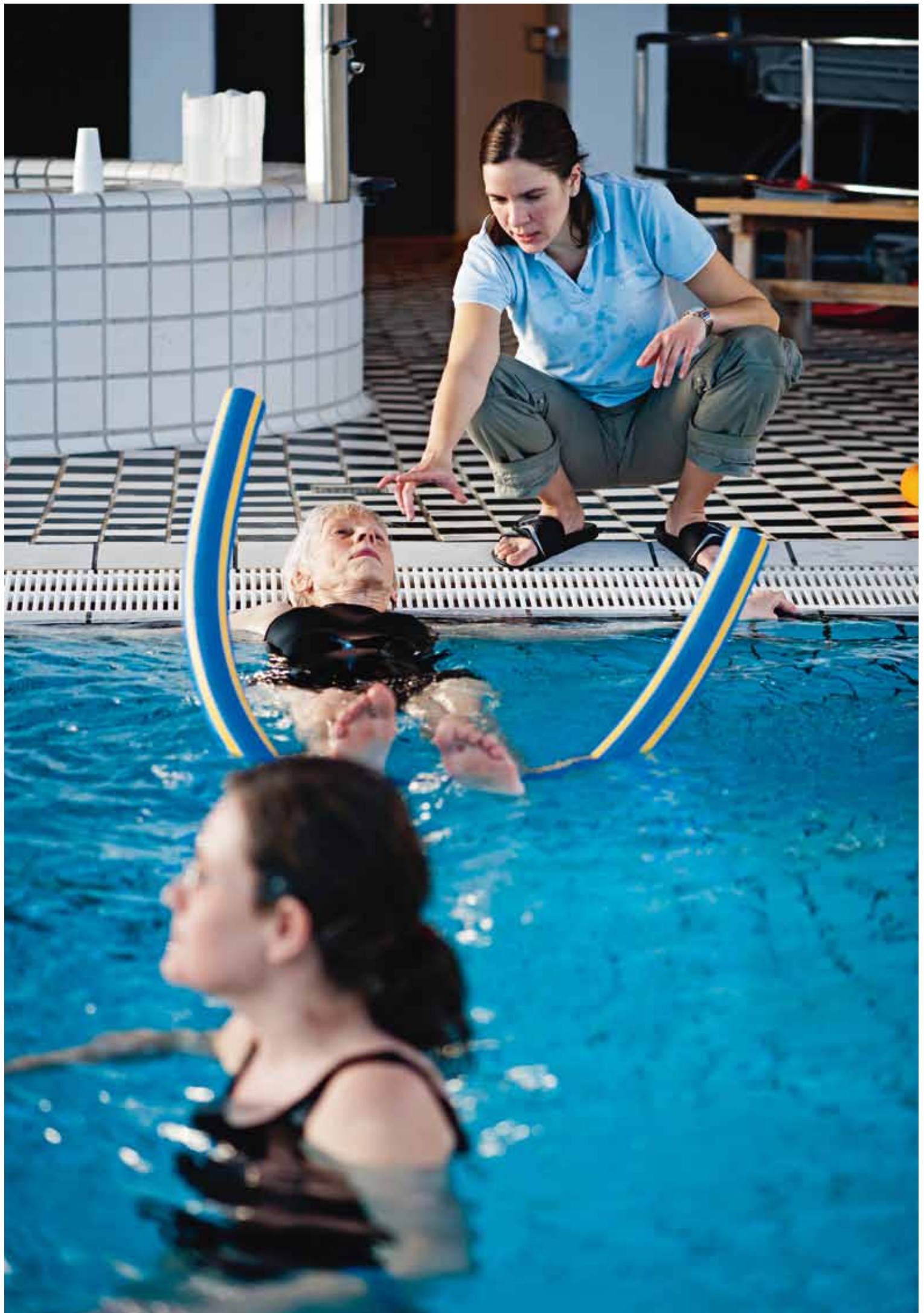
De kommende sundhedshuse og sundheds- og akuthuse skal rumme en integreret indsats rettet mod kronisk syge:

En række kroniske patienter kan støttes via generiske rehabiliteringstilbud, som går på tværs af diagnosegrupper. For visse kronisk syge kan der imidlertid være særlige indsatser, som kræver mere volumen og specialisering. Regionerne bør sikre, at sundhedshusene også rummer den regionale, specialiserede indsats rettet mod kronisk syge. Herved kan den specialiserede indsats og kommunens patientrettede forebyggelse placeres samlet ét sted.

Alene den fysiske samplacering kan give grundlag for udvikling i retning af arbejdsfællesskaber, eksempelvis gennem kommunalt ansatte sygeplejerskers medvirken i forbindelse med praktiserende lægers arbejde med kroniske patienter eller gennem mulighed for

indsatser fra praktiserende læger i en kommunal kronikermødtagelse.

Et stigende antal kronisk syge vil betyde, at antallet af kontroller vil stige i de kommende år. Det er ikke omkostningseffektivt at gennemføre kontrollerne i sygehusvæsenet – særligt ikke, når der i fremtiden bliver længere til sygehusene. Langt flere kontroller kan gennemføres fx i et sundheds- og akuthus, hvor almen praksis kan være den primære ansvarlige med støtte fra enkelte regionale speciallæger. Det vil være til gavn for patienterne, som slipper for lange rejsetider.



7. Borgere med behov for genoptræning

7.1 Indledning

Genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen har fået fornyet fokus i de seneste par år, og med god grund. Der er efterhånden en bred erkendelse af, at et behandlingsforløb først er tilendebragt, når den behandlede borger er tilbage ved sit normale funktionsniveau, i sit arbejdsliv og sit familieliv – og det kræver et vellykket genoptrænings- og rehabiliteringsforløb.

Når der er kraftig vækst i antallet af borgere, der modtager sygehusbehandling, vil der på en

række områder ses en tilsvarende vækst i antal borgere, som har behov for genoptræning og rehabilitering. Og aktivitetsvæksten på genoptrænings- og rehabiliteringsområdet har været mærkbar i kommunerne.

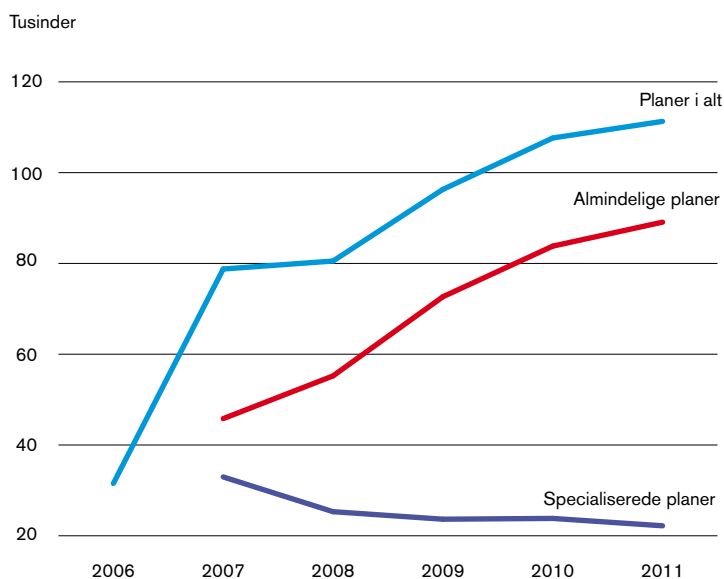
Området må imidlertid fortsat siges at være underprioriteret fra centralt hold. Kommunerne har leveret en markant aktivitetsvækst på den fysiske genoptræning, men dette er kun blevet modsvaret af beskeden økonomisk kompensation. Det er uhenigtsmæssigt, fordi borgere, der ikke får tilstrækkelig genoptræning og rehabilite-

ring, risikerer at få komplikationer og yderligere sygdom eller måske ende på førtidspension. Det er hverken til gavn for den enkelte eller for samfundsøkonomien.

Kommunerne ønsker en ny vision for genoptrænings- og rehabiliteringsområdet. Der er langt mere viden i dag, end da man flyttede opgaven til kommunerne, og der er de senere år kommet en stigende erkendelse af det store potentiale, som en helhedsorienteret genoptrænings- og rehabiliteringsindsats har. Der er god evidens for, at træning har effekt på funktionsniveauet for psykiatriske patienter, ligesom kræft- og hjertepatienter har brug for en langt mere helhedsorienteret rehabiliteringsindsats, som foruden det fysiske element også indeholder elementer, som skal bringe patienten tilbage til arbejdsmarkedet og det almindelige samfundsliv.

Kommunerne er klar til at påtage sig opgaven og arbejde systematisk med at kvalitetsudvikle og styrke området. Men det kræver en national satsning og et politisk ønske om at styrke området.

Figur 7.1. Antal genoptræningsplaner (unikke patienter), 2006-2011.



Kilde: Landspatientregistret, kørsel d. 25. januar 2012.

Note: Før 2007, hvor al genoptræning efter sygehusloven var en amtslig opgave, skelnede man ikke mellem specialiseret og almindelig genoptræning.

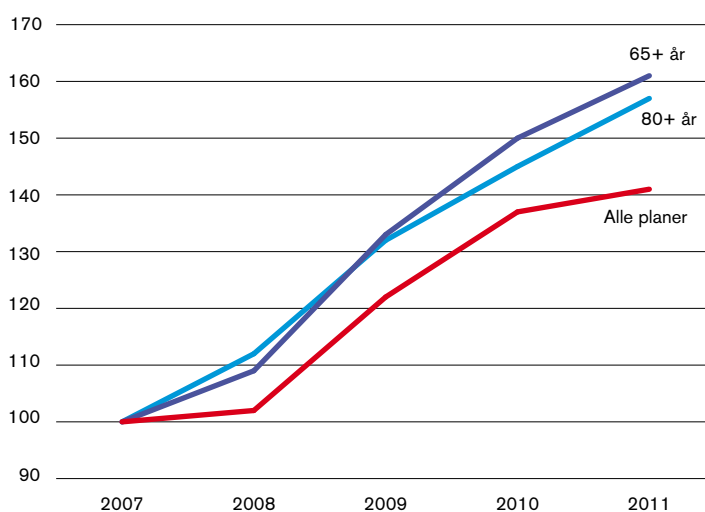
7.2 Status og udviklingstendenser

Særligt den fysiske genoptræning har været i markant vækst i de seneste 5 år. I 2006 blev der registreret 31.520 genoptræningsplaner. I 2007, første år efter strukturreformen, steg tallet til over 73.472, mens det i 2010 var steget til 100.468. Det svarer til en vækst på 36 pct. fra 2007 til 2010.

Det er antallet af almindelige genoptræningsplaner, dvs. dem, der skal udmøntes i kommunerne, som vokser. Andelen af specialiserede genoptræningsplaner, der udmøntes på sygehusene, er omvendt faldet i de senere år. Der er dog fortsat store forskelle i andelen af specialiserede genoptræningsplaner mellem de enkelte regioner og sygehuse, som ikke umiddelbart fagligt kan begrundes.

Væksten i antallet af genoptræningsplaner er særligt stor blandt borgere over 65 år. Her har væksten været på hele 60 pct. i perioden 2007-2010, jf. figur 7.2.

Figur 7.2. Væksten i genoptræningsplaner (unikke patienter) fordelt på aldersgrupper, 2007-2011.



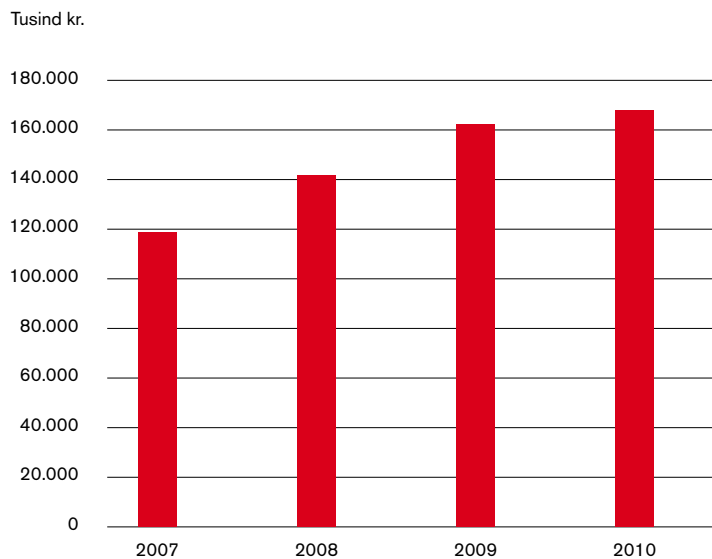
Kilde: Landspatientregistret, kørsel d. 25. januar 2012.

Note: 2007 = indeks 100.

Den øgede aktivitet på genoptræningsområdet har været til gavn for borgerne og har været med til at sætte fokus på vigtigheden af hurtig og kvalificeret genoptræning og rehabilitering.

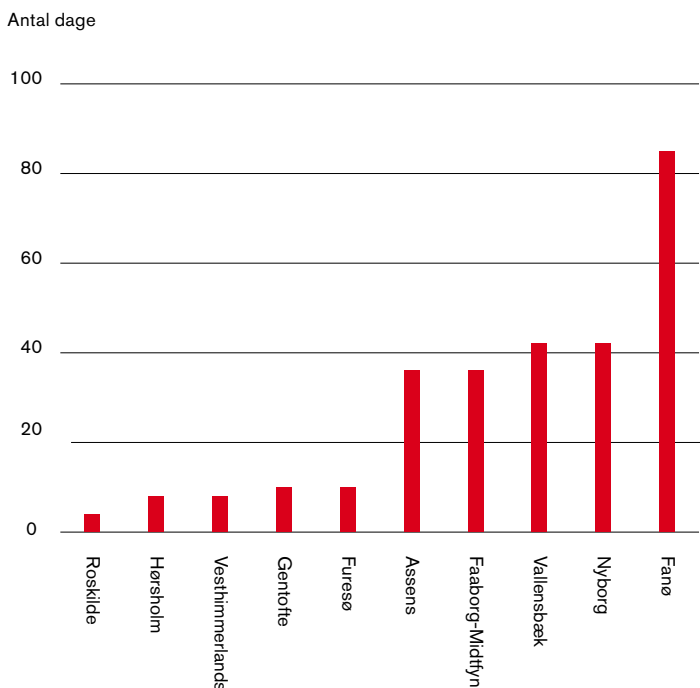
Den øgede aktivitet kan imidlertid også aflæses i de kommunale regnskaber. Udgifterne til den kommunale genoptræning og vedligeholdelsestræning er således steget fra 1.333 mio. kr. i 2007 til 1.691 mio. kr. i 2010, eller med 27 pct., jf. figur 7.3.

Figur 7.3. Udgifter til kommunal genoptræning og vedligeholdelses-træning i årene 2007 til 2010, i 1.000 kr.



Kilde: Danmarks Statistik.

Figur 7.4. Ventetid på genoptræning 2010 (antal dage). Kommuner med kortest og længst ventetid.



Kilde: Danmarks Statistik.

Ventetider

Medianventetiden⁷ på genoptræning er på landsplan 18 dage. Ventetiden varierer dog fra kommune til kommune, jf. figur 7.4.

Ventetid på genoptræning er ikke altid et problem. For visse diagnoser kan det være hensigtsmæssigt at vente nogle uger med at igangsætte genoptræningsforløbet. Det er dog vigtigt at skabe tryghed og vished hos den enkelte om, hvornår man kan forvente, at genoptræningsforløbet igangsættes. Der bør ligeledes arbejdes mere systematisk med behovsvurdering, så det sikres, at de borgere, der har det største behov, kommer til først.

Udvikling af genoptrænings- og rehabiliteringsopgaven

Siden kommunerne overtog det fulde myndigheds- og finansieringsansvar for den almindelige genoptræning i 2007, er opgaven udviklet i omfang, tilgang og organisering. Kommunerne har de senere år haft fokus på, hvordan de i højere grad kan koble genoptræning til kommunens øvrige velfærdsindsatser, samt hvordan man kan finde nye metoder til at styrke forebyggende og vedligeholdende træning.

Flere kommuner er i gang med at udvikle rehabiliteringstilgangen til hele kommunen. Kommunernes arbejde med hverdagsrehabilitering på ældreområdet er et godt eksempel på dette.

Hverdagsrehabilitering er et eksempel på et paradigmeskift, der breder sig i de danske kommuner. Med hverdagsrehabilitering går indsatsen fra passiv pleje til en aktiv rehabiliterende indsats i borgerens egen bolig eller nærmiljø. Borgerne skal i stigende grad

⁷ Medianventetiden er ventetiden for den midterste borger. Dvs. der er lige mange borgere, som har kortere og længere ventetid end den pågældende.

Virtuel træning i eget hjem i Esbjerg Kommune

Kommunen er i gang med et projekt omkring virtuel træning. Træningen giver helt nye muligheder for at fortsætte træning i eget hjem efter ophold på døgn-rehabilitering.

Teknologien skal medvirke til, at borgeren vedligeholder det opnåede funktionsniveau. Teknisk består løsningen af en computerskærm og et kamera, der kobles til en almindelig stikkontakt. Borgeren ser øvelser på skærmen, kameraet filmer, hvordan træningen udføres, og borgeren får en umiddelbar feedback på udførelsen. Træner borgeren ikke, eller udføres træningen ikke korrekt, vil der gå besked til den ansvarlige terapeut i kommunen, som så kontakter borgeren.

inddrages i de daglige gøremål med fokus på egne ressourcer og eget ansvar for at mestre deres liv. Det er terapeuter, som udarbejder rehabiliteringsplanerne med inddragelse af borgeransvarlige social- og sundhedsassistenter ansat som hjemmetrænere. En evaluering foretaget af Dansk Sundhedsinstitut fra 2011 viser, at denne model har en positiv indvirkning på både borgere, medarbejdere og kommunens økonomi.

Hovedparten af de danske kommuner arbejder med eller er i gang med at implementere lignende modeller. Flere steder inddrages frivillige og patientforeninger også i arbejdet med

hverdagsrehabilitering, og der arbejdes videre med at udvikle og udfolde hele tankesættet bredere i kommunen.

For at udvikle området i de kommende år er der behov for at systematisere tilgangen og udbrede de gode erfaringer med hverdagsrehabilitering. Det drejer sig i høj grad også om hele tilgangen til, hvordan kommunerne organiserer indsatsen, og om at styrke de enkelte fagligheder i kommunen til at tænke i borgerforløb. Det drejer sig også om at få involveret frivillige og patientforeninger i arbejdet med hverdagsrehabilitering og søge at fastholde den ældre medicinske borgers sociale kontakter og netværk.

Tankegangen med at arbejde med træning på andre velfærdsområder bør udbredes. For en række kroniske sygdomme samt for psykisk syge er der evidens for, at man med træning kan opnå gode resultater. Dette bør manifestere sig i en langt mere offensiv brug af træning i den kommunale sundhedsindsats.

Rehabiliterende kommuner

Nogle kommuner er begyndt at arbejde mere systematisk med rehabilitering og at udbrede tankegangen i hele forvaltningen som et fælles tankesæt for arbejdet med borgerne. Det drejer sig fx om Odense, Viborg, Esbjerg, Aabenraa og Gladsaxe Kommuner. Odense Kommune er i gang med en omfattende omorganisering af ældre- og handicapforvaltningen for at kunne tilbyde reelt sammenhængende borgerforløb med borgeren i centrum. Den fremtidige organisering vil tage afsæt i tre forskellige borgerforløb, som et team for hhv. korte, længere og vedvarende forløb skal varetage.

Samarbejde mellem genoptrænings- og arbejdsmarkedsområdet har fået flere tilbage på arbejdsmarkedet i Aarhus

Sygemeldte borgere i Aarhus Kommune, der er henvist til genoptræning efter ortopædkirurgisk behandling, bliver tilbudt en koordineret indsats af fysioterapeut og sagsbehandler, idet sagsbehandleren er placeret på genoptræningscenteret. Borgeren får en helhedsvurdering, hvor der både bliver sat ind i forhold til genoptræning og i forhold til muligheder for at vende tilbage på arbejdsmarkedet. Dermed kommer borgerens muligheder og udfordringer i fokus allerede tidligt i forløbet.

Projektet er evalueret, og resultaterne er gode. Borgerne opnår hurtigere god funktionsevne og kommer hurtigere tilbage på arbejdsmarkedet. Samtidig viser en cost-benefit-analyse, at indsatsen på grund af reducerede udgifter til sygedagpenge og øgede skatteindtægter samlet set giver overskud for Aarhus Kommune.

En særlig udfordring med et stort potentiale er især at få en bedre kobling mellem sundhed og jobcenter, som sikrer, at sygemeldte kommer hurtigt tilbage til et aktivt arbejdsliv.

Der har været gode erfaringer med fælles kompetenceudvikling i sundheds- og beskæftigelsesindsatsen, og der er eksempler på sammenhængende forløb, hvor tilbagevenden til arbejdsmarkedet bliver en del af rehabiliteringen. Der er således fortsat potentiale i styrket dialog mellem velfærdsområderne om praksis på området.

Specialisering

Som de øvrige kommunale sundhedsopgaver bliver genoptrænings- og rehabiliteringsopgaverne mere komplekse og specialiserede. Denne udvikling medfører et større behov for koordinering og for at sikre sammenhæng i forløb med flere aktører. Behovet for specialiseret viden er også blevet tydeligere – mange kommuner har allerede oprettet tilbud til specifikke sygdomme og diagnoser. Der opstår et behov for et specialiseret tilbud, når almen viden ikke er nok til at have kendskab til den enkelte borgers komplicerede behov. Kommuner med et lille befolkningsgrundlag kan have svært ved at opbygge volumen og kompetencer på særlige områder. Her er det væsentligt, at der tænkes i samarbejde, arbejdsdeling og brug af andre tilbud.

Måltrettede genoptræningstilbud på udvalgte diagnoseområder

Kommunerne overtog med reformen i 2007 en række kompetencer fra amterne på genoptræningsområdet. Disse kompetencer er videreudviklet i takt med, at kommunerne løbende har overta-

get flere genoptræningsopgaver fra sygehusene. Det kommer bl.a. til udtryk ved, at flere og flere kommuner ansætter eller uddanner ergo- og fysioterapeuter til at varetage mere specialrettede genoptræningstilbud.

En opgørelse fra Gallup fra 2011 viser, at der fortsat er en stigning i andelen af kommuner, som har oprettet specialrettede genoptræningstilbud. Undersøgelsen viser, at:

- 94 pct. af kommunerne har etableret KOL-genoptræningstilbud
- 89 pct. af kommunerne har etableret tilbud ift. ryglidelser
- 88 pct. har etableret tilbud ift. ortopædkirurgi
- 86 pct. af kommunerne har etableret tilbud på apopleksiområdet
- 81 pct. af kommunerne har etableret tilbud på hjerteområdet.

Størsteparten af kommunerne (96 pct.) vælger selv at stå for de specialrettede tilbud. I Region Hovedstaden har 39 pct. af kommunerne organiseret de

specialrettede tilbud i samarbejde med andre kommuner. Nogle kommuner køber også specialrettede genoptræningstilbud på sygehuset.

Der er løbende debat om, hvorvidt kommunerne i forhold til de mere komplekse borgere har tilstrækkelig volumen og særlige kompetencer til at håndtere genoptræningsindsatsen. Det drejer sig eksempelvis om komplekse hjerneskader og børn med spastiske lammelser.

For at imødekomme denne kritik er der behov for, at kommunerne fremadrettet samarbejder mere om at løse opgaverne på disse specialiserede områder. Kommunerne må i den forbindelse, evt. i samarbejde med de centrale sundhedsmyndigheder eller universiteterne, analysere behovet for fælles tilbud, som sikrer en hensigtsmæssig arbejdsdeling og høj faglighed. På den baggrund må der i regi af sundhedsaftalerne og i regi af rammeaftalerne etableres bæredygtige tilbud på området.

Dokumentation og evidens

Kommunerne har de senere år arbejdet med at fremme dokumentationen på genoptræningsområdet. Der ligger fortsat en stor udfordring for kommunerne i at dokumentere resultaterne af indsatsen udadtil.

Kommunerne har ikke samme lange tradition som sygehusene for at arbejde systematisk med dokumentation på sundhedsområdet. Der arbejdes i kommunerne med at styrke denne del ved at foretage registreringer af test og målinger, der understøtter, at der sker en grundig tilrettelæggelse og evaluering af forløbene. Udfordringen er, at disse test og målinger integreres i kommende nationale kliniske retningslinjer, og der oprettes nationale databaser til indberetning af nøgledata. Systematiske data er en væsentlig forudsætning for kvalitetsudvikling af området. Der er samtidig behov for, at Sundhedsstyrelsen går ind i arbejdet for at understøtte udviklingen, ikke mindst fordi der på mange af de kommunale sundhedsområder ikke findes faglige selskaber.

Der er løbende fokus på at implementere nye metoder og indsatser inden for genoptræning og rehabilitering, fx integrering af rehabiliteringsindsatser på tværs af forvaltningsområder og faglige kulturer. Der er evidens på rehabiliterings- og genoptræningsområdet, som mangler at blive konkretiseret i nationale kliniske retningslinjer og efterfølgende implementeret i den kommunale kontekst. Kommunerne ønsker, at kliniske retningslinjer, som støtter terapeuten i at vælge den bedst egnede og mest effektive indsats, udbredes systematisk.

Til at understøtte arbejdet med faglig udvikling og systematisk dokumentation har flere kommuner ansat udviklingsterapeuter.

Arbejdsdeling mellem tre kommuner på genoptræningsområdet

Brøndby, Albertslund og Glostrup Kommuner har indgået et samarbejde om varetagelse af opgaver inden for genoptræningsområdet. Samarbejdet omfatter udvalgte diagnosegrupper, hvor det er vurderet, at samarbejdet vil forbedre kvaliteten i genoptræningen. Det drejer sig fx om ledbåndsskader – ledopere-rede eller sene-sammensyninger – rygopererede, brud på skulder, arm, ankel.

7.3 anbefalinger

Kommunernes genoptræning har i vid udstrækning været en succes. Hvis genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen skal have et løft, så borgere, der har været udsat for operation og sygdom, kan komme tilbage til hverdagslivet og dermed undgå at blive indlagt eller komme på sygedagpenge eller førtidspension, kræver det en ny prioritering. Kommunerne har taget første skridt. Næste skridt er at skabe sammenhæng, integrere træning og rehabilitering i andre velfærdsområder og arbejde mere systematisk med kvalitet. Det vil kræve, at nedenstående anbefalinger indføres.

Alle skal have afklaring om deres genoptræningsforløb inden for én uge:

Der er klinisk dokumentation for, at ikke alle borgere har brug for genoptræning lige hurtigt. Alle har imidlertid brug for afklaring af, hvornår deres forløb kan igangsættes. KL anbefaler på den baggrund, at borgeren inden for én uge fra udskrivning skal have vurderet sit genoptræningsbehov, herunder hvornår genoptræningsforløbet skal igangsættes samt en begrundelse herfor.

Kommunerne skal have mere fokus på vedligeholdende og forebyggende træning:

For mange borgere mister funktionsniveau på grund af deres kroniske lidelse. Med nedsat funktionsniveau følger risiko for egentlig sygdom, indlæggelse og for tidlig død. Derfor bør der sættes mere på vedligeholdende træning, som fastholder og styrker borgerens funktionsniveau. Det drejer sig også om i samarbejde med private og frivillige aktører at sikre, at borgerne, efter de "forlader den

kommunale genoptræning", fortsætter med at opretholde deres funktionsniveau.

Kommunerne skal lade træning og fysisk aktivitet spille en større rolle i øvrige indsatser:

Der er god evidens for, at træning har effekt på en lang række områder ud over det, der vedrører genoptræning. Man kender det blandt andet fra hverdagsrehabilitering, hvor træning bliver en central del af hjemmeplejen, så borgerne inddrages langt mere aktivt i de daglige gøremål. Kommunerne bør arbejde mere systematisk med at udbrede træning og fysisk aktivitet i øvrige indsatser, herunder psykiatri, forløb for borgere med kronisk sygdom mv. Det drejer sig også om at få rehabiliteringstankegangen udbredt til hele kommunen.

Kommunerne skal udvikle fælles kliniske retningslinjer for genoptrænings- og rehabiliteringsområdet: For at højne kvalitetsarbejdet på genoptræningsområdet er der behov for at udvikle og implementere evidensbaserede kliniske retningslinjer, så borgere i alle kommuner kan modtage samme gode kvalitet. Derfor vil KL tage initiativ til, at der udvikles nationale kliniske retningslinjer for genoptræningsområdet.

Sundhedsstyrelsen skal vurdere, om der er genoptræningsopgaver, hvor der bør stilles særlige krav til volumen og specialkompetencer på området:

Langt hovedparten af opgaverne kan alle kommuner foretage. Der er dog genoptræningsopgaver, som er så få og komplekse, at den enkelte især mindre kommune ikke kan opnå tilstrækkelig faglighed til at håndtere opgaven, fx på hjerneskadeområdet. Her bør der stilles krav

til samarbejde med andre aktører, og at kommunen/aktøren kan vise, at de lever op til kvalitetsstandarderne.

Sundhedsstyrelsen skal udvikle systematisk kvalitetsmonitorering på genoptræningsområdet:

For at styrke kvalitetsudviklingen er der behov for at etablere en national kvalitetsdatabase til opsamling af nøgledata. En kvalitetsdatabase vil være et nyttigt redskab i forhold til at afholde faglige audits og andre kvalitetsinitiativer. Af samme årsag bør kvalitetsdatabasen være tværsektoriel. En sådan database vil også give mulighed for benchmarking på tværs af kommunerne.



8. Børn og unge

8.1 Indledning

Børn og unge er en vigtig målgruppe i den kommunale forebyggelsesindsats. De kommunale indsatser handler dels om at påvirke de helt grundlæggende årsager til, at nogle senere i livet kommer til at slås med dårligt helbred, men det handler nok så meget om at sikre rammerne for et sundt liv for alle børn og unge. Barndommen udgør en stor og vigtig del af det hele liv.

Børns opvækstvilkår – forældrene, nærmiljøet, daginstitutioner og skoler – har betydning for de muligheder, barnet som voksen vil have for at få et godt og sundt liv.

Det er i barne- og ungdomsårene, at de gode vaner generelt grundlægges. U hensigtsmæssige kost- og motionsvaner fører til en stigende andel overvægtige børn. Overvægtige børn har en større risiko for at blive overvægtige som voksne, og det er meget vanskeligt at slippe af med betydelig overvægt i voksenalderen. Børn, der er fysisk aktive, vil i langt højere grad end inaktive også have en fysisk aktiv livsstil i voksenalderen⁸. Og det er i ungdomsårene, at mange bliver

afhængige af tobak og begynder at drikke alkohol.

Derfor er der behov for at fremme sunde vaner hos børn og unge – ikke mindst i forhold til rygning, alkohol, kost og fysisk aktivitet. Tobak er fortsat den væsentligste risikofaktor for tidlig død, alt for mange børn bliver overvægtige, og danske unge drikker stadig for meget.

Forældrenes adfærd har stor betydning for børnenes udvikling, og forældre skal tage ansvar for deres børns hverdagsliv. Samtidig er kommunerne i en nøgleposition i forhold til at påvirke både børnenes opvækstvilkår og skabe de sunde rammer – og indsatserne går langt ud over sundhedsområdet. Mange sektorers politikområder skal engageres og koordineres, og det er ikke nødvendigvis let.

Barneårene danner i vidt omfang grundlaget for den sundhedstilstand, vi kommer til at leve med senere i livet. Det er kommunernes ambition gennem nære forebyggelses- og sundhedsindsatser at bidrage til, at alle børn får et solidt grundlag for at lykkes i deres liv.

8.2 Status og udviklingstendenser

Sundhedsplejens rolle i barnets første år

Kommunernes indsats på børneområdet starter med et besøg af sundhedsplejersken. Sundhedsplejerskens indsats har stor betydning for barnets sundhed og trivsel både i den spæde alder og senere i barndommen.

Kommunernes svangreomsorg hænger nøje sammen med fødselsforløbene i regionerne. Flere og flere fødsler – også for førstegangsfødende – gennemføres ambulant. Figur 8.1 viser fordeling af indlæggelseslængder for fødsler for perioden fra 2007 til 2010, og som det ses, stiger andelen af korte indlæggelser, mens andelen af indlæggelser på 4-6 dage og derover falder.

Flere ambulante fødsler er først og fremmest et udtryk for, at sygehusene er blevet bedre til at hjælpe de fødende kvinder gennem fødslen uden komplikationer. Det er en positiv udvikling, men de mange ambulante fødsler rejser også en række udfordringer, ikke mindst for overgangen fra fødslen på sygehus til den kommunale sundhedspleje.

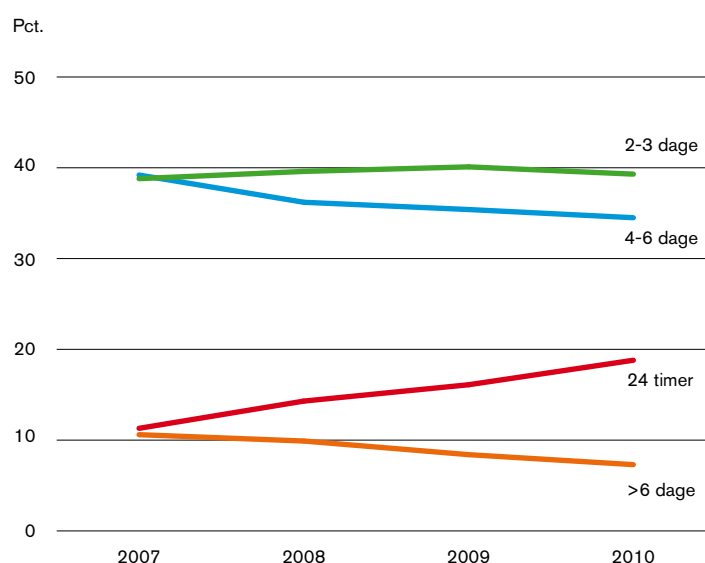
⁸Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed, 2007.

Den tidlige udskrivning betyder, at mor og barn må bevæge sig frem og tilbage til sygehuset for diverse ambulante besøg i forbindelse med høretest, blodprøver og efterfødselssamtaler. Samtidig er antallet af genindlæggelser af nyfødte inden for de første 30 dage af barnets levetid steget markant i de seneste år, og der har – som det fremgår af figur 8.2 – været en ret markant stigning i antallet af ydelser hos vagtlægen i perioden fra 2007 til 2010, hvor fødselstallet har været relativt stabilt.

Når de nyfødte udskrives fra sygehus umiddelbart efter fødslen, er der et øget behov for sundhedsplejerskens indsats⁹. Det nære sundhedsvæsen i kommunerne vil kunne tilbyde den samme gennemgående sundhedsplejerske fra graviditet til det videre barselsforløb fra udskrivning og frem.

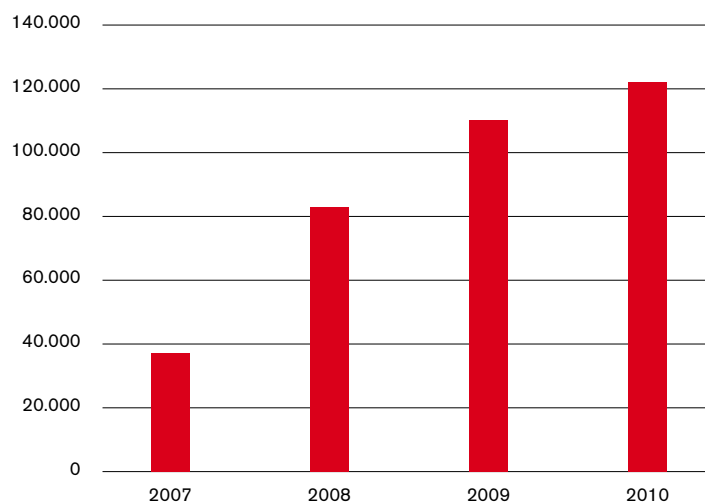
⁹Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser. Sundhedsstyrelsen

Figur 8.1. Fordeling af indlæggelseslængden for fødende i perioden 2007 til 2010.



Kilde: Sundhedsstyrelsen.

Figur 8.2. Udviklingen i antal ydelser hos vagtlægen for nyfødte i perioden 2007-2010.



Kilde: eSundhed, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Forebyggelse af overvægt hos småbørn gennem forsøg med 3-års-besøg af sundhedsplejersken i Faaborg-Midtfyn

I de seneste år har Faaborg-Midtfyn Kommune tilbudt ekstra besøg af sundhedsplejersken til familier med 3-årige. Ved besøget i hjemmet har sundhedsplejersken særlig fokus på overvægt, men er desuden opmærksom på eventuelle særlige behov hos barnet. Desuden taler sundhedsplejersken med familien om de generelle udfordringer, der er, når barnet er 3 år.

80 pct. af familierne tager imod tilbuddet om 3-års-besøget, og 3 ud af 4 vurderer, at besøget havde betydning for deres sundhedsadfærd. 70 pct. af de besøgte familier får tilbud om ekstra opfølgning, og det tager alle imod. Borgerne er således glade for tilbuddet.

Kommunen vurderer, at der har været en god effekt af tilbuddet. Hos de 27 børn, der havde en BMI på over 90-percentilen, har man efter to besøg fundet, at 17 af børnene var gået ned i BMI. 6 børn var stabiliseret i vægt, mens 4 børn havde øget BMI.

Der er således tale om en relativt lille indsats, der synes at have god effekt i forhold til forebyggelse af overvægt blandt småbørn.

Sundhedsplejerskens arbejde med familien ophører normalt, når barnet er et år, og sundhedsplejersken vil herefter først se børnene, når de starter i skolen. Der synes at være behov for at styrke sundhedstjenestens rolle i førskolealderen, ikke mindst i relation til børn og familier med særlige behov for støtte og vejledning. Der er positive erfaringer fra kommuner, der har gennemført forsøg med ekstra besøg i førskolealderen, jf. boksen ovenfor, hvor et eksempel fra Faaborg-Midtfyn Kommune er beskrevet. Det bør overvejes, hvordan der kan tilføres ressourcer til området, sådan at denne type ordninger kan implementeres som generelle tilbud.

I det hele taget bør der rettes mere fokus på tidlig opsporing og indsatsen rettet mod børn, som vokser op i sårbare og udsatte familier. Der ses en hyppigere forekomst af en lang række negative tilstande hos udsatte børn, fx psykisk sygdom, selvmordsforsøg, alkoholmisbrug, kriminalitet, manglende uddannelse og arbejdsløshed¹⁰. En ny vejledning fra Sundhedsstyrelsen peger bl.a. på behovet for et styrket samarbejde mellem den kommunale sundhedstjeneste og almen praksis.

Forebyggelse og sundhedsfremme målrettet børn og unge

Siden kommunalreformen har kommunerne, bl.a. i kraft af den finansiering, der fulgte med området, fået etableret en stor indsats på forebyggelsesområdet. Børn og unge har fra starten været den højest prioriterede målgruppe i kommunernes sundhedspolitikker. En ny KL-undersøgelse af 25 sundhedspolitikker udarbejdet siden 2009 viser, at det fortsat er den hyppigst prioriterede målgruppe.

For både børn og unge har kommunerne i sundhedspolitikkerne især fokus på KRAM-faktorerne, navnlig motion. Herudover fremhæves temaet mental sundhed, ofte nævnt i forbindelse med børn og mobning. For målgruppen unge fremhæves desuden seksuel sundhed.

¹⁰Christoffersen, M.N.: Risikofaktorer i barndommen – en forløbsundersøgelse særligt med henblik på forældres psykiske sygdomme. København: Socialforskningsinstituttet, 1999.

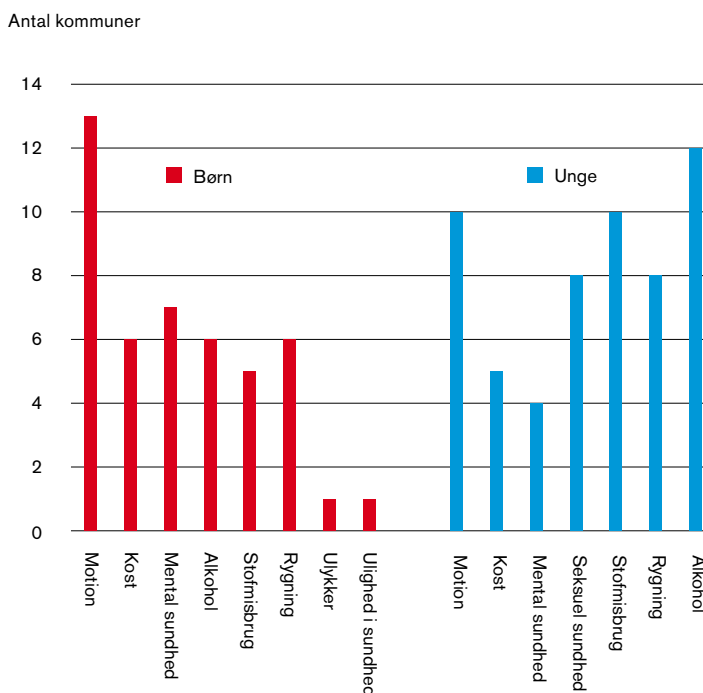
Daginstitutioner og skoler, hvor de fleste børn og unge opholder sig mange timer dagligt, er oplagte arenaer for den kommunale forebyggelse. KL har i 2009 beskrevet relevante og anbefalelsesværdige forebyggelsesindsatser inden for områderne kost, rygning, alkohol, motion, seksuel sundhed, mental sundhed og ulykker. I forhold til børn og unge er der netop primært tale om strukturelle indsatser for at skabe sunde rammer i børnenes hverdagsliv i daginstitutioner, skoler og på fritidsområdet.

Sunde rammer og sundhedsfremmeindsatser i daginstitutioner og skoler kan – samtidig med at styrke børnenes og de unges sundhed – være et middel til at opnå eksempelvis bedre trivsel eller øget indlæringsevne. Herved bliver sundhed både et mål og et middel i kommunernes arbejde med børn og unge.

Med henblik på en tidlig forebyggende indsats i barnets nærmiljø skal medarbejdere, der arbejder med børn og unge, have kompetencer og værktøjer til at se og adressere eventuelle begyndende problemer. Samtidig er der behov for etablering af specifikke tilbud rettet mod børn, der allerede har problemer, som medarbejderne i kommunerne og almen praksis kan henvise til for at forhindre yderligere udvikling.

Daginstitutioner og skoler er også en væsentlig arena for forebyggelse af den høje sygelighed grundet infektioner hos småbørn og

Figur 8.3. Temaer for målgrupperne børn og unge i 25 kommuners nyere sundhedspolitikker.



Kilde: Kommunale sundhedspolitikker – en oversigt over indsatsområder, målgrupper og mål i 25 kommuner. KL, 2011.

skolebørn¹¹. Selvom god hygiejne bør være naturlig i institutioner og skoler, er der mange steder problemer både med rengøringsstandard og med i en travl hverdag at sikre god håndhygiejne. I en del kommuner gennemføres der derfor særlige indsatser for at sikre god hygiejne.

Rygning og alkohol

For at støtte børn og unge til et røgfrit liv arbejder kommunerne først og fremmest forebyggende ved at sikre røgfri miljøer i institutioner og skoler og ved at informere og gå i dialog med de unge på skolerne. Nogle kommuner tilbyder desuden særlige rygestoptilbud til unge, mens

andre henviser unge rygere til Kræftens Bekæmpelses digitale rygestopforløb.

Tobaksforebyggelsen i kommunerne synes i de senere år nogle steder at være blevet underprioriteret til fordel for indsatser ikke mindst på kost- og motionsområdet; det skyldes en til dels fejlagtig opfattelse af, at rygningen nu er så meget på retur i samfundet, at der ikke længere er behov for indsatser. Den seneste skolebørnsundersøgelse fra 2010 viser, at 10 pct. af de 15-årige skoleelever ryger hver dag. Selvom det er en mindre andel end for 10 år siden, er det bekymrende, at den nedadgående tendens er stagneret i de seneste 5 år¹². Det er derfor nødvendigt at fastholde rygeindsatsen både nationalt og i kommunerne.

¹¹Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007. Kjeller, M., Juel, K., Kamper-Jørgensen, F. (red.) Statens Institut for Folkesundhed, 2008.

¹²Skolebørnsundersøgelsen 2010. Rasmussen, M., Due, P. (red.). København: Statens Institut for Folkesundhed, 2011.

Hygiejneindsatsen i daginstitutioner i Odense Kommune gav anledning til udvikling af et hygiejnenetværk for hele kommunen

Allerede i 1997-98 gennemførte sundhedsplejerskerne i Odense Kommune et projekt med henblik på at bedre hygiejnen i daginstitutionerne. Projektet omfattede undervisning af personale og børn i håndvask og betydningen af at vaske hænder for at undgå smittespredning. Til børnene var der desuden en leg om en prinsesse, der først får sine ønsker opfyldt, hvis hun vasker hænder. Resultatet af projektet viste et fald i sygefravær på 34 pct.

Det er dog ikke kun i daginstitutioner, at kommunen har haft behov for ekstra fokus på hygiejne for at reducere sygedage blandt borgere og medarbejdere. Det gælder også i eksempelvis hjemmesygeplejen, hvor kommunen overtager stadig flere specialiserede opgaver og patientgrupper fra sygehus. Der er derfor nu etableret et omfattende hygiejnenetværk i kommunen, der sikrer ud-dannelse af hygiejnekoordinatorer i alle forvaltninger og løbende opdatering af en elektronisk hygiejnehåndbog. Medarbejderne i kommunen er meget glade for den elektroniske hygiejnehåndbog, som de oplever passer godt til den kommunale virkelighed.

Kommunernes indsats i forhold til udskydelse af alkoholdebut og forebyggelse af alkoholmisbrug blandt unge omfatter ikke mindst alkoholpolitikker på skoler og i fritidslivet, undervisningsbaserede tilbud og forældre-elev-arrangementer på skolerne, SSP-samarbejde og sikring af ansvarsfuld udskænkning i forbindelse med alkoholbevillinger.

Undersøgelser vedrørende udvikling i unges alkoholforbrug peger i lidt forskellig retning. Mens Sundhedsstyrelsens undersøgelse af 11-15-åriges livsstil fra 2008 viser en vækst i alkoholforbruget blandt både piger og drenge, når man sammenligner med forbruget i 2006¹³, viser de danske skole-

børnsundersøgelser, der senest er gennemført i 2010, et fald i de unges alkoholforbrug fra 2002 til 2010¹⁴.

Nyere forskning viser ligeledes, at holdningen til alkohol har ændret sig hos de unge, der ikke længere accepterer fuldskab i samme udstrækning som tidligere¹⁵.

Såvel ændringer i lovgivningen vedrørende regler for salg af alkohol til unge som skolernes indsats menes at have medvirket til at påvirke de unges holdning og adfærd i forhold til alkohol.

Gennemførelse af ungdomsuddannelse og gerne videre uddannelse er den bedste forudsætning for, at unge senere vil klare sig

på arbejdsmarkedet og få et godt voksenliv. Borgere med kort uddannelse har hyppigere dårligt helbred og usunde vaner. Der er et større frafald såvel som et større misbrug af alkohol, tobak og stoffer blandt unge på tekniske skoler end blandt unge på landets øvrige ungdomsuddannelser¹⁶.

Der er behov for, at kommunerne indgår tættere samarbejde med ungdomsuddannelsesinstitutionerne, ikke mindst de tekniske skoler, og bidrager med deres faglige viden på forebyggelsesområdet.

Samarbejdet mellem kommuner og lokale ungdomsuddannelser styrkes i disse år blandt andet gennem satspuljemidler afsat til udvikling og afprøvning af nye metoder til forpligtende samarbejde om fremme af rusmiddelforebyggende miljøer på ungdomsuddannelserne samt opsporing og tidlig indsats i forhold til unge, der er på vej ud i et problematisk brug af rusmidler.

¹³Undersøgelse af 11-15-åriges livsstil og sundhedsvaner 1997-2008. Sundhedsstyrelsen, 2010.

¹⁴Skolebørnsundersøgelsen 2010. Rasmussen, M., Due, P. (red.). København: Statens Institut for Folkesundhed, 2011.

¹⁵Unge er blevet trætte af druk. Jakob Demant. Videnskab.dk, 6. december 2011.

¹⁶Unge livsstil og dagligdag. Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen, 2009; Årsstatistik for praktikpladsområdet. UNI-C Statistik & Analyse.

Fokus på rusmidler og fastholdelse i ungdomsuddannelse i Roskilde Kommune

Ungeprojektet i Roskilde Kommune udgår fra kommunens Sundhedscenter og samarbejder med ungdomsuddannelserne om en sundhedsindsats med fokus på rusmidler.

Projektet omfatter 1) opsporing af unge med storforbrug eller begyndende misbrug, 2) rådgivning og motivation til sundere rusmiddelvaner blandt de unge på skolerne, 3) opkvalificering af lærere og vejledere om unge og rusmidler – herunder hvordan man bedst støtter de unge, 4) udvikling af politikker og etablering af sunde rammer for de unge på skolerne.

Ungeprojektet benytter en række nyudviklede metoder, blandt andet det faglige værktøj 'Bekymringsbuen', som fagpersoner kan bruge, når de står over for en ung, der har en bekymrende adfærd og måske har brug for støtte. Projektet har også udviklet et Sundhedseksperimentarium, hvor professionelle voksne går i dialog med unge om rusmidler på de unges egne præmisser og ved at formidle viden på nye måder, som er spændende og giver mening for de unge.

Formålet med projektet er at forebygge rusmiddelproblemer, men også at hjælpe unge med et stort rusmiddelforbrug til at vende deres rusmiddeladfærd i en mere hensigtsmæssig retning – og samtidig blive fastholdt i deres uddannelsesforløb.

Ungeprojektet oplever stor imødekommenhed i samarbejdet med uddannelsesinstitutionerne og et stort behov for at sætte sundhed på dagsordenen ift. 95-pct.-målsætningen. Samtidig oplever Ungeprojektets medarbejdere i rådgivning og samtaler med de unge, at de med den rette tilgang kan hjælpe mange unge til at ændre rusmiddeladfærd.

Kost, motion og overvægt

Overvægt blandt børn er et væsentligt folkesundhedsproblem, idet overvægten ofte føres med ind i voksenlivet og på sigt medfører risiko for udvikling af kroniske sygdomme. Overvægten er desuden et væsentligt problem for barnets hverdag og trivsel. Overvægtige børn føler sig markant oftere ensomme end andre børn¹⁷.

Årsagerne til børns overvægt er mange, men et stillesiddende fritidsliv foran computer og tv i kombination med et stort indtag af energiholdige fødevarer, som fx sodavand og fastfood, menes at være blandt de væsentligste forklaringer.

Skolebørnsundersøgelsen viser, at der i perioden 2006 til 2010 har været en klar stigning i andelen af børn, som bruger mindst

4 timer om dagen på at spille computer, mens der har været et fald i andelen af børn, der ser tv mere end 4 timer om dagen¹⁸. Alt i alt er andelen af børn, der er fysisk inaktive, steget i perioden fra 2006 til 2010.

I forhold til kostvaner blandt børn viser Skolebørnsundersøgelsen en positiv trend, idet der er en stadigt stigende andel børn, der spiser frugt dagligt, mens

¹⁷⁺¹⁸ Skolebørnsundersøgelsen 2010. Rasmussen, M., Due, P. (red.). København: Statens Institut for Folkesundhed, 2011.

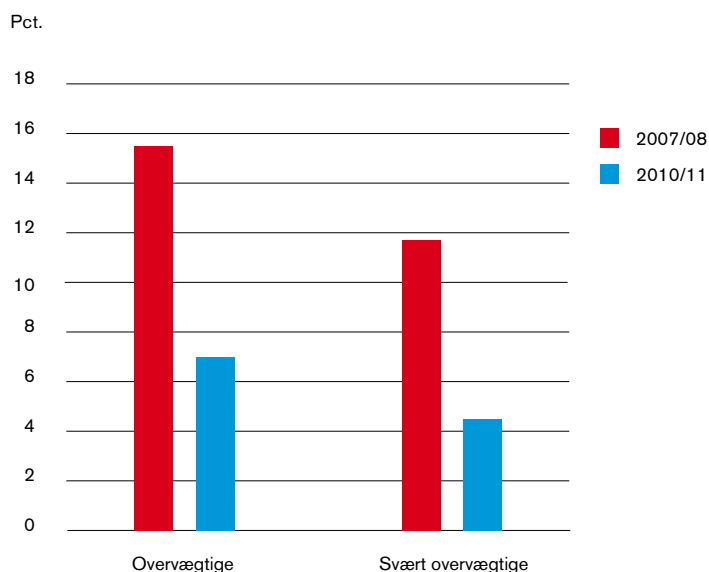
andelen, der spiser slik og drikker sodavand hver dag, er faldende.

Andelen af overvægtige og svært overvægtige børn har igennem en årrække været stigende, men synes i de allerseneste år at være faldende.

Tal fra databasen Børns Sundhed¹⁹ viser, at der i de seneste år er sket et fald i andelen af overvægtige børn ved indskolingsundersøgelserne (5-6-årige børn); jf. figur 8.4. Samme tendens til fald eller stagnation i de allerseneste år i andelen af overvægtige børn ses blandt de større skolebørn. Forekomsten af overvægt blandt skolebørn er nu mellem 8 og 12 pct. Blandt de 16-20-årige viser den nationale sundhedsprofil, at forekomsten af overvægt og svært overvægt er 20 pct. hos drenge og 17 pct. hos piger²⁰.

Der er ikke nogen entydig forklaring på børns ændrede vaner og det øjensynlige begyndende fald i andelen af overvægtige. Det er imidlertid et faktum, at der i kommunerne er igangsat rigtig mange indsatser i bl.a. børnehaver, skoler, i boligområder og i det frivillige foreningsliv, som – i kombination med et voksende nationalt fokus – formodentlig tilsammen skubber tendenserne i den rigtige retning. Det er dog værd at være opmærksom på, at der stadig er en stor social ulighed i sundhed på forebyggelsesområdet, som man også kan genfinde, når det gælder overvægt blandt børn. Der

Figur 8.4. Andelen af overvægtige og svært overvægtige børn (5-6 år) i indskolingsundersøgelserne 2007/08 og 2010/11.



Kilde: Databasen Børns Sundhed.

Note: Tallene stammer fra seks hovedstadskommuner.

er stadig behov for indsatsen i forhold til at forebygge udviklingen af svær overvægt blandt børn og behandle de børn, der allerede er blevet meget overvægtige.

Kommunerne står med en række udfordringer i forhold til indsatsen rettet mod overvægt blandt børn. Først og fremmest viser hidtidige erfaringer, at det er meget vanskeligt at opnå varige resultater. Det er derfor helt essentielt at forebygge udvikling af overvægt gennem strukturelle indsatser – såsom mad- og bevægelsespolitikker i daginstitutioner og skoler – der skaber sunde rammer til gavn for både normalvægtige og overvægtige.

Derudover udfordres etablering af specifikke tilbud af, at der mangler viden om indsatser med sikker effekt – ikke mindst på længere sigt, når barnet ikke længere følges og er tilbage i hverdagslivet. Samtidig er tilbuddene meget ressourcekrævende, idet de erfaringsmæssigt er relativt langvarige og omfatter både kostvejledning, fysisk aktivitet og samtaler med familierne. Der er derfor behov for at gennemføre flere forsøg med indsatser rettet mod børns overvægt og for at evaluere disse i et validt design med henblik på at finde omkostningseffektive metoder.

Finansieringen af forsøg er en væsentlig udfordring, ikke mindst fordi de store satspuljeprojekter på overvægtsområdet – som i form af puljer har 'tilført' kommunerne omkring 130 mio. kr. siden 2005 – er udløbet eller udløber senest i 2012. Halvdelen af kommunerne svarer i en ny Momen-

¹⁹Databasen Børns Sundhed er et tværkommunalt samarbejde mellem en række kommuner i Region Hovedstaden og Statens Institut for Folkesundhed og bygger på journaldata fra sundhedsplejerskerne.

²⁰Sundhedsprofil for unge 2011. Udarbejdet af Ekholm, O., Juel, K. Statens Institut for Folkesundhed. Sundhedsstyrelsen, 2011.

Etablering af samarbejde mellem sektorer om overvægtige børn

Helsingør og Rudersdal Kommuner har indgået samarbejde med Hillerød Hospital om et projekt for svært overvægtige børn.

Formålet er at etablere en tværsektoriel indsats over for overvægtige børn og deres familier, som vil vise sig lige så effektiv som den etablerede indsats i sygehusregi.

En indsats varer normalt 3-4 år. I projektets første år deltager kommunens sundhedsplejerske i 1-2 af familiens ca. 6 besøg på børneafdelingen og afholder en konsultation i kommunen med barnet og familien. Andet år sker halvdelen af kontrollerne i ambulatoriet og halvdelen i sundhedsplejen. Tredje år sker alle kontroller hos sundhedsplejersken, og det fjerde år overgår kontrollerne til almen praksis og, efter behov, også hos sundhedsplejersken. En vigtig del af projektet er at oplære sundhedsplejerskerne i den metode, som anvendes i ambulatoriet.

tumundersøgelse, at udløbet af puljemidlerne vil føre til en svækket eller stærkt svækket indsats over for de overvægtige børn.

I forhold til svært overvægtige børn, som er egentligt behandlingskrævende, er der behov for, at arbejdsdelingen klargøres gennem etablering af et samarbejde mellem sygehus, almen praksis og kommuner. Et sådant samarbejde er blandt andet etableret mellem Helsingør og Rudersdal Kommuner og Hillerød Hospital (se boks). De svært overvægtige børn skal lære at håndtere udfordringerne i forhold til mad og motion i deres dagligdag, så indsatsen bør organiseres tæt på barnets dagligdag. Eksempelvis kan barnet udredes på sygehus, mens selve behandlingsstedet placeres i kommunen i form af shared care, hvor barnet/familien skiftevis møder på sygehus og i kommunen.

Mental sundhed blandt børn

Selvom mange børn og unge har et godt liv, er der også en relativt stor del, der har problemer med psykisk mistrivsel. En rapport baseret på tal fra Skolebørns-

undersøgelserne udarbejdet for Sundhedsstyrelsen viser, at der blandt 11-15-årige er 23 pct. af pigerne og 17 pct. af drengene, der har tre eller flere tegn på dårlig trivsel²¹. Undersøgelsen viser også, at en mindre gruppe af børn lever et liv med meget alvorlig psykisk mistrivsel (8 pct. blandt piger og 4 pct. blandt drenge). Blandt de 16-20-årige er andelen med dårlig mental sundhed 15 pct. blandt piger og knap 8 pct. blandt drenge²².

Det er ikke nemt at udpege enkeltstående faktorer, der former børn og unges hhv. mentale sundhed og psykiske mistrivsel. Der er internationalt positive erfaringer med skolebaserede interventioner til fremme af mental sundhed og

forebyggelse af psykiske problemer blandt unge. Ligeledes er det vist, at sundhedsplejen har gode muligheder for at hjælpe skoleelever med at håndtere deres problemer, endda med særlig effekt over for skolebørn fra ressourcefattige hjem og over for skolebørn, der er udsat for mobning²³.

Mental sundhed blandt børn og unge er et højt prioriteret forebyggelsesområde for kommunerne. Der er dog stor usikkerhed omkring, hvilke konkrete indsatser der kan sættes i værk med effekt. Der er et stort behov for systematisk afprøvning af metoder til at fremme mental sundhed blandt børn og unge og for forskning i effekten af metoderne og viden om, hvordan de bedst implementeres.

²¹Psykisk mistrivsel blandt 11-15-årige. Udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sundhedsstyrelsen, 2011.

²²Sundhedsprofil for unge 2011. Udarbejdet af Ekholm, O., Juel, K., Statens Institut for Folkesundhed. Sundhedsstyrelsen, 2011.

²³Psykisk mistrivsel blandt 11-15-årige. Udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sundhedsstyrelsen, 2011.

8.3 anbefalinger

Sunde børn og unge er en forudsætning for bedre folkesundhed hos kommende generationer. Kommunerne kan ikke mindst gennem daginstitutioner, skoler og ungdomsuddannelse og ved samarbejde mellem alle politikområder skabe sunde rammer og påvirke børnenes opvækstvilkår.

På en række områder er det nødvendigt at skabe et velfungerende samarbejde med almen praksis og det øvrige regionale sundhedssvæsen, og i forhold til svangreomsorgen bør kommunerne spille en større rolle end i dag.

Kommunerne bør overtage ansvaret for svangreomsorgen efter udskrivelse i ukomplicerede forløb: KL foreslår, at kommunerne fremover overtager ansvaret for hovedparten af opgaverne efter udskrivning ved normale, ukomplicerede fødsler, herunder PKU (screening af Føllings sygdom og nedsat stofskifte) og hørescreening. Er mor/barn indlagt i længere tid, eller hvis der tilstøder komplikationer, har regionerne som hidtil ansvaret. Med forslaget ønsker kommunerne at styrke det nære tilbud til de nybagte mødre og skabe en organisering, hvor sygehuspersonalet ikke bruger en stigende del af sin tid på landevejene for at gennemføre opfølgende besøg.

KL har i 2011 udsendt et særskilt oplæg om forslag til ændring af svangreomsorgen.

Sundhedstjenesten skal have en større rolle i forhold til børn i førskolealderen:

KL foreslår, at 3-års-undersøgelsen hos almen praksis flyttes til skolesundhedstjenesten. Der kan eksempelvis gennemføres ekstra besøg i hjemmet af sundhedsplejersken med henblik på tættere påvirkning af familiens og hermed barnets livsstil. Den tætte kontakt bør især koncentrereres om børn med særlige problemer, herunder overvægt.

Forslaget ligger i forlængelse af en anbefaling fra Forebyggelseskommissionen. Danmark er det land i Norden, der har langt de fleste forebyggelsesbesøg i almen praksis.

Kommunernes indsats i forhold til udsatte familier skal opprioriteres, og samarbejdet internt og med almen praksis skal styrkes:

Der er stor social ulighed i sundhed hos børn, og nogle børn får en så dårlig start på livet, at de har meget ringe muligheder for at få et velfungerende selvstændigt voksenliv. I forhold til særligt sårbare og udsatte familier er der behov for at udvikle og opprioritere indsatsen og styrke samarbejdet internt i kommunen og med eksterne parter, ikke mindst almen praksis. Det handler om tidlig opsporing og opfølgning af børn af sårbare gravide og om bedre tilbud til de udsatte familier, herunder forældreuddannelsesprogrammer og flere hjemmebesøg af sundhedsplejerske. Det handler også om en styrket indsats i samarbejde med daginstitutioner og skoler og om samarbejde med almen praksis, når der opdages børn med problemer. Endelig handler det om et bredt koordineret samarbejde internt i kommunen, fordi børn og voksne

i udsatte familier ofte er i kontakt med medarbejdere fra flere kommunale forvaltningsområder.

Kommunerne skal fortsat prioritere forebyggelsesindsatsen rettet mod børn og unge:

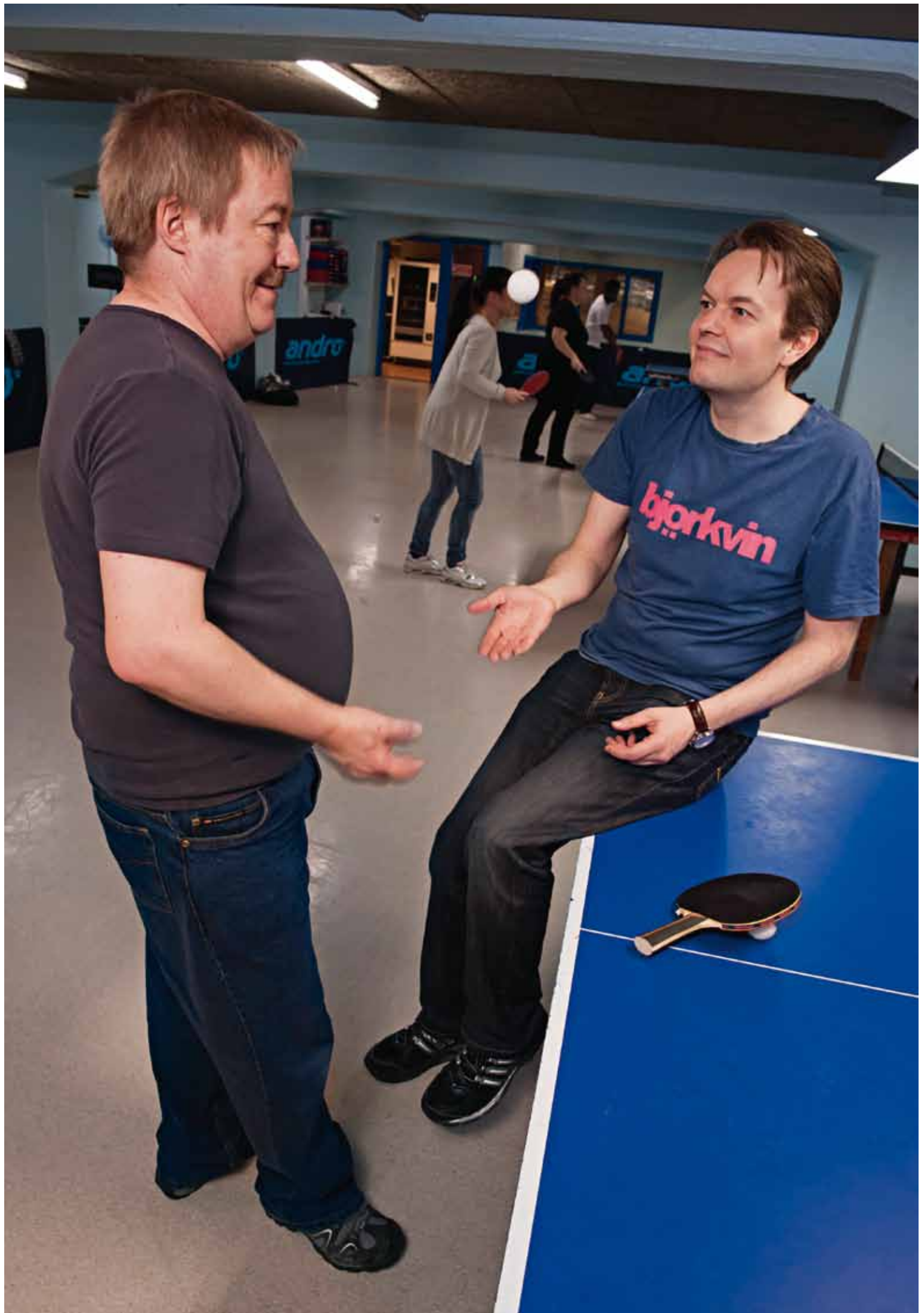
Andelen af unge rygere falder ikke som forventet, og det er nødvendigt at fastholde den kommunale rygeforebyggelsesindsats og sikre røgfrie miljøer, hvor børn og unge færdes. Mange unge drikker stadig alt for meget alkohol, og kommunerne skal sikre implementering af alkoholpolitikker, gennemføre skolebaserede indsatser og begrænse tilgængelighed af alkohol for unge. Det anbefales, at kommunerne etablerer tættere samarbejde om forebyggelsesindsatser med ungdomsuddannelserne. Kommunerne skal arbejde målrettet på at sikre fysisk aktivitet og sund mad i daginstitutioner og skoler og på at skabe gode rammer for fysisk aktivitet i børn og unges fritid.

Kommunerne og regionerne bør gennemføre forsøg med tilbud til overvægtige børn og forsøg med shared care-modeller til behandling af svær overvægt blandt børn:

Set i lyset af omfanget af overvægtsproblemet anbefales det, at kommunerne iværksætter tilbud til overvægtige børn og deres familier med det formål at forebygge svær overvægt. Der mangler stadig viden om omkostningseffektive metoder, og det er derfor nødvendigt, at der sikres valid evaluering af forsøgene. Kommunerne skal endvidere indgå samarbejde med almen praksis og sygehus om udvikling af nye modeller til behandling af svær overvægt blandt børn.

Regeringen skal sikre forskning i og forsøg med metoder til at fremme mental sundhed blandt børn og unge:

Internationalt er der positive erfaringer med skolebaserede interventioner til at fremme mental sundhed og forebygge psykiske problemer blandt børn og unge. Det er vigtigt at understøtte afprøvning af sådanne metoder i Danmark.



9. Borgere med psykiske lidelser

9.1 Indledning

Antallet af borgere, som får en psykiatrisk diagnose, er i vækst i disse år.

- 200.000 danskere har en depressionssygdom.
- 250.000 danskere har angstlidelse.
- 75.000 danskere har en spiseforstyrrelse.
- 80.000 danskere har demens.
- 40.000 danskere har en psykotisk lidelse²⁴.

De mange borgere med psykiske lidelser giver kommunerne en række udfordringer. Dels giver væksten et pres på den kommunale socialpsykiatri. Dels er borgere med psykiske lidelser overrepræsenterede i arbejdsløsheds- og misbrugsstatistikker, og psykisk syge mennesker dør i gennemsnit 20 år før andre.

Selv mord udgør en væsentlig dødsårsag blandt psykisk syge, men somatiske sygdomme er også en væsentlig baggrund for en lavere middellevetid og kan forklare cirka halvdelen af den generelle ulighed i sundhed²⁵. Psykisk syge har i højere grad en levevis præget af uhensigtsmæssige kostvaner, rygning, fysisk inaktivitet, overvægt og misbrug.

Psykisk sygdom er ikke kun noget, der rammer voksne. Gruppen af børn og unge med psykiske problemstillinger er vokset markant de seneste år. I 2006 var der 8.485 personer, som modtog behandling i børne- og ungdomspsykiatrien, og i 2010 var tallet vokset til 21.821. Denne udvikling svarer til en vækst på 150 pct.²⁶.

Ud over egentlig psykisk sygdom har en relativt stor del af befolkningen mentale problemer af forskellig art. I Den Nationale Sundhedsprofil for 2010 fremgår det, at 10 pct. af befolkningen har dårligt mentalt helbred. I samme undersøgelse fremgår det, at 12,6 pct. af befolkningen ofte eller meget ofte føler sig nervøs eller stresset. Stress er ikke en sygdom, men en risikofaktor for fremtidig sygdom. Det betyder, at en del af de borgere, der ofte føler sig stresset, over tid er i risiko for at udvikle psykiske lidelser.

KL og kommunerne ønsker en ny vision for psykiatriområdet, hvor en stærk behandlingspsykiatri og en stærk kommunal socialpsykiatri understøtter hinanden. I de senere år har man erfaret, at det er muligt at komme sig eller lære at leve med selv svær psykisk sygdom – en proces, der betegnes som 'recovery'. Denne nye viden skal danne udgangspunkt for det fremtidige arbejde i den kommunale socialpsykiatri. Hvor indsatserne tidligere primært handlede om at give borgeren omsorg, fokuserer kommunerne i dag i stigende grad på forebyggelse og rehabilitering, således at også borgere med psykiske lidelser får mulighed for at have egen bolig, komme i job og uddannelse og opretholde socialt netværk.

²⁴Dansk Psykiatrisk Selskabs Hvidbog 2012-2020.

²⁵Psykisk syge dør 15-20 år for tidligt, artikel i Dagens Medicin, 22. januar 2010.

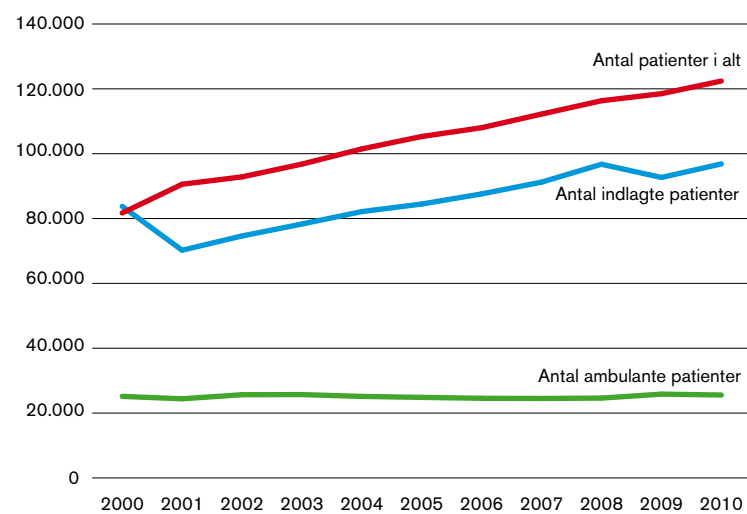
²⁶Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed 2007-2010. Sundhedsstyrelsen, 2011.

9.2 Status og udviklings-tendenser

I løbet af en 8-årig periode er antallet af patienter i den regionale behandlingspsykiatri steget med 40 pct., jf. figur 9.1²⁷.

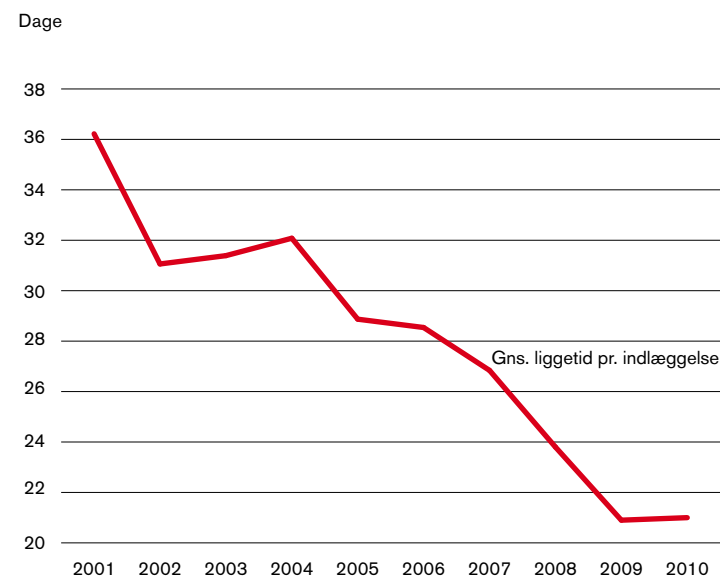
I takt med at flere og flere får en behandlingskrævende psykiatrisk diagnose, er behandlingspsykiatrien blevet underlagt store forandringer. Andelen af patienter, som bliver indlagt, er faldet med ca. 30 pct., antal sengedage er faldet med 20 pct. (se figur 9.2), mens antallet af ambulante besøg er steget med 43 pct.

Figur 9.1. Antal patienter i behandling (indlagte og ambulante) med psykiatriske diagnoser, 2000-2010.



Kilde: DSI samt egne beregninger.

Figur 9.2. Udvikling i den gennemsnitlige indlæggelsestid for psykiatriske patienter, 2000-2010.



Kilde: DSI samt egne beregninger.

²⁷ Opgaveudvikling på psykiatriområdet. DSI, 2011; samt KL's egne beregninger.

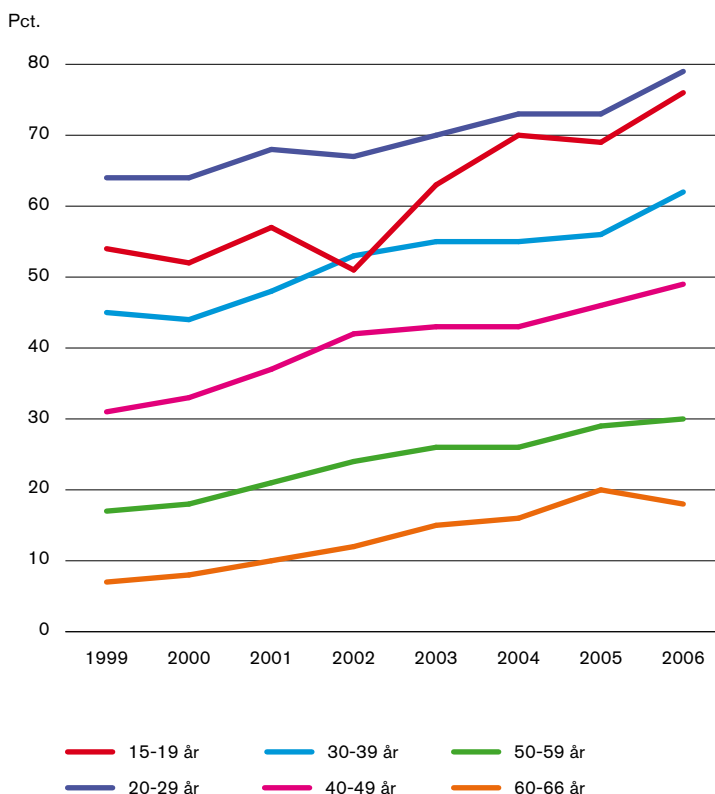
Omlægningen til mere ambulant behandling kan fagligt set være fornuftig. Den medicinske behandling bliver mere og mere effektiv, og lange indlæggelser kan påvirke funktionsevnen negativt. Men kortere indlæggelsestider stiller nye krav til de kommunale tilbud til borgere med psykiske lidelser og stærkere krav om koordinering af tilbuddene i den kommunale og regionale psykiatri.

Det stigende antal psykisk syge slår også igennem på arbejdsmarkedet. Af det samlede antal tilkendelser af førtidspension er andelen givet på grund af psykisk sygdom steget fra 29 pct. i år 2000 til 51 pct. i 2009. 83 pct. af de unge mellem 20 og 30 år, der fik tilkendt førtidspension i 2009, fik pensionen på grund af en psykisk lidelse²⁸.

Figur 9.3 viser i øvrigt for alle aldersgrupper en stigning i andelen af tilkendte førtidspensioner på grund af psykisk sygdom.

Psykiske lidelser hænger ofte sammen med alkohol- og stofmisbrug. Op imod 75 pct. af alle misbrugere har således en psykisk lidelse²⁹, og man oplever i det kommunale behandlingssystem, at det kan være vanskeligt at få henvist disse borgere til den nødvendige psykiatriske udredning. En undersøgelse fra Psykiatrisk Center Sct. Hans har vist, at borgere med psykiske lidelser og et misbrug i gennemsnit er indlagt i 12 dage, mens borgere

Figur 9.3. Udviklingen i andelen af tilkendte førtidspensioner på grund af psykisk sygdom fordelt på aldersgrupper, 1999-2006.



Kilde: Ankestyrelsens tilkendelsesstatistik.

med psykiske lidelser uden et misbrug i gennemsnit er indlagt i 28 dage. Til gengæld bliver de misbrugende patienter genindlagt dobbelt så ofte³⁰.

Udviklingstendenser i kommunerne

KL gennemførte i sommeren 2011 en kortlægning af udviklingstendenser i den kommunale socialpsykiatri, som viser en markant udvikling i de kommunale indsatser³¹.

En generel tendens er, at kommunerne i stigende grad omlægger deres indsatser, så der kommer mere fokus på rehabilitering og recovery. Det giver udslag i omlægning til tidsafgrænsede og mindre indgribende foranstaltninger, ligesom det er tendensen, at flere borgere bor i egen bolig eller i bofællesskab i modsætning til tidligere, hvor mange boede på store sociale institutioner.

²⁸ Brug for nytænkning om førtidspension og fleksjob – 8 bud fra KL. KL, august 2010.

²⁹ Sammenhæng mellem personlighedsforstyrrelser og misbrug. Grant et al. i Arch Gen Psychiatry 2004;61:361-8.

³⁰ Svageste sindssyge smides først ud, Politiken, 9. marts 2011; refererer til en ikke offentliggjort undersøgelse fra Psykiatrisk Center Sct. Hans.

³¹ Kortlægning af udviklingstendenser i socialpsykiatrien. KL, august 2011.

Kommunerne etablerer akut- og overgangstilbud for at sikre en hensigtsmæssig udskrivning og hindre unødvendige genindlæggelser

- 54 pct. af kommunerne har akuttilbud. Hertil kommer, at 26 pct. har konkrete planer for etablering af sådanne. Det er ikke undersøgt, hvad tilbuddene indeholder.
- 28 pct. har udredningspladser. Hertil kommer, at 20 pct. har konkrete planer for etablering af sådanne.
- 30 pct. har midlertidige botilbud til overgangen fra behandlingspsykiatri til socialpsykiatri. Hertil kommer, at 20 pct. har konkrete planer for etablering af sådanne.

Samtidig er der grundet de kortere indlæggelser i den regionale psykiatri udviklet nye typer af tilbud. Flere kommuner har etableret akut- og overgangstilbud, jf. boksen herover, ligesom der er etableret forsøg med shared care-tilbud, eksempelvis i Silkeborg, jf. boksen herunder.

Sundhed og sundhedsvaner
Kun få borgere med psykiske lidelser opsøger og har effekt af de konventionelle sundheds- og forebyggelsestilbud i kommunerne, og der mangler fortsat målrettede tilbud, der tager højde for de særlige problemstillinger, der kendetegner borgere med psykiske lidelser.

Enkelte steder er der med succes gennemført forsøg med at målrette tobaksforebyggelse mod socialt udsatte, herunder borgere med psykiske lidelser, jf. boksen øverst side 63. Denne type indsatser skal opprioriteres fremadrettet.

Psykiatriens Hus i Silkeborg Kommune

Silkeborg Kommune og Region Midtjylland er gået sammen om at etablere Psykiatriens Hus ud fra en vision om at fremme den sociale og behandlingsmæssige indsats for borgere med sindslidelser. Psykiatriens Hus skal bidrage til at udvikle nye samarbejdsformer med henblik på at skabe helhed i indsatsen.

Konkret indeholder huset et kommunalt dagtilbud (køkken/cafe, reception, ungeprojekt, pedelfunktion og sundhedsfremmetema), bostøtte og satellitter fra Jobcentret samt Sundhed og Omsorg. De regionale tilbud er Lokalpsykiatrisk Center (psykoseteam, affektivteam med daghospital, hjemmebehandlingsteam og shared care), Klinik for OCD og tvang, Team for personlighedsforstyrrelser og 'Psyk info'.

Derudover indeholder Psykiatriens Hus et Akut Døgntilbud, hvor regionen og kommunen har seks pladser hver samt en fælles døgntelefon. Udnyttelsesgraden af både de regionale og kommunale pladser i Akut Døgntilbud er 92 pct. (det fastsatte mål var 75 pct.). Samtidig er antallet af indlæggelser faldet med 21,2 pct. fra 2007-2010, og genindlæggelsesfrekvensen er i samme periode faldet med 17,4 pct.

Snak om tobak i hverdagen

Langt de fleste socialt udsatte mennesker ryger. En undersøgelse fra 2007 viser, at 87 pct. af de socialt udsatte ryger hver dag³². Rygning er den helt store synder, når det gælder social ulighed i sundhed og dødelighed. Ud over at undgå de skadelige virkninger ved rygning samt opnå bedre vejtrækning og dermed funktionsevne har røgfrihed også den fordel for borgere med psykiske lidelser, at de ofte kan sætte deres medicinforbrug ned, når de bliver røgfri.

Projekt "Røgfrihed for alle" – som 12 modelkommuner har deltaget i – viser, at socialt udsatte borgere både vil og kan lægge cigaretterne på hylden, men at de har brug for en ekstra støtte. Tobaksforebyggelsen skal ud på være- og aktivitetssteder, bosteder og misbrugscentre, hvor borgerne bor og opholder sig i hverdagen. Projekt "Røgfrihed for alle" viser, at det ikke behøver være kompliceret at gøre rygestopkurser og 'en snak om tobak' til en del af hverdagen. Men det kræver et ledelsesmæssigt fokus, og at medarbejderne er med på ideen.

Fysisk træning er et andet område, som der er stigende fokus på i den kommunale socialpsykiatri. Der er evidens for en positiv effekt af fysisk træning som tillæg til medicinsk behandling af milde og moderat svære depressioner³³. Det er oplagt, at kommunerne fremover kan fokusere mere på

dette område og benytte de faciliteter, som er etableret til øvrige genoptrænings- og rehabiliteringsaktiviteter i kommunerne. Der vil også være elementer i hverdagsrehabiliteringen på ældreområdet, der med justeringer kan anvendes i forhold til borgere med psykiske lidelser.

³²I 2007 gennemførte Statens Institut for Folkesundhed en spørgeskemaundersøgelse for Rådet for Socialt Udsatte blandt socialt udsatte i Danmark.

³³Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. Sundhedsstyrelsen, 2003.

Helhedsorienteret fysioterapi hjælper borgere med psykiske lidelser i Næstved Kommune

Anny er 51 år og har hele sit liv lidt af depression og angst. Hun er tildelt førtidspension grundet sine psykiske problemer. Men efter at have fået et tilbud om helhedsorienteret fysioterapi (B-BAT), der arbejder med både psykiske og fysiske problemstillinger, er hendes depressive symptomer reduceret. Det betyder, at Anny har fået mere overskud i hverdagen og selv kan løse flere daglige gøremål.

Næstved Kommune har som den første kommune i landet indført B-BAT (Basic Body Awareness Therapy) som et visiteret behandlings-/træningstilbud på lige fod med traditionel genoptræning og vedligeholdende træning. Målgruppen er pensionister og førtidspensionister med psykiske/psykosomatiske problemer eller fibromyalgi. B-BAT bruges primært som behandlingstilbud på de psykiatriske hospitaler, men pga. besparelser inden for det psykiatriske område har det på kommunalt plan været nødvendigt at tænke innovativt.

Erfaringerne fra Næstved Kommune har vist, at B-BAT medfører en forøgelse af borgernes livskvalitet, at behovet for visiteret hjemmehjælp reduceres, og brug af psykofarmaka kan reduceres.

Psykiatri og beskæftigelsesindsatsen

De mange førtidspensioner, der tilkendes på grund af en psykisk lidelse, skyldes i vidt omfang nervøse og stressrelaterede psykiske lidelser som depression, angst, posttraumatisk belastningsreaktion m.m. Borgere med sådanne lidelser er ikke en del af den traditionelle målgruppe for den kommunale socialpsykiatri, men har typisk kontakt med kommunerne i jobcentrene.

Mange jobcentre oplever, at psykisk syge hverken får den tilstrækkelige udredning eller behandling for deres psykiske lidelse hos praktiserende læge eller i behandlingspsykiatrien. Kommunerne har derfor svært ved at give borgerne effektfulde tilbud om beskæftigelse mv. Konsekvensen er, at for mange ender på langvarig kontanthjælp, sygedagpenge eller førtidspension.

Det er paradoksalt, fordi depression og angst er de sygdomme, som vi i hvert fald i kliniske forsøg har de bedste resultater med at helbrede medicinsk og psykoterapeutisk. Samtidig er der evidens for, at en hurtig og evidensbaseret behandlingsindsats mindsker risikoen for et langt sygefravær og for, at mennesker glider ud af arbejdsmarkedet.

Årsagerne til dette paradoks er komplekse, men både dansk og international forskning tyder på, at

de centrerer sig om to udfordringer: 1) Patienter med de nævnte sygdomme opsøger ofte ikke behandling. 2) Når de gør det, er samfundets tilbud meget begrænsede til trods for, at cost-benefitberegninger af en større indsats har vist sig at være særdeles gunstige³⁴.

90 pct. af de psykiatriske patienter, især patienter med angst og depression, behandles i almen praksis, men behandlingsmulighederne er ikke tilstrækkelige, og der eksisterer ikke nogen organiseret, sammenhængende behandlingsindsats mellem almen praksis og psykiatrien³⁵. Hos de praktiserende psykiatere ses samtidig kapacitetsproblemer og deraf følgende ventetid.

Der er således behov for at tydeliggøre, hvem der har ansvaret for behandling af borgere med lettere psykiske lidelser, og det skal sikres, at der er den nødvendige kapacitet og kompetence hos bl.a. de praktiserende læger og de praktiserende psykiatere. Målet er, at borgere med lettere psykiske lidelser så tidligt som muligt får den rette behandling, så langvarige forløb undgås.

På forsøgsbasis arbejdes der regionalt med 'collaborative care', som har vist overbevisende behandlingseffekt i bl.a. USA. Collaborative care er en model for samarbejde mellem behandlingspsykiatri og praktiserende læger,

som tilfører øget diagnosticerings- og behandlingskompetence til almen praksis.

Derudover arbejder det store TTA-forsøg ("Tilbage til arbejdet", støttet af Forebyggelsesfonden) med en model for tidlig tværfaglig afklaring, hvor der i jobcentret etableres en koordinatorfunktion og et tværfagligt team bestående af fx en psykiater og en arbejdsmediciner. Projektet bidrager til en positiv sammentænkning af den sundhedsfaglige ekspertise og beskæftigelsesindsatsen.

Psykisk sygdom og misbrug

Indsatsen for borgere med alkohol- eller stofmisbrug og en samtidig psykisk lidelse rummer betydelige udfordringer. En væsentlig forudsætning for at yde en tilstrækkelig behandling for netop denne gruppe af dobbeltbelastede er, at de får den nødvendige udredning af deres psykiske lidelse i regionerne – hvilket langt fra er tilfældet i dag. Nogle få af de store kommuner har valgt selv at finansiere de nødvendige psykiatriske kompetencer til udredning – som i boksen side 65 – hvilket har medført en meget bedre effekt af misbrugsbehandlingen.

³⁴ Dansk Psykiatrisk Selskabs Hvidbog 2012-2020.

³⁵ Jf. bl.a. kortlægning fra DSI, som endnu ikke er udgivet, men er præsenteret på DSI's hjemmeside

Bedre udredning af misbrugere i Aarhus Kommune

Morten Hansen har været misbruger det meste af sit liv. For fire år siden valgte Aarhus Kommune at betale for en psykiatrisk udredning, der afdækkede en svær ADHD-diagnose. Samtidig blev det klart, at Morten brugte stofferne som selvmedicinering. Udredningen har været afgørende for, at han i dag er stoffri.

For at sikre en bedre kvalitet i misbrugsbehandlingen iværksatte Aarhus Kommune i 2006 projekt "Bedre Udredning" i samarbejde med Team for Misbrugspsykiatri, Aarhus Universitetshospital i Risskov, hvor sidstnævnte mod kommunens betaling ydede psykiatrisk udredning og opfølgning, herunder medicinsk behandling. Projektet rettede sig mod misbrugere, hvor der var mistanke om en samtidig psykisk lidelse. Projektet betød, at en hårdt belastet gruppe af brugere modtog behandling for en psykisk lidelse, de ikke tidligere var behandlet for. I projektet oplevede størstedelen af brugerne en stor forandring af deres psykiske velvære, og de blev i stand til at følge den ordinerede behandling. I projektet kom 43 pct. af deltagerne ud af deres misbrug, 36 pct. reducerede deres misbrug, mens 17 pct. havde et uændret eller større misbrug.

Aarhus Kommune har ved projektets udløb valgt at fortsætte udredningstilbudet grundet de gode resultater, selvom det egentlig er regionens opgave at sørge for og finansiere psykiatrisk udredning og stille diagnoser.

Sammenhæng mellem misbrug og psykisk sygdomme og problemer taler også for, at kommunerne i stigende omfang samarbejder med praktiserende psykologer i forhold til udredning og behandling.

for indsatser på feltet. Nu er der behov for, at erfaringerne fra de gennemførte projekter formidles til resten af kommunerne, så de kan inspirere til implementering af indsatser og ny praksis for børn og unge med psykiske vanskeligheder.

Børn og unge med psykiske lidelser

KL har fra 2010 til 2011 gennemført projektet "Børn og unge med psykiske vanskeligheder" finansieret af satspuljemidler fra Socialministeriet. Projektets formål var at undersøge de kommunale muligheder for at forbedre indsatsen over for børn og unge med psykiske vanskeligheder.

Erfaringerne fra projektforsløbet er, at der gennem de sidste år allerede har været iværksat mange typer af projekter, som viser forskellige kommunale muligheder

9.3 anbefalinger

Den skitserede udvikling betyder, at det er hensigtsmæssigt med en større kommunal rolle og indsats i forhold til borgere med psykiske lidelser, der i stigende omfang har behov for støtte og behandling i deres hjemkommune. Det kræver imidlertid, at der skabes bedre sammenhæng mellem den kommunale og regionale indsats samt mere veldefinerede tilbud:

Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen skal i fællesskab initiere, at der udarbejdes forløbsprogrammer for indsatsen målrettet borgere med psykiske lidelser: Der er behov for at udarbejde forløbsprogrammer og guidelines på baggrund af dokumenteret viden om effektive forløb og indsatser til borgere med psykiske lidelser. Der skal afsættes midler til at udmønte programmerne gennem undervisning på tværs af sektorerne (såkaldt fælles skolebænk) og anden kompetenceudvikling. Forløbsprogrammerne skal bidrage til at skabe klarhed over ansvarsfordelingen mellem behandlings- og socialpsykiatrien og kan bidrage til at udvikle nye former for shared care.

Regeringen skal sikre kommunale tilbud, som kan hindre unødvendige (gen)indlæggelser: Satspuljen finansierer aktuelt akuttilbud i syv kommuner, men der er et klart behov for at systematisere og udbrede erfaringerne herfra og sikre en hensigtsmæssig snitflade til behandlingspsykiatrien, herunder sikre adgang til lægefaglig ekspertise. Akuttilbud kan forebygge omsorgsindlæggelser og tilbagefald, og regeringen bør afsætte midler til

sådanne tilbud i kommunalt regi, hvor der kan være stor synergi i at integrere døgndækkede botilbud og akuttilbud.

Kommunerne skal opprioritere sundhedsfremme på psykiatriområdet, herunder træning: Der er behov for at udvikle målrettede kommunale forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud til borgere med psykiske lidelser, der tager højde for de særlige problemstillinger, der kendetegner gruppen. Nye former for hverdagsrehabilitering, der kan indgå i kommunernes almindelige tilbud til borgere med psykiske lidelser, bør vurderes.

Regionerne skal leve op til deres behandlings- og udredningsansvar over for borgere med lettere psykiske lidelser for at hindre udstødning fra arbejdsmarkedet: Behandling af patienter med lettere psykiske lidelser som angst og lettere depressioner er ikke en kommunal opgave, og der er behov for, at der regionalt sikres en sammenhængende behandlingsindsats mellem almen praksis og behandlingspsykiatrien, så mennesker med disse lidelser kan få den rette udredning og behandling i tide, og førtidspensioner dermed kan forebygges. Der kan endvidere bygges videre på erfaringerne fra TTA-forsøget med at udvikle en model for tidlig tværfaglig afklaring, således at den sundhedsfaglige ekspertise udnyttes bedst muligt og sammentænkes med beskæftigelsesindsatsen.

Der er ligeledes behov for, at regionerne løfter deres ansvar for at udrede mennesker med misbrug, når der er mistanke om psykisk lidelse. Alternativt skal kommunerne sikres midler til selv

at aflønne de nødvendige psykiatriske kompetencer.

Kommunerne og regionerne skal i fællesskab styrke deres indsats for børn og unge med psykiske vanskeligheder: Der er behov for at styrke indsatsen for børn og unge med psykiske vanskeligheder. Det skal dels ske ved, at kommunerne smidigt kan trække på psykiatrisk konsulentstøtte fra regionerne, og dels ved at udbrede de gode kommunale erfaringer, der allerede er om psykologhjælp til børn og unge. Det skal sikres, at der er en hensigtsmæssig udnyttelse af de kompetencer, der er i PPR, blandt andet set i lyset af, at der sker en øget inklusion i folkeskolen, og de enkelte skoler opruster deres kompetencer inden for specialundervisning og inklusion.



10. Sundhedsfremme og forebyggelse

10.1 Indledning

Mange af de sygdomme, der fører til behov for ydelser i såvel det nære som det øvrige sundhedsvæsen, er livsstilsbetingede og kan forebygges. For at undgå, at stadig flere bliver syge og har brug for sundhedsydelser, er sundhedsfremme og forebyggelse derfor en meget betydningsfuld kommunal opgave.

WHO skønner, at mere end 70 pct. af sygdomsbyrden i verden er relateret til kroniske livsstilssygdomme. Hjerte-kar-sygdomme og kræft samt åndedrætssygdomme har væsentligst betydning for dødsfald, og psykiske lidelser og muskel-skelet-lidelser er årsag til en væsentlig andel af kontakter til praktiserende læge og helbreds-betingede førtidspensioner. Set i et forebyggelsesperspektiv er udfordringen således forskellig afhængig af, om man vil 'lægge år eller sundhed til livet'³⁶.

Vi ved, at rygning, for stort alkoholforbrug, for lidt fysisk aktivitet og usund kost er væsentlige risikofaktorer for udvikling af kronisk

sygdom og for tidlig død. Ifølge Forebyggelseskommissionen kan konsekvenserne af vores usunde vaner opsummeres som herunder:

- Rygning er årligt årsag til 14.000 dødsfald, 17 pct. af alle indlæggelser, 2,8 mio. sygedage og 5.000 førtidspensioner.
- 160.000 danskere er afhængige af alkohol. Alkohol er årligt årsag til 3.000 dødsfald, 28.000 indlæggelser, 325.000 sygedage og 500 nye førtidspensioner.
- Fysisk inaktivitet er årligt årsag til ca. 4.000 dødsfald, 100.000 indlæggelser, 3,1 mio. sygedage og 5.000 nye førtidspensioner.
- Usund kost er årligt årsag til ca. 1.000 dødsfald, 55.000 indlæggelser, 1,8 mio. sygedage og 11.000 nye førtidspensioner. Antallet af overvægtige børn er tredoblet over de sidste 50 år.

Den Nationale Sundhedsprofil fra 2010 viser³⁷, at selvom andelen af rygere i Danmark er faldende, er der stadig 21 pct., der ryger

dagligt. Cirka 10 pct. af danskerne drikker over Sundhedsstyrelsens højriskogrænse, som er 21 genstande for mænd og 14 for kvinder om ugen, og næsten en fjerdedel overskrider lavrisikogrænsen, som er 14 genstande for mænd og syv for kvinder. Overvægt udgør et stadigt stigende folkesundhedsproblem, og godt 47 pct. af den voksne befolkning er overvægtige, heraf er 13 pct. svært overvægtige. 10 pct. af den voksne befolkning har dårligt mentalt helbred, mens cirka 13 pct. ofte er stressede.

³⁶Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007. Kjeller, M., Juel, K., Kamper-Jørgensen, F. (red.). Statens Institut for Folkesundhed, 2007.

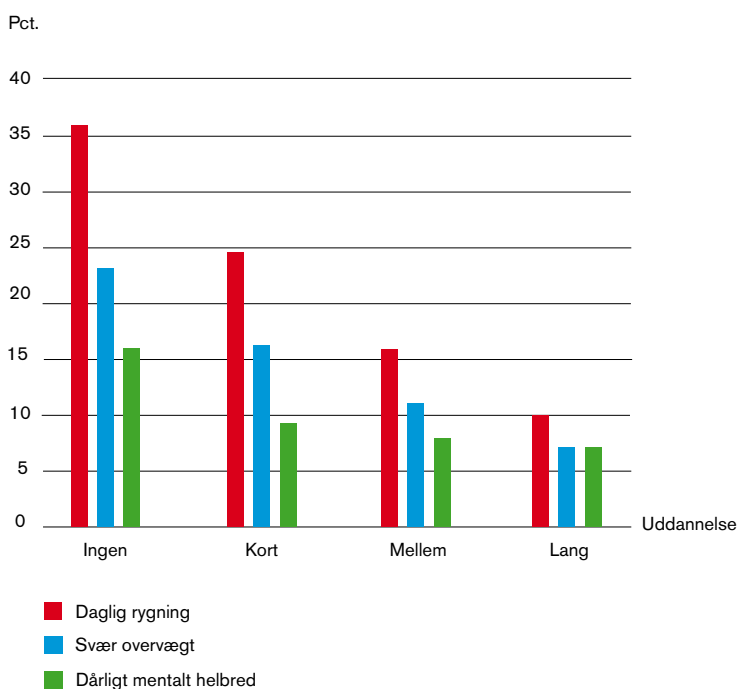
³⁷Den Nationale Sundhedsprofil 2010 - Hvordan har du det? Sundhedsstyrelsen/Statens Institut for Folkesundhed, 2011.

Den Nationale Sundhedsprofil viser også, at springet mellem dem, der lever sundt og længe, og dem, der ikke gør, bliver stadig større.

Andelen af rygere, overvægtige og personer med dårlig mental sundhed er størst blandt dem med kort uddannelse (jf. figur 10.1) og intet arbejde. For alkohol gælder det, at det blandt de unge især er dem uden uddannelse, der drikker for meget, mens det blandt de ældste især er dem med lang uddannelse. Der er således betydelige forskelle i sundhed i befolkningen afhængig af sociale forhold som uddannelse og arbejdsmarkedstilknøytning, og grupper, der er særligt dårligt stillede socialt, har ofte en ophobning af usunde vaner og dårligt helbred³⁸.

Kommunerne kan og skal yde en betydelig indsats for at skabe rammer for borgernes hverdag, der sikrer sundere livsstil hos nye generationer. Ligeledes skal kommunerne gennem indsatser tæt på borgeren hjælpe borgere med særlige behov til en sundere livsstil. Med kommunernes ansvar for sundhedsfremme- og forebyggelsesopgaverne er der derfor et stort potentiale for bedre sundhed i befolkningen.

Figur 10.1. Andel (pct.), der hhv. ryger dagligt, er svært overvægtig eller har dårligt mentalt helbred i 4 uddannelsesgrupper (ingen erhvervsuddannelse, kort uddannelse, mellemlang videregående uddannelse og lang videregående uddannelse).



Kilde: Den Nationale Sundhedsprofil 2010. Sundhedsstyrelsen.

Kommunerne efterspørger dog betydelig mere retning og mål i forhold til den borgerrettede forebyggelse fra centralt hold. Når der er tydelighed omkring, hvad der skal gøres og hvordan, er kommunerne parat til at yde deres.

³⁸Den Nationale Sundhedsprofil 2010 samt Rådet for Socialt Udsattes Sundhedsundersøgelse. Rådet for Socialt Udsatte og Statens Institut for Folkesundhed, 2007, 2009 og 2010.

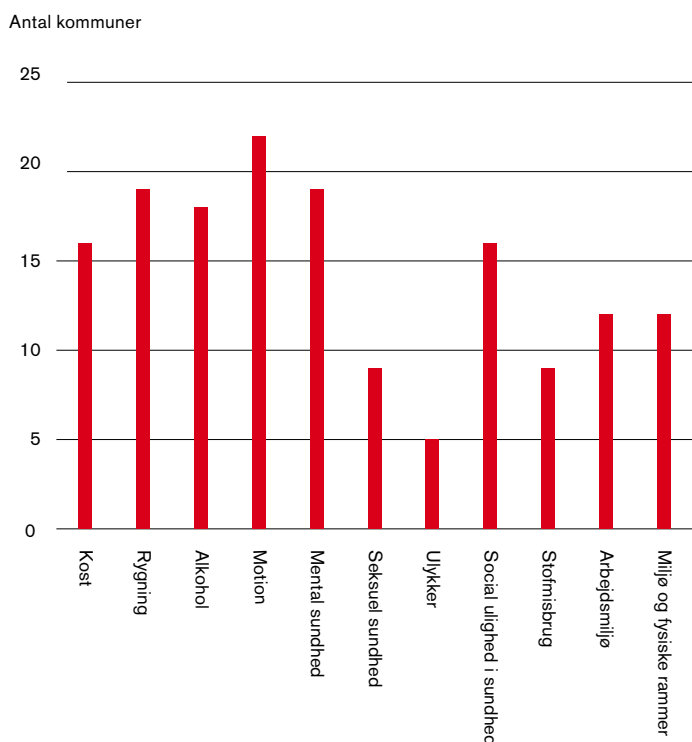
10.2 Status og udviklingstendenser

Siden kommunalreformen har kommunerne været i fuld gang med at opbygge en indsats på forebyggelsesområdet, og kommunerne har, bl.a. i kraft af den finansiering, der fulgte med området i forbindelse med reformen, fået etableret forebyggelse som en integreret del af de samlede kommunale opgaver.

Alle kommuner udarbejder i dag sundhedspolitikker, som udstikker de overordnede retningslinjer for indsatsen. En kortlægning fra midt i 2007 viste, at 73 af kommunerne på daværende tidspunkt havde eller var godt på vej til at få en sundhedspolitik. Disse første sundhedspolitikker havde i overvejende grad fokus på det brede sundhedsbegreb, på KRAM-faktorerne og på børn og unge.

En KL-undersøgelse af 25 nye sundhedspolitikker udarbejdet siden 2009 viser, at kost, rygning, alkohol og motion (KRAM-faktorerne) fortsat er de primære indsatsområder i langt de fleste kommuners sundhedspolitik, jf. figur 10.2. De fleste kommuner har også fokus på mental sundhed, forstået som psykisk trivsel og velvære. Mange kommuner peger på den sociale ulighed i sundhed som et problem og et selvstændigt indsatsområde. Endelig har også arbejdsmiljø og fysiske rammer (herunder både by- og boligmiljø) en central plads i sundhedspolitikkerne, idet op mod halvdelen af de 25 kommuner fremhæver disse som centrale.

Figur 10.2. Temaer i 25 kommuners nyere sundhedspolitikker, 2011.



Kilde: Kommunale sundhedspolitikker - en oversigt over indsatsområder, målgrupper og mål i 25 kommuner. KL, 2011.

På den baggrund tegner der sig et billede af en relevant og nuanceret forebyggelsesindsats, som adresserer de nationale sundhedsmæssige udfordringer tydeligt og har fokus på hele borgerens liv og på nærmiljøets betydning.

Måltretning af indsatsen

Der skabes i stigende omfang viden om virksomme indsatser. Det gælder både strukturelle indsatser og tilbud, eksempelvis både rygepolitikker og rygestoptilbud og både mad- og måltidspolitikker og tilbud om sund mad i institutioner, skoler og kommunale kantiner. Alligevel er der stadig en del usikkerhed i kommunerne i forhold

til, hvilke mål der stiles mod med indsatsen, og hvorvidt det, der gøres, er det rigtige; dvs. om der skabes nok sundhed for pengene. Fra centralt hold efterspørges der mål for indsatsen samt yderligere viden om effekten af indsatserne. Samtidig erkendes det, at den kommunale indsats ikke kan stå alene, fordi – i forlængelse af ovenstående – eksempelvis rygning påvirkes af prisen på tobak, mens det, vi spiser, påvirkes af, hvilke madvarer vi kan købe i butikkerne osv. Der efterspørges større samspil mellem det kommunale og det nationale ansvar for forebyggelsen.

Samtidig er der usikkerhed vedrørende indsatser i forhold til specifikke forebyggelsesområder. Det gælder ikke mindst indsatser relateret til mental sundhed, som

³⁹De kommunale sundhedspolitikker i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed, 2007.

Tobaksforebyggelse i socialpsykiatrien og på misbrugscenter i Fredericia

Fredericia Kommune arbejder på tværs af forvaltningsområder med tobaksforebyggelse rettet mod borgere i socialpsykiatrien og på kommunens misbrugscenter.

Indsatsen har både bestået i at skabe røgfrie rammer og gennemføre rygestopforløb. For at sikre, at rygestopinstruktørerne på forløbene er 'kendte ansigter' for borgerne, er flere af medarbejderne på området blevet uddannet til instruktører. Kommunen har erfaringer med, at det i socialpsykiatrien har fungeret bedst med gruppeforløb, mens det i misbrugscenteret har fungeret bedst med et individuelt rygestopforløb. Alle, der deltager i forløb, får tilbudt gratis nikotinsubstitution i en periode.

Medarbejdernes egen rygning og holdning til rygning har været en væsentlig udfordring for den tobaksforebyggende indsats. I løbet af den tid, indsatsen har været gennemført, har en del medarbejdere dog været på rygestopkursus og er blevet røgfri, og kommunen har oplevet et opgør med myten om, at det er synd for socialt sårbare og udsatte at gennemføre tobaksforebyggelse. Erfaringerne har vist, at indsatsen kan lade sig gøre, og at det nytter.

mange kommuner har stigende fokus på. Sundhedsstyrelsen har publiceret undersøgelser af mental sundhed i befolkningen og rapporter, der samler viden om indsatser til fremme af mental sundhed, men det erkendes, at der stadig er meget sparsom erfaringsopsamling og evalueringer på området⁴⁰.

Parallelt med et øget fokus på at skabe sunde rammer for alle borgere er kommunernes specifikke forebyggelsestilbud mange steder i stigende grad blevet målrettet borgere, der er særligt udfordret på deres sundhed. Det drejer sig om sårbare børn og unge, men også om de grupper, som kommunerne i øvrigt leverer indsatser til og har udgifter til, såsom kontanthjælpsmodtagere, sygedagpengemodtagere, handicappede og psykisk syge.

Forebyggelsesindsatsen tænkes i stadig højere grad sammen med indsatser for borgere med kronisk

sygdom, borgere med behov for genoptræning og rehabilitering og borgere med psykiatriske sygdomme. Det skyldes dels, at mange kroniske sygdomme kan lindres og undertiden helbredes ved livsstilsændringer, dels kapacitetshensyn i kommunerne.

Voksne på arbejdsmarkedet er en af de grupper, som kommunerne ikke så ofte er i kontakt med. Nogle kommuner arbejder dog med rådgivning og særlige forebyggelsestilbud til arbejdspladser i kommunen. I mange kommuner gennemføres desuden sundhedsindsatser for de mange medarbejdere på kommunens egne arbejdspladser, jf. eksemplet fra Slagelse Kommune i boksen side 72.

⁴⁰Mental sundhed blandt voksne danskere. Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sundhedsstyrelsen, 2010; Fremme af mental sundhed – eksempler, muligheder og barrierer. Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af COWI. Sundhedsstyrelsen, 2009.

Internt samarbejdsprojekt for bedre sundhed og mindre sygefravær blandt Slagelse Kommunes medarbejdere

I Slagelse Kommune er Center for Folkesundhed og HR og Personale gået sammen om et stort projekt for at støtte op om de kommunale medarbejders sundhed. Projektet udspringer af kommunens sundhedspolitik, og Hovedudvalget er løbende inddraget i processen med implementering af personalepolitikken.

Projektet har fx arbejdet med, hvordan spørgsmål om sundhed kan inddrages i MUS-samtaler og med, hvordan kantinemaden – herunder mødeforplejning – kan gøres mere sund og kantinedriften mere bæredygtig. Projektet har også udviklet nye typer af information om sundhed og motion til kommunens medarbejdere; eksempelvis oplysninger om særlige kampagner vedrørende motion på arbejdspladsen på kommunens intranet.

Projektgruppen oplever, at der har været et godt samarbejde på tværs af kommunen i udviklingen af projektet, men at det ikke altid har været lige let at implementere de gode ideer efterfølgende. Det gælder eksempelvis indførelse af sund mad i alle kantiner. Projektgruppen ser projektet som led i et løbende samarbejde på tværs af kommunen for at mindske sygefraværet og i det hele taget løfte sundheden hos medarbejderne i kommunens centre og virksomheder.

Sundhed på tværs

Samarbejdet om forebyggelsesindsatsen på tværs af kommunale forvaltningsområder er mange steder godt i gang. En ny case-baseret undersøgelse fra Sund By Netværket viser, at kommunerne arbejder på at engagere og koordinere på tværs af kommunen gennem blandt andet at identificere politikområder, hvor der er fælles mål⁴¹. Det gælder blandt andet på områder, hvor den kommunale indsats vil være påvirket af borgernes sundhedstilstand, dvs. ældres funktionsevne, lediges arbejdsmarkedsevne og børn og unges indlæringsparathed.

Undersøgelsen viser, at det tværgående arbejde udfordres af organisatoriske forhold og økonomisk kassetænkning, fordi gevinsten af indsatser i eksempelvis sundhedsplejen, skoler eller jobcentre først vil kunne ses efter en årrække i form af eksempelvis sparede kommunale udgifter til sygedagpenge, førtidspension eller omfattende pleje – eller på samfundsniveau i form af mindre produktionstab og færre udgifter til behandling af sygdom. Samtidig viser undersøgelsen, at kommunerne forsøger at imødegå disse udfordringer gennem blandt andet at opstille forpligtende tværgående mål.

⁴¹Organisering og implementering af sundhed på tværs. Sund By Netværket, 2012.

Efterhånden som kommunernes tilbud i stigende omfang målrettes grupper af borgere med særlige behov, og der i stigende omfang arbejdes på at skabe sunde rammer og arbejde sundhedsfremmende i alle kontakter med borgerne, efterspørges ikke blot viden om effekt og implementering af specifikke indsatser. Også viden om, hvordan kommunerne implementerer sundhedstænkning på tværs af alle forvaltningsområder og ud i driften, samt værktøjer og kompetenceudvikling til frontpersonalet bliver centralt.

Helt overordnet er der behov for en systematisk tilgang til arbejdet, som sikrer, at kommunen kommer 'hele vejen rundt'. Selvom kommunerne generelt er godt i gang,

betyder det ikke, at alle kommuner løfter opgaverne på samme høje niveau. Det er få kommuner, der gennemfører alle anbefalede tiltag og opnår den synergi, der opstår mellem de forskellige områder og indsatser, hvis de gennemføres i sammenhæng. Der er behov for en langt mere ensartet indsats i kommunerne med udgangspunkt i den evidens og erfaring, der er til rådighed i dag. Der er et gab mellem det, vi ved, og det, vi gør, som der skal gøres noget ved.

Den betydelige puljefinansiering af forebyggelsen udgør også en særlig udfordring. Store indsatser, der igangsættes som satspuljep projekter eller andre særlige projektmidler, er det vanskeligt at drive videre, når projektmid-

lerne udløber. Der er behov for at sikre spredning af viden om gode erfaringer fra de kommuner, der har kunnet dokumentere effekt af deres indsatser.

Organisering af sundhedsopgaverne i Gladsaxe

I Gladsaxe Kommune er det tværgående sundhedsarbejde forankret i Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingen. Afdelingen har budgettet for den kommunale medfinansiering og omfatter blandt andet kommunallægerne, tilsynsenhed, hjælpemiddelområdet, koordinering af indsatsen på hjerneskade- og kræftområdet, misbrugsområdet samt Forebyggelsescenteret med motionsvejledning og kostrådgivning, rygestoptilbud og tilbud til voksne borgere med kronisk sygdom.

Træning og genoptræning foregår i genoptræningscenteret, der er forankret i Trænings- og Plejeafdelingen, hvorunder også hjemmeplejen hører, og hvor kerneopgaverne i forhold til den ældre medicinske patient varetages. Sundhedstjenesten er placeret i Børne- og Kulturforvaltningen, der også står for blandt andet tandplejen og tilbud til familier med børn og unge samt idræts- og kulturtilbud. Arbejdsmarkedsafdelingen samarbejder med både Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingen og Trænings- og Plejeafdelingen om sundhedsopgaver relateret til personer uden beskæftigelse.

Sundhedsarbejdet i Gladsaxe er i udgangspunktet tænkt som en tværgående opgave, hvilket ikke mindst afspejles i Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingens tværgående funktioner i egen forvaltning samt etableringen af en koordinerende sundhedsgruppe med repræsentation på tværs af afdelinger og forvaltninger. Den koordinerende sundhedsgruppe er ansvarlig for revision af kommunens sundhedspolitik og er derudover efter behov involveret i den overordnede koordination og beslutningstagning på sundhedsområdet.

10.3 anbefalinger

Stadig flere får livsstilsbetinget kronisk sygdom. Hvis vi skal vende udviklingen eller i det mindste forsøge at forhindre, at udviklingen løber løbsk, skal der sættes på sundhedsfremme og forebyggelse. Det er et stort arbejde for kommunerne, der fortsat må orientere sig mod at tænke sundhed ind i hele kommunen, at etablere sunde rammer til alle borgere og tilbud til borgere med særlige behov og i stigende grad sætte mål for indsatsen.

Kommunerne skal fortsat arbejde intensivt med sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatsen:

Sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatsen skal styrkes, for at flest muligt fremover kan leve sunde liv uden sygdom og uden behov for sundhedsvæsenets ydelser. Vi bliver nødt til at sikre, at der ikke også fremover kommer stadig flere patienter på sygehuse og stadig flere, der ikke kan klare sig selv i dagligdagen uden intensivt behov for hjælp. Både af hensyn til den enkelte og af hensyn til samfundsøkonomien.

Kommunerne skal skabe sunde rammer for borgerne og integrere sundhedsfremme og forebyggelse på tværs i kommunen – der, hvor medarbejderne møder borgerne; i sundhedsplejen, i daginstitutionerne, i skolerne, i beskæftigelsesindsatsen, i ældreomsorgen og i sygeplejen mv.

Alle kommuner skal implementere grundlæggende indsatser på forebyggelsesområdet: Der er behov for at skabe en større ensartethed i forebyggelsesindsatsen. KL har – på baggrund af eksisterende forskning

og 'bedste praksis' – allerede anbefalet kommunerne at arbejde med udvalgte forebyggelsesindsatser; de såkaldte grundpakker. Grundpakkerne fokuserer primært på strukturelle indsatser inden for områderne kost, rygning, alkohol, motion, seksuel sundhed, mental sundhed og ulykker. Sundhedsstyrelsen arbejder p.t. med et koncept om forebyggelsespakker, som bl.a. bygger på KL's arbejde.

Regeringen skal tage initiativ til, at der etableres nationale mål for danskernes folkesundhed: Selvom forebyggelsen er kommet på landkortet, har der hidtil manglet en national prioritering på området. I forbindelse med udarbejdelsen af Forebyggelseskommissionens rapport i 2009 efterlyste KL forpligtende mål for forebyggelsesindsatsen, men den oplagte mulighed for at opstille nationale mål blev forpasset. Det er derfor positivt, at den nye regering tager bolden op.

Som udgangspunkt bør nationale mål omfatte en reduktion af de væsentligste risikofaktorer for tidlig død og langvarigt dårligt helbred (tobaksforbrug, alkoholforbrug, usund kost og fysisk inaktivitet samt dårligt mentalt helbred og muskel-skelet-lidelser).

Regeringen skal gennemføre initiativer, der har effekt på befolkningens sundhed: Det er vigtigt at understrege, at der ikke går en lige linje mellem de kommunale indsatser og opfyldelsen af nationale mål for forebyggelse. Der er mange faktorer, som påvirker folkesundheden. Forebyggelseskommissionen påviste en række reguleringsbaserede tiltag (fx afgifter, tilskud, forbud, påbud og infrastruktur), der har sikker effekt på befolkningens sundhed.

Den kommunale indsats er helt afhængig af, at staten stiller rammer til rådighed, som understøtter den kommunale indsats – og ikke modarbejder den.

Sundhedsstyrelsen skal sikre monitoreringsværktøjer på forebyggelsesområdet:

Der er fortsat et stort behov for mere viden om effekten af de indsatser, der implementeres i kommunerne; det gælder både strukturelle forebyggelsesindsatser og indsatser rettet mod forskellige målgrupper. Der eksisterer i øjeblikket en national rygestopdatabase, men der findes ikke tilsvarende monitoreringsværktøjer på andre forebyggelsesområder.



11. Telemedicin og velfærdsteknologi

11.1 Indledning

Anvendelse af telemedicinske og velfærdsteknologiske løsninger betyder, at mange besøg på sygehusafdelinger, i ambulatorier og hos egen læge kan erstattes af behandling, pleje og monitorering i hjemmet. Telemedicin og velfærdsteknologi kan blandt andet anvendes til de store kroniske sygdomme som hjerte-kar-sygdom, diabetes og KOL, men også til at gøre borgere, der modtager hjemmepleje, mere selvhjulpne.

Telemedicin og velfærdsteknologi rummer store potentialer for at fremme patienternes involvering i egen pleje og omsorg (patient empowerment), ligesom det rummer potentialer for at skabe bedre sammenhæng i behandlingen på tværs af sektorer. Endelig muliggør telemedicin og velfærdsteknologi, at behandlingsopgaver kan løses på laveste effektive omkostningsniveau i kommunerne, typisk af borgerne selv eller af hjemmepleje og hjemmesygepleje, evt. med inddragelse af specialister på sygehuse eller praktiserende læger.

Med etableringen af fremtidens supersygehuse vil afstanden til sygehuse blive større for patienterne. Samtidig ses stadig kortere indlæggelser, endagskirurgi og mere og bedre ambulante behandling. Der vil derfor være

et omfattende behov for overvågning, sygepleje og hjemmehjælp i borgerens eget hjem. Dette kan blandt andet understøttes af telemedicin og velfærdsteknologi.

Gennem de senere år har man igangsat en lang række projekter, særligt på det telemedicinske område, som i varierende grad har peget på, at der er et effektiviseringspotentiale i anvendelsen af nye løsninger. Projekterne har oftest været drevet frem af en lille gruppe særligt interesserede personer, der har udviklet projekterne til lokale forhold. Det er medvirkende til, at en generel udrulning af de gode eksempler fortsat lader vente på sig.

I kommunerne er der villighed til at satse markant på telemedicin og velfærdsteknologi. Telemedicin er det elektroniske fundament for det nære sundhedsvæsen og rummer potentialerne til at bringe specialisterne til borgeren – og ikke omvendt. Derfor er der fremadrettet behov for mere systematik og styring. Et nationalt aftalt program for telemedicin og velfærdsteknologi er en forudsætning for en mere strategisk satsning. Fokus bør være på, hvordan kommuner, sygehuse, regioner og praktiserende læger i samarbejde afprøver og gradvist udbreder nye teknologier der, hvor der er noget at komme efter i form af opgavevolumen og forventet (og dokumenteret) sam-

fundsøkonomisk effekt. Dette vil blandt andet kræve klare principper for finansiering, infrastruktur og standarder for dataudveksling og snitflader.

11.2 Status og udviklingstendenser

Telemedicin

Det kommunale arbejde med telemedicin har i høj grad været centreret omkring tidsbegrænsede projekter af forskellig art. Generelt kan projekterne grupperes i tre typer.

Videokonference, enten til mødet mellem sundhedsprofessionelle eller sundhedsprofessionelle og borger/patient. Gevinsten ved videokonferencer er først og fremmest sparet transporttid. For kommunerne kan videokonference være relevant i forhold til eksempelvis dialog mellem en medicinsk sygehusafdeling og en kommunal hjemmepleje/hjemmesygepleje, ligesom videokonference kan bruges til uddannelsesaktiviteter eller supervision og indhentning af 'second opinion' fra højt specialiserede funktioner.

Billedudveksling, blandt andet til sårvurdering, hvor fx hjemmesygeplejens sårpleje kan optimeres gennem virtuel inddragelse af specialister.

Der findes en lang række pilotprojekter i Danmark vedrørende telemedicinsk sårbehandling. I nogle regioner er telemedicinsk sårbehandling taget i brug i mange kommuner, i andre i sparsomt omfang. Der er bred enighed om, at telemedicinsk sårbehandling er en god ide, som giver god kvalitet i behandling og pleje såvel som økonomisk gevinst og en bedre organisering af opgaveløsningen.

I økonomaftalen for 2012 mellem regeringen og KL blev det aftalt at arbejde hen mod en model for national implementering vedrørende sårbehandling og -forebyggelse, herunder telemedicinsk sårvurdering. Formålet er at udbrede erfaringerne fra igangværende projekter samt at modne en model

for national implementering af telemedicinsk sårvurdering. I løbet af 2012 iværksættes en proces, hvor regioner og en række kommuner med erfaring i sårbehandling inddrages med henblik på at indhente data og dermed få beskrevet grundlaget for en national udrulning af sårbehandling med telemedicinske løsninger.

Fjernmonitorering, den tredje type af telemedicinske projekter, har til formål at spare senge-dage og dermed frigøre specialtressourcer på sygehusene. Fjernmonitorering kan manifestes på forskellige måder. Der kan eksempelvis være tale om selvmonitorering, hvor borgeren/patienten selv foretager målinger, der enten automatisk eller manuelt

indberettes til sundhedssektoren med henblik på løbende overvågning. Afhængig af patientens sygdom og sygelighed kan der her være tale om overvågning af udvikling af risikomarkører, af sygdomsudvikling eller af patientens almentilstand. I nogle tilfælde vil den kommunale hjemmesygepleje kunne stå for overvågningen, såfremt der sikres specialiseret lægefaglig supervision. Der vil også være tilfælde, hvor monitoreringen først og fremmest vil være møntet på borgeren selv og borgerens muligheder for at leve hensigtsmæssigt med sin sygdom.

Fjernmonitorering kan også omfatte assisteret hjemmemonitorering, hvor der er kommunalt sundhedspersonale til stede i

Telemedicinsk sårbehandling i Aarhus Kommune

En internetbaseret sårjournal giver sundhedspersonalet mulighed for et effektivt samarbejde og en løbende dialog mellem speciallæge og sårsygeplejerske i kommunen, mens patienten fortsat er i hjemmet.

Den faglige dialog foregår via internettet, fælles journal og en PDA/smartphone. Hjemmesygeplejersker tager billeder af såret ved hvert besøg hos borgeren og sender dem til den internetbaserede sårjournal i regi af Dansk Telemedicin.

Projektet forventes at føre til øget effektivitet og kvalitet af sårbehandlingen i eget hjem. Personalet kan give en mere effektiv behandling af såret, da der straks kan sættes ind med ændret behandling. Kvaliteten øges ved, at sårbehandlingen og helingstiden nedsættes. Der forventes en væsentlig resourcebesparelse i form af mindre tidsforbrug hos hjemmesygeplejersker og sårsygeplejersker i både primær og sekundær sektor.

Bedre og billigere behandling i borgernes eget hjem

I forlængelse af de gode erfaringer med Telekat-projektet i Nordjylland har regionen valgt at satse på KOL-hjemmemonitorering i stor skala sammen med kommunerne i regionen og de praktiserende læger. Behandlingen bliver bedre, kommunerne sparer pleje, sygehusene sengedage, og borgerne bliver mere trygge og tilfredse i vante omgivelser uden mange belastende akutte indlæggelser.

Patienter med KOL i svær og meget svær grad kan som noget nyt blive behandlet i eget hjem. Patienterne får udstyr i hjemmet, som kan opsamle og transmittere relevante data til sygehus, praktiserende læger og kommunal hjemmesygepleje. Monitoreringen af data understøtter såvel samarbejdet om behandlingen på tværs af sektorer som den rehabiliterende indsats med at udvikle og fastholde det fysiske funktionsniveau. Formålet er på længere sigt at udbrede et standardiseret generisk koncept for hjemmemonitorering, der kan omfatte alle sygdomsområder, understøtte forløbsprogrammer og udbredes i andre regioner.

patientens hjem, mens der tages kontakt til en specialist. Endelig kan der med fjernmonitorering etableres en egentlig indlæggelse i eget hjem (udlæggelse) med mulighed for virtuel stuegang via videokonference og forskellige digitale målinger.

Det er vigtigt at understrege, at den nye teknologi stiller nye krav til især hjemmesygeplejen, der får nye funktioner i forhold til at assistere borgerne i brugen af telemedicinske løsninger. Hjemmesygeplejen er i dag ikke gearret til at gå ind i disse nye funktioner, og det vil kræve et generelt kompetenceløft i takt med udrulningen af teknologierne.

Telemedicin har været præget af en lang række småprojekter, der ikke overbevisende har kunnet underbygge de positive forventninger til en positiv kvalitetsmæssig og økonomisk effekt. Vurderingen af, hvorvidt potentialet ved forskellige typer af telemedicinske løsninger kan indfries, forudsætter, at der gennemføres projekter med tilstrækkelig volumen og tidshorisont for afprøvning. Der er på nuværende tidspunkt gennemført evaluering af større projekter i udlandet, blandt andet i Norge og Skotland. Der er dog behov for afprøvning af storskalaprojekter også i Danmark med henblik på vurdering af muligheder for standardiseret driftsmæssig implementering.

På denne baggrund er der i regi af Fonden for Velfærdsteknologi iværksat et stort tværsektorielt telemedicinsk projekt med henblik på afprøvning af telemedicinske løsninger, der kan betyde, at patienter med KOL og diabetes kan blive mest muligt i eget hjem og i vid udstrækning undgå kontrolbesøg og indlæggelse på sygehus.

Den telemedicinske dagsorden er fortsat i sin vorden i kommunerne. Både regionalt og nationalt er der udviklet strategier for udbredelse af telemedicin. Det mangler fortsat i kommunerne. Kommunerne har derfor selv et stort arbejde foran sig med at klarlægge ambitionerne på det telemedicinske område og lave en strategi for, hvordan løsninger kan udbredes. Dette skal ske under hensyntagen til de regionale og nationale strategier.

Hvis telemedicin skal udbredes mere systematisk i kommunerne i de kommende år, er der en række hensyn, som skal tilgodeses.

Sammenhængende it og fælles standarder skal understøtte den kommunale indsats

Der er endnu ikke etableret standardisering af data og snitflader i relation til telemedicinske løsninger i kommunerne. Det betyder, at de telemedicinske erfaringer indtil nu har taget udgangspunkt i 'stand alone'-løsninger, der ikke er integreret med øvrige it-systemer i sundheds- og plejesektoren. Skal

Stor afprøvning af hjemmemonitorering på tværs af sektorer

I regi af Fonden for Velfærdsteknologi deltager 2.000 borgere/patienter med KOL og diabetessygdomme i den største afprøvning af telemedicin i Danmark. Fire hospitaler i Region Hovedstaden og Region Midtjylland, praktiserende læger og otte kommuner deltager i projektet. Projektet starter primo 2012 og afsluttes primo 2014.

Sundhedspersonalet kan via teknologi tilse patienter, mens de opholder sig i deres eget hjem. Dermed kan patienterne undgå slidsomme rutinebesøg på hospitalerne. Med et tæt tilsyn kan sundhedsfagligt personale tidligere opdage, hvis en borgers/patienters tilstand forværres. Det kan forhindre dyre indlæggelser. Samtidig får sundhedspersonalet bedre mulighed for faglig sparring, uanset hvor deres arbejdsplads er.

Projektet skal belyse, hvad telemedicinske løsninger betyder for den samlede samfundsøkonomi, og hvilke kliniske, organisatoriske, økonomiske og patientmæssige effekter der vil være.

Af særlig kommunal interesse er det at belyse, hvad den ændrede organisering og opgaveløsning betyder for kommunerne og den kommunale økonomi, herunder hvilke kommunale krav og opgaver behandling i eget hjem afføder, og hvordan samarbejdet mellem sygehus, kommunal hjemmepleje og hjemmesygepleje samt praktiserende læger bedst kan tilrettelægges.

telemedicin sættes i almindelig drift i større skala, skal spørgsmål om standardisering og it-arkitektur afklares.

Generelt er det en væsentlig forudsætning for udbredelse af telemedicin, at det understøttes af en sammenhængende it-infrastruktur. I de senere år er der taget en række væsentlige initiativer nationalt, herunder etableringen af det Fælles Medicinkort (FMK) og den fælles kronikerplatform. Kronikerplatformen bygger på Sundhedsstyrelsens anbefalinger til forløbsprogrammer, hvor borgere med kronisk sygdom i stigende grad behandles i primærsektoren gennem etablering af et planlagt og tæt koordineret samarbejde mellem lægen, kommunen og sygehuset.

Klar ansvarsfordeling – pengene skal følge opgaven

Telemedicinske løsninger flytter opgaver med behandling og pleje mellem de forskellige sektorer i sundhedsvæsenet. Det gælder både løsninger, der er forankret i kommunerne og har tilknytning af lægefaglig ekspertise efter behov, og løsninger, der udspringer fra sygehus, men hvor kommunerne vil få ændrede plejeopgaver, når patienten er i eget hjem. På denne baggrund er en afgørende forudsætning for satsning på telemedicin, at pengene følger opgaveløsningen – incitamenterne skal sikre, at alle parter i sundhedsvæsenet har tilskyndelse til at anvende løsningerne.

Dette kræver, at telemedicin tages op i forbindelse med økonomiforhandlingerne mellem regeringen,

regionerne og KL samt i sundhedsaftalerne og overenskomsterne med de praktiserende læger. Uden klare rammer for en satsning på telemedicin bliver de gode intentioner på tegnebrættet.

Fælles læring og fælles arbejdsmetoder

Det er vigtigt at sætte fokus på, hvordan samarbejdet mellem kommuner, sygehuse og praktiserende læger og borgere bliver ændret med anvendelse af telemedicin. Kravene til medarbejderne på det kommunale sundhedsområde vil blive ændret afgørende med indførelsen af telemedicinske løsninger. Derfor skal det sikres, at kompetencer og uddannelse er til stede på en måde, så medarbejderne kan løse opgaverne med anvendelse af den nye teknologi.

Der skal i den forbindelse også et langt større fokus på, hvordan telemedicin kan udvikles med udgangspunkt i borgernes behov. De hidtidige telemedicinske løsninger har taget udgangspunkt i en klinisk diagnose (KOL-projekter, sårprojekter mv.). Mange – især ældre – borgere har imidlertid flere diagnoser. For disse borgere er der behov for løsninger, som kan rumme flere diagnoser.

Øvrig velfærdsteknologi

Der har været gennemført forskellige mindre forsøg med velfærdsteknologi i kommunerne, fx robotstøvsugere, automatiske toiletter og vaskerobotter, som peger på muligheder for, at borgerne i højere grad kan klare sig selv med mindre kommunal støtte. Mange mindre og meget forskelligartede projekter er blevet iværksat, særligt med støtte fra Fonden for Velfærdsteknologi (tidligere ABT-fonden).

En national aftale om et kommunalt program for velfærdsteknologi er en forudsætning for en mere strategisk satsning. Fokus bør være på, hvordan kommuner afprøver og gradvist udbreder velfærdsteknologi der, hvor der er noget at komme efter i form af opgavevolumen og dokumenteret kommunaløkonomisk effekt. En større og mere systematisk udbredelse af velfærdsteknologi kræver blandt andet national vidensopsamling og vidensdeling, udvikling af national infrastruktur og standarder for dataudveksling og snitflader.

Et første skridt i retning mod etablering af et kommunalt program for velfærdsteknologi blev aftalt mellem regeringen og KL i forbindelse med Økonomaftale 2012.

11.3 anbefalinger

Kommunerne ønsker anvendelse af nye telemedicinske og velfærdsteknologiske løsninger med henblik på at styrke fundamentet for det nære sundhedsvæsen. Der er behov for en strategisk satsning, udvikling af standardiserede løsninger med fokus på borgerens behov og ikke mindst tydelig afklaring af modeller for sektorsamarbejde og finansiering.

Kommunerne skal udvikle en fælles strategi for telemedicin:

Hvis telemedicin skal rykkes til det næste niveau i kommunerne, kræver det tværkommunalt samarbejde og fælles timing. KL vil derfor sætte sig i spidsen for at udvikle en kommunal telemedicinsk strategi inden for rammerne af den nationale strategi, som skal skabe fundamentet for en ensartet udvikling af telemedicin i kommunerne. Strategien skal udvikles under hensyntagen til de telemedicinske strategier i stat og regioner.

Telemedicinske ydelser skal udvikles under hensyntagen til, at borgerne har flere sygdomme samtidig:

Telemedicin har i høj grad været drevet frem af mindre projekter, som har haft deres faglige afsæt i et lægeligt speciale. Det betyder, at mange af de telemedicinske løsninger, som er udviklet, er diagnosespecifikke inden for eksempelvis KOL, sårpleje eller hjerteområdet. Virkeligheden er imidlertid, at mange patienter har flere diagnoser, som kan være egnet til telemedicin. Der er på den baggrund behov for, at stat, regioner og kommuner i samarbejde udvikler mere generiske telemedicinske ydelser, som kan bringes i anvendelse for borgere med flere diagnoser, og

som understøtter, at borgeren kan behandles i det nære og kan inddrages mest muligt i sit eget behandlingsforløb.

Hjemmesygeplejen skal have et kompetenceløft i takt med, at telemedicinske løsninger udrulles:

Nye telemedicinske løsninger stiller nye krav til hjemmesygeplejens kompetence til at assistere borgeren i anvendelse af teknologierne. Derfor skal kompetenceudvikling tænkes sammen med fremtidige udrulninger af ny teknologi, også for at udnytte, at hjemmesygeplejen ofte allerede kommer i de borgers hjem, der har gavn af telemedicinske løsninger.

Staten skal udvikle en incitamentsmodel for telemedicin, hvor pengene følger borgeren:

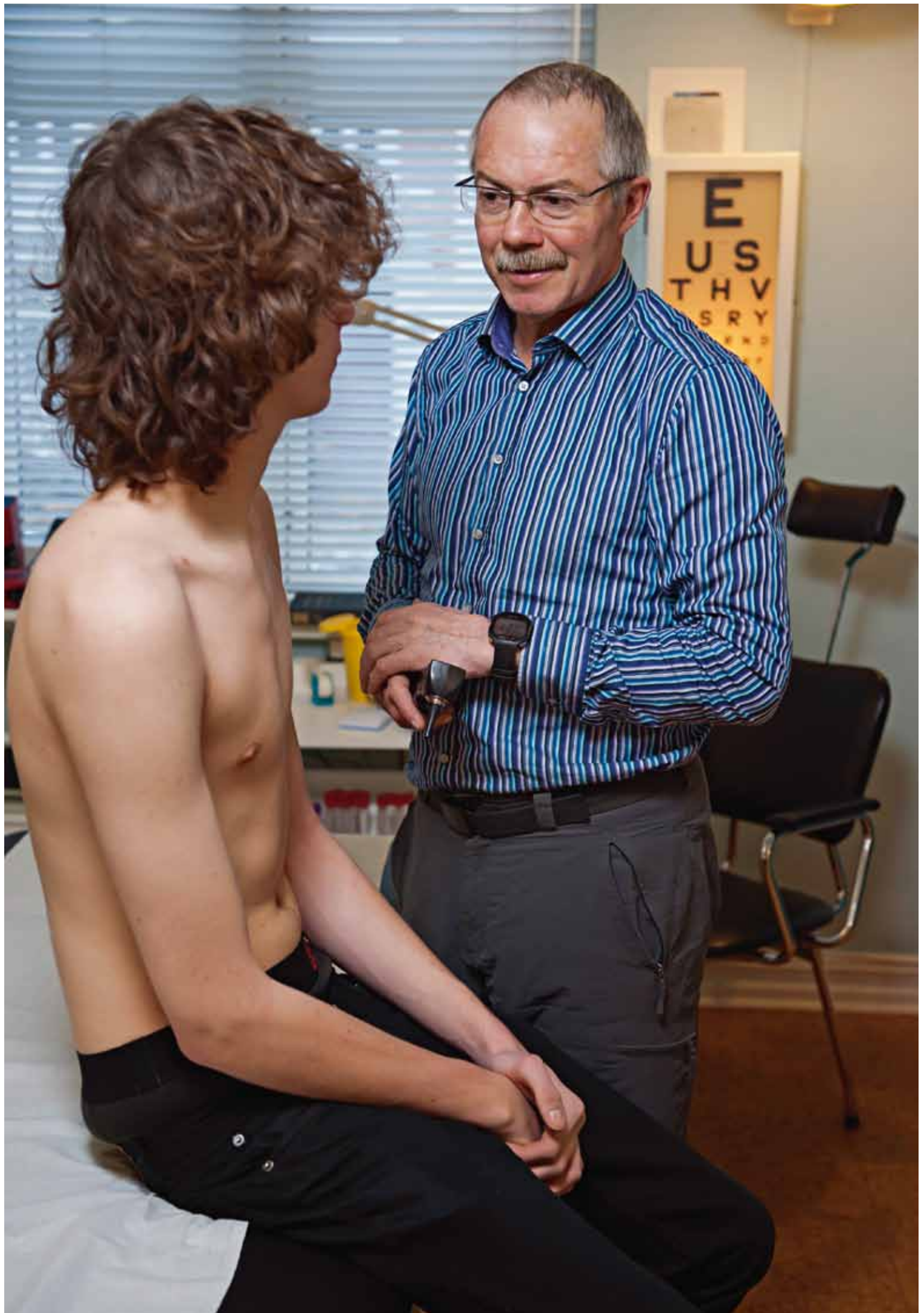
Hvis telemedicin skal udbredes bredt, skal der knæsesættes et overordnet princip om, at pengene skal følge med borgeren. Der skal udvikles en driftsmodel, som fremmer incitamenterne for alle parter til at igangsætte og udbrede telemedicinske og andre velfærdsteknologiske forløb.

Staten skal sikre standardisering af telemedicinske værktøjer:

Der mangler i udstrakt grad standardisering af de telemedicinske værktøjer, så det kan blive enkelt, billigt og håndterbart at anskaffe udstyret og integrere det i de it-standardløsninger, som anvendes. Ligeledes skal der også arbejdes videre med infrastrukturen og it-sundhedsarkitekturen, således at der opnås sammenhæng mellem det regionale og det kommunale område såvel som på tværs af kommunale serviceområder, herunder eksempelvis beskæftigelses- og socialområdet.

Staten skal udvikle standarder og infrastruktur i kommunerne:

Der mangler i dag udvikling af fælles nationale standarder samt it-arkitektur til håndtering af telemedicinske løsninger. National Sundheds-it må sikre grundlaget for de kommunale investeringer i it-arkitektur ved at fremme udviklingen af standarder på området.



12. Samarbejde med almen praksis

12.1 Indledning

Et velfungerende nært sundhedsvæsen kræver et stærkt samarbejde mellem kommuner og almen praksis. Almen praksis skal være den primære leverandør af lægefaglige ydelser i det nære sundhedsvæsen, og KL og kommunerne ønsker en stærk almen praksis, som kan bidrage til at sikre høj kvalitet i de nære tilbud.

Der er imidlertid behov for at styrke samarbejdet fremadrettet i takt med, at der kommer flere og ofte mere komplekse sundhedsfaglige problematikker i det nære sundhedsvæsen. Mange kommuner oplever, at samarbejdet med almen praksis ikke udvikler sig hurtigt nok, og dette synspunkt deles også ofte af de lokale læger. Efter en periode, hvor udfordringerne især har bestået i at acceptere hinandens forskellige betingelser og måder at arbejde på, så er der nu en mere udbredt konsensus i kommunerne om, at

det især er bedre aftaler og tættere relationer, der er vejen frem til et mere effektivt samarbejde.

I Norge er man foran Danmark, når det gælder om at inddrage almen praksis i opgaveløsningen i kommunerne. Her er det besluttet, at almen praksis skal bruge 20 pct. af sin tid på opgaver i forhold til kommunerne, hvis kommunerne ønsker det. Dette har man gjort for at imødekomme, at flere sundhedsopgaver kan løses billigere og tættere på borgerne.

KL og kommunerne ønsker et nyt styrket samarbejde med almen praksis, hvor almen praksis har klart definerede opgaver i forhold til kommunerne vedrørende opfølgende hjemmebesøg og medicingennemgang for ældre medicinske patienter, tilsyn med ældre, der befinder sig på akut- og aflastningspladser, henvisning til forebyggelses- og rehabiliteringstilbud for bl.a. kronisk syge og styrket samarbejde med jobcentrene om sygemeldinger.

Hvis almen praksis skal kunne løfte disse opgaver i kommunerne, vil det kræve et mere formaliseret samarbejde via overenskomster og sundhedsaftaler. Men det vil også kræve styrkelse af almen praksis' kapacitet.

Norske kommuner har trækningsret på praktiserende læger

Samhandlingsreformen i Norge, der giver kommunerne øgede opgavemæssige forpligtelser på sundhedsområdet, sigter også imod mere forpligtende samarbejdsformer mellem de praktiserende læger og kommunerne, bl.a. gennem øget aktivering af den norske løfteparagraf om, at praktiserende læger kan forpligtes til at arbejde for relevant kommune i op til og med 20 pct. af deres samlede arbejdstid.

12.2 Status og udviklingstendenser

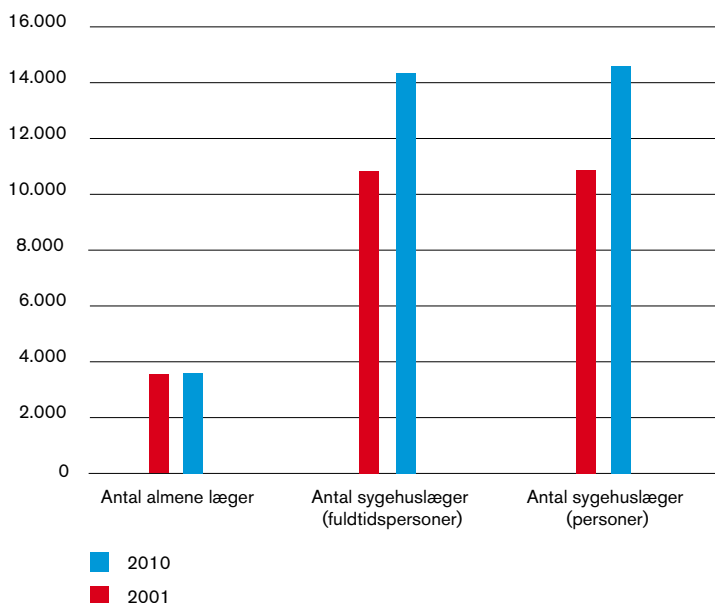
På trods af stor lægevækst i Danmark i de forgangne år har kapaciteten i almen praksis ikke udviklet sig i perioden. Mens der fra 2001-2010 er kommet 64 flere læger i almenpraksis, er der kommet 3.727 flere læger i sygehussektoren, jf. figur 12.1.

Almen praksis har gennem mange år været den primære samarbejdspartner for kommunerne i deres arbejde med ældre og kronisk syge borgere. Disse opgaver vil tage til i de kommende år, og derfor er det vigtigt, at kapaciteten i almen praksis følger med udviklingen af opgaverne i det nære sundhedsvæsen.

Samtidig er det vigtigt, at almen praksis kommer ind i en omstillingsproces, hvor lægerne bliver samlet i fagligt bæredygtige lægehuse, gerne i tilknytning til kommunale sundhedscentre eller kommunalregionale sundheds- og akuthuse, så lægerne bliver en integreret del af de nære tilbud. Det var også en af hovedanbefalingerne i Praksiskommissionens udredning fra 2008. Desuden lagde rapporten betydelig vægt på behovet for et langt tættere samarbejde mellem kommunerne og almen praksis om et stadigt stigende antal ældre og borgere med kroniske sygdomme.

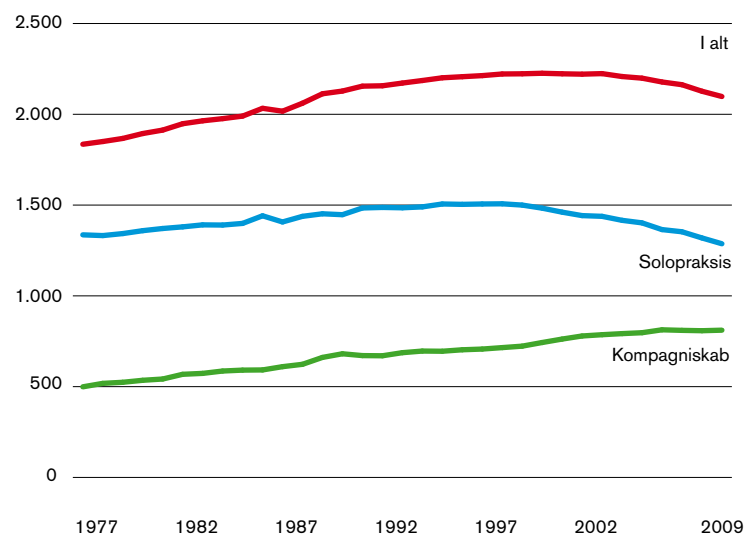
Der ses allerede tendenser til en omstilling af almen praksis mod større enheder med flere læger. Over de seneste år er antallet af kompagniskabspraksisser steget, så de i 2009 udgjorde 811 af i alt 2.098 praksisser. Det er en stigning fra godt 500 siden slutningen af 70'erne.

Figur 12.1. Antal læger i almen praksis og på sygehusene, 2001 og 2010.



Kilde: Almene læger: Lægepopulationen og lægepraksispopulationen 1977-2011. Lægeforeningen, maj 2011. Sygehuslæger: Sundhedsstyrelsens opgørelse af beskæftigelse i sygehusvæsenet.

Figur 12.2. Udviklingen i praksisformer (kompagniskab og solopraksis) 1977-2009.



Kilde: PLO.

Større enheder skaber ikke alene muligheder for at opruste fagligheden i almen praksis. Det skaber også større fleksibilitet, mulighed for længere åbningstider mv.

Samarbejdet mellem kommunerne og almen praksis er reguleret af overenskomsten mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn, hvor KL har plads, og PLO. Overenskomsten indeholder et kapitel om samarbejdet med kommunerne, der omfatter det socialmedicinske samarbejde om individuelle sager, elektronisk kommunikation og kommunal-lægelige udvalg. KL har derudover en selvstændig aftale med Lægeforeningen vedrørende samarbejdet på arbejdsmarkedsområdet, der primært dækker relationen mellem jobcentre og almen praksis i forhold til sygemeldte borgere.

1. april 2011 trådte en ny overenskomst i kraft, der omfattede en 'kommunal pakke' med følgende hovedelementer:

- Rammeaftaler for styrket it-understøttelse. Redskabet er en ensartet rammeaftale om elektronisk kommunikation med tredages-responstid på henvendelser. Aftalen kan indgås direkte mellem kommunen og de lokale læger.
- Obligatoriske kommunal-lægelige udvalg i alle kommuner.
- Udmøntningsaftaler, der forpligter den enkelte læge vedrørende samarbejde og arbejdsdeling. Det er særligt vigtigt i forhold til implementeringen af forløbsprogrammer for borgere med kronisk sygdom.

Alle kommuner har i dag etableret kommunallægelige udvalg, hvor lægerne og kommunerne er forpligtede til at stille med repræsentanter, der har mandat og beslutningskompetence. Det er for tidligt at sige noget entydigt om effekten af de kommunallægelige udvalg for nuværende, men de kommuner, der har erfaringer fra tilsvarende udvalg, før de blev gjort obligatoriske for alle, har generelt haft god gavn af samarbejdsformen. Desuden er der i flere regioner drøftelse af egentlige udmøntningsaftaler lokalt, der omfatter fx forløbsprogrammer, der er besluttet i sundhedsaftalerne. Det er dog fortsat for tidligt at vurdere, hvorvidt udmøntningsaftalerne sikrer en mere ensartet implementering af sundhedsaftaler helt ud i den enkelte praksis.

Rammeaftalerne på it-området har generelt skabt mere klarhed om forventningerne til især lægernes responstid. Omvendt er der eksempler på, at enkelte læger ikke ønsker at underlægge sig aftalen, der nu indgås i de kommunallægelige udvalg.

12.3 anbefalinger

Der er brug for klare aftaler og rammer for at få et mere effektivt samarbejde fremadrettet mellem almen praksis og kommunerne:

Almen praksis skal være forpligtet af sundhedsaftalerne:

Der er behov for at få lægerne langt mere forpligtet af sundhedsaftalerne, end tilfældet er i dag. Sundhedsaftalerne indgås i dag mellem de to sundhedsmyndigheder, kommunerne og regionerne. Dette er et godt princip, der ikke skal laves om. Men der er behov for, at partnerne, herunder PLO, udvikler en model, der sikrer, at sundhedsaftalerne udmøntes på forpligtende vis af de lokale læger.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn skal i den kommende overenskomst præcisere almen praksis' opgaver i forhold til kommunerne:

Overenskomsten med almen praksis, der omfatter samarbejdet med kommunerne, bør præcisere, hvilke opgaver kommunerne forventer, at den praktiserende læge løser. Størstedelen af opgaverne vil især knytte sig til den ældre medicinske patient og kronisk syge, herunder lægedækning af plejehjem, akutpladser, social-psykiatriske bosteder, henvisning til forløbsprogrammer, medicin-gennemgang, tidlig opsporing og opfølgning efter indlæggelse. Hensigten er at skabe en klar forventningsafstemning om, hvad hovedopgaverne er for almen praksis i relation til de borgere, der også modtager kommunale ydelser, herunder pleje og hjemmesygepleje. Hensigten er ikke, at der skal defineres flere enkeltydelser i overenskomsten.

Regionernes Lønnings- og Takstnævn bør overveje, hvordan praktiserende læger kan anvende mere tid på samarbejdet med kommunerne:

Det bør overvejes, hvorvidt Norges eksempel bør følges, hvor en større andel af lægernes tid er øremærket arbejdet med de svageste borgere i kommunerne via overenskomsten.

Kapaciteten i almen praksis bør på sigt øges:

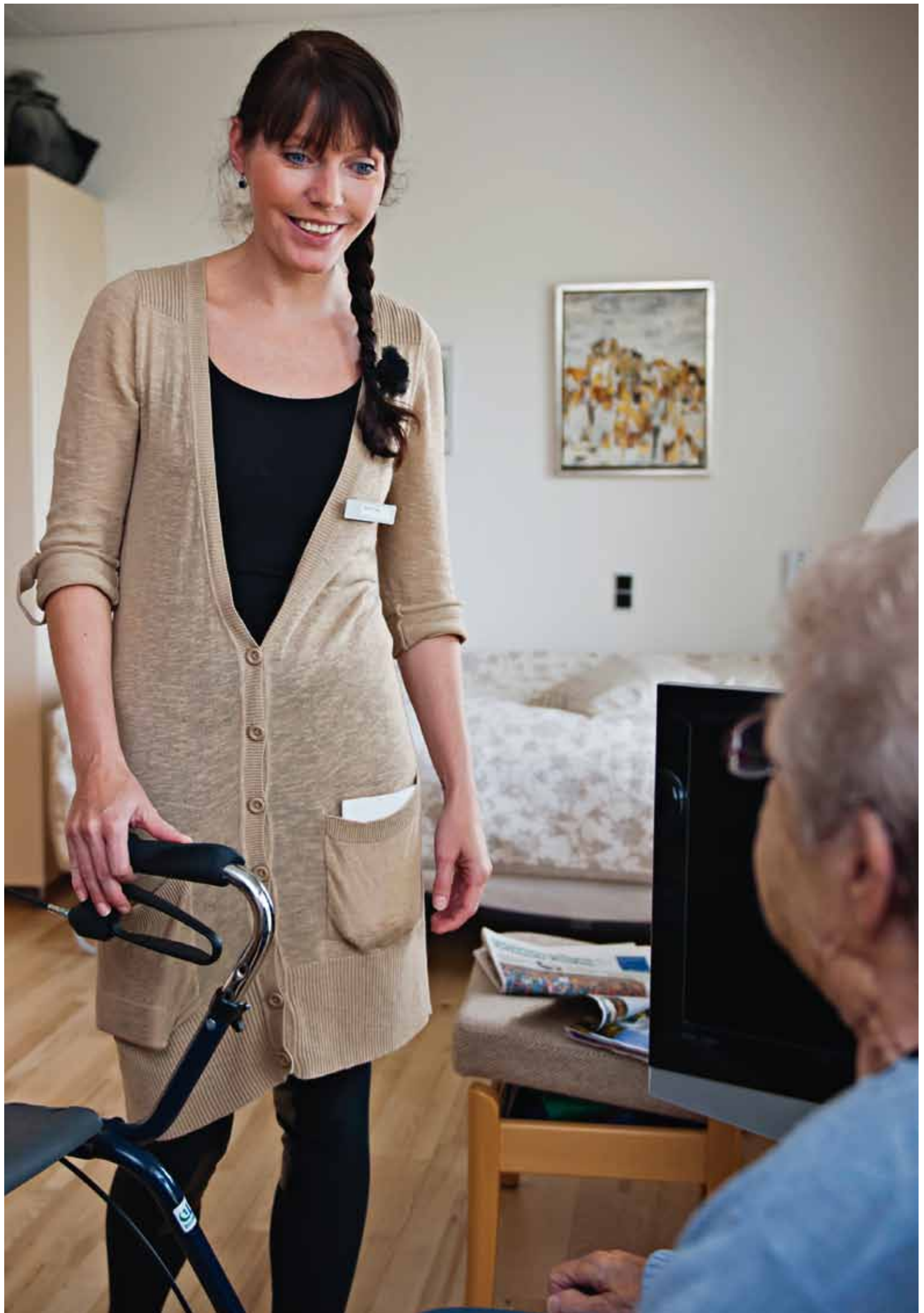
Et stærkt nært sundhedsvæsen kræver adgang til lægelig arbejdskraft, og det skal først og fremmest sikres via almen praksis. Lægevæksten i de forgangne år har alt overvejende været i sygehusvæsenet. Hvis man på længere sigt ønsker en egentlig omstilling af sundhedsvæsenet, så de nære tilbud styrkes, vil det kræve, at primærsektor har adgang til den fornødne lægelige ekspertise. Der vil desuden være behov for, at praktiserende læger nedsætter sig i større lægehuse. I første omgang bør der ses på fordelingen af den nuværende kapacitet.

Regeringen bør sikre offentlig anlægsinvestering for at få en hensigtsmæssig struktur i almen praksis:

Den tidligere regering afsatte 600 mio. kr. til sundheds- og akuthuse, der også har den effekt at skabe større lægehuse, der udlejes på markedsvilkår. De nye huse vil give erfaringer med at lade praktiserende læger og andet sundhedspersonale arbejde under samme tag med de synergieffekter, det kan skabe. Fremadrettet vil der være behov for en tilsvarende pulje, der understøtter etablering af fysiske rammer, som giver mulighed for større lægehuse i sammenhæng med kommunale sundhedstilbud, der matcher behovet for arbejdsdeling, akutorientering og åbningstider uden for 8-16.

Lægedækningen bør være mere ensartet i alle dele af landet:

I dag er der store regionale forskelle på, hvor mange læger der har nedsat sig. Særligt i Region Nordjylland samt i udkanter af Danmark er der problemer med lægedækningen. Omvendt er der områder, især omkring de store byer, hvor det er nemt at få tildelt læge. Der er derfor behov for en udligning mellem regionerne og landsdelene, således at en ensartet lægedækning sikres i hele landet. Udligningen skal ske gradvist, i takt med at praksisser handles eller lukkes.



13. Sundhedsfaglige kompetencer

13.1 Indledning

Nye opgaver til kommunerne på ældre- og sundhedsområdet og nye måder at løse opgaverne på betyder, at de kommunale medarbejderes faglige kompetencer er udfordret på mange områder.

En række generelle tendenser kan identificeres:

- Nye opgaver stiller nye faglige krav til personalet. For sygeplejerskerne gælder det eksempelvis palliation, hjemmedialyse, IV-medicinering mv.
- Et paradigmeskift, hvor der lægges mere vægt på at understøtte borgerens egne ressourcer og mestring stiller nye krav til den måde, medarbejderne løser opgaverne på.
- Den teknologiske udvikling inden for pleje- og sundhedsområdet betyder, at social- og sundhedspersonalet fremover i stigende grad vil skulle benytte borgernær teknologi, hvilket også medfører nye forventninger til de ansatte på sundhedsområdet.
- Kommunernes ansvar for sundhedsfremme betyder, at medarbejdere uden for sundhedsområdet, fx pædagoger, skolelærere og jobcentermedarbejdere, der har kontakt til borgerne i andre sammenhænge, også har brug

for viden og kompetencer til at kunne fremme sunde vaner.

- Endelig er der nye krav til, at personalet kan omsætte ny viden(skab) til praksis, arbejde evidensbaseret og dokumentere effekten af egen indsats med henblik på at skabe løbende faglig udvikling.

Dygtige kommunale medarbejdere er nøglen til at skabe bedre tilbud i det nære sundhedsvæsen, og derfor skal kommunerne hele tiden have fokus på at have de rette kompetencer til at løse opgaverne i det nære sundhedsvæsen. Hvis man skal imødekomme de nye og skærpede kompetencekrav i det nære sundhedsvæsen, kræver det først og fremmest en opkvalificering og efteruddannelse af social- og sundhedspersonalet.

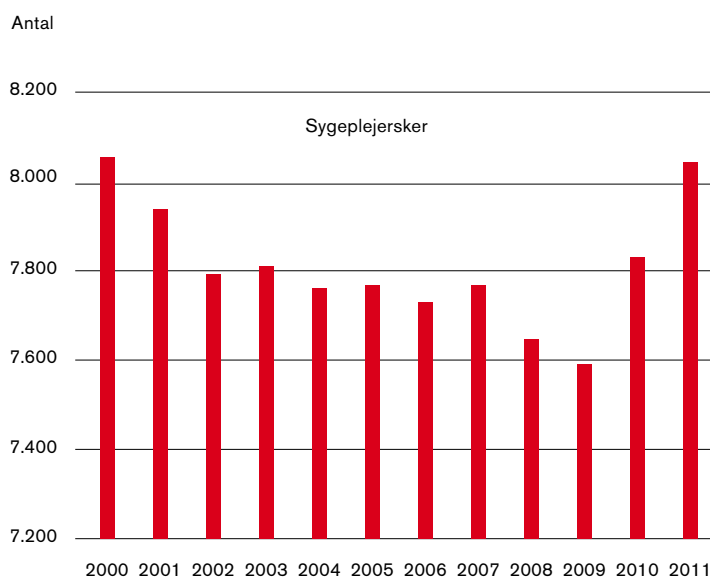
Men opkvalificering af social- og sundhedspersonalet kan ikke alene sikre de fornødne kompetencer. Derfor er der behov for fremadrettet at se på indholdet af social- og sundhedsuddannelserne. Uddannelserne på social- og sundhedsområdet skal være på omgangshøjde med udviklingen i det kommunale sundhedsvæsen for at sikre, at de kommende årgange er rustet til at løse opgaverne. Der er særligt behov for, at uddannelserne har fokus på den stigende anvendelse af teknologiske løsninger på sundheds-

området, herunder betydningen for ændrede funktioner for de sundhedsfaglige medarbejdere i borgernes eget hjem.

Sammensætningen af personale er en anden væsentlig parameter, når fremtidens sundhedsopgaver skal løses. Kommunerne vil løbende overveje, om der er behov for at ændre andelen af social- og sundhedsassistenter, terapeuter og sygeplejersker i forhold til den nuværende fordeling.

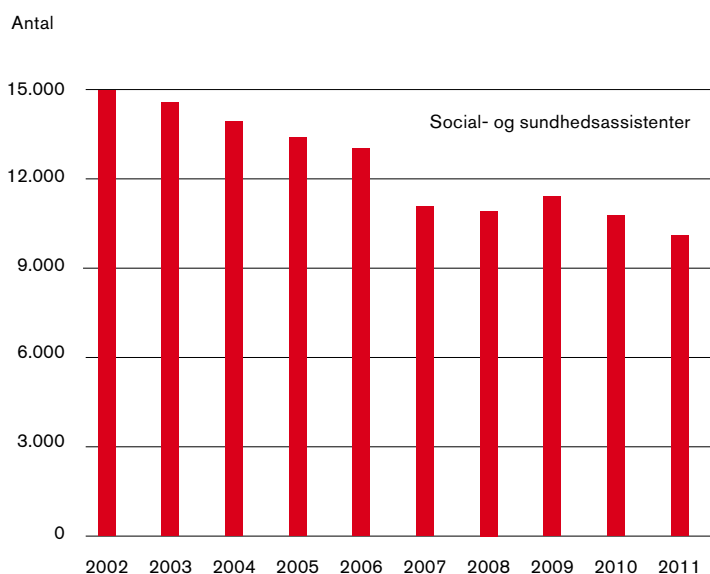
Endelig vil der fortsat være et behov for at trække sundhedsfaglig kompetence ind i kommunen udefra. Dette omfatter primært lægelige kompetencer, hvor almen praksis er den primære leverandør, men også sygehuslæger kan være relevante i forhold til hurtigt udskrevne borgere, der ikke er færdigbehandlede, men hvor en hurtig udskrivning kan fremme mobiliseringen og rehabiliteringen.

Figur 13.1. Udvikling i antallet af sygeplejersker i kommunerne 2000-2011.



Kilde: FLD.

Figur 13.2. Antal social- og sundhedsassistenter i regionerne 2002-2011.



Kilde: FLD.

13.2 Status og udviklingstendenser

Forskydning i de kommunale personalegrupper

Efter en række år med fald er kommunerne inden for de sidste par år begyndt at ansætte flere sygeplejersker.

Baggrunden er blandt andet, at rekrutteringssituationen er blevet bedre, ikke mindst i kølvandet på afskedigelser i regionerne. Regionerne tilpasser sig samtidig til en mere specialiseret opgave, hvor de mere almene og plejeorienterede opgaver skilles ud til kommunerne. Det illustreres også ved, at regionerne har færre social- og sundhedsassistenter end tidligere, jf. figur 13.2.

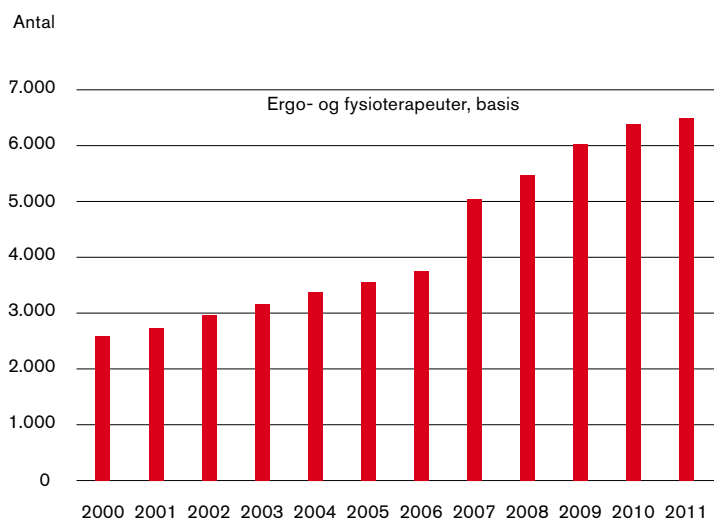
Kommunerne har siden 2007 i stigende omfang ansat fysioterapeuter og ergoterapeuter for at matche de mange genoptræningsforløb og rehabiliteringsopgaver, som er kommet til kommunerne siden kommunalreformen, jf. figur 13.3. Fra 2007 til 2011 har væksten i denne gruppe været på 28 pct.

Væksten illustrerer også, at kommunerne er i færd med en omstilling, hvor ældreplejen bliver mere aktiverende, og hvor flere terapeuter indgår i hverdagsrehabilitering.

I forhold til social- og sundhedsassistenter er udviklingen uændret de sidste fem år i kommunerne, og antallet ligger i dag på ca. 25.000.

Generelt har kommunerne i løbet af den økonomiske krise afskediget medarbejdere. Dette har imidlertid ikke været tilfældet på sundhedsområdet, hvor kommunerne har været presset til at ansætte med henblik på at matche en stigende opgavemængde. Dette fremgår af figur 13.4, der viser et markant fald i antallet af medarbejdere generelt i kommunerne siden 2009 samt markante stigninger inden for sundhedspersonale.

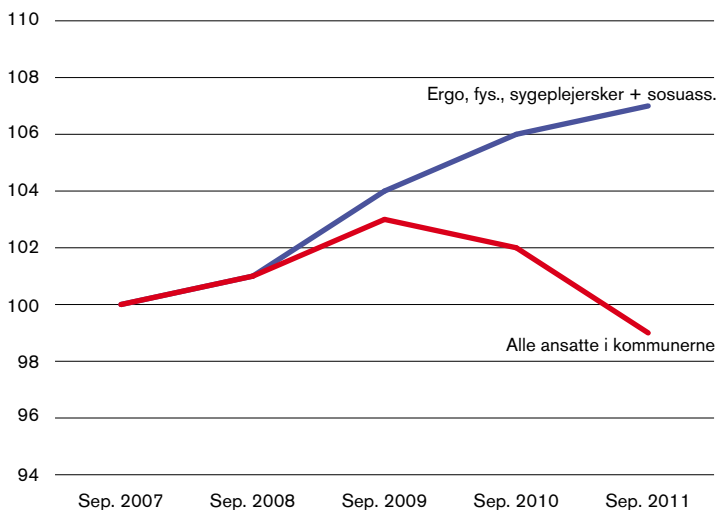
Figur 13.3. Udviklingen i antal af fysioterapeuter og ergoterapeuter i kommunerne.



Kilde: FLD.

Note: Der mangler kommuner i datagrundlaget i de første år, derfor er antallet noget under-vurderet frem til og med 2006.

Figur 13.4. Udvikling i ansatte i kommunerne for alle samt for sundhedspersonale 2007-2011.



Kilde: FLD.

Note: Sep. 2007 = indeks 100.

Udfordringer knyttet til den aktuelle fordeling af medarbejdere

De store medarbejdergrupper på ældre-, psykiatri- og sundhedsområdet er typisk social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, pædagoger, sygeplejersker og terapeuter. Langt størstedelen udgøres af social- og sundhedshjælpere med en 1-årig uddannelse og social- og sundhedsassistenter med en ca. treårig uddannelse. Disse to grupper leverer hver dag en kompetent indsats, men er samtidig også udfordret af stigende kompleksitet i de sundhedsfaglige opgaver.

For at imødegå de øgede faglige krav er det nødvendigt at overveje en ændret fordeling af de eksisterende personalegrupper. Allerede i dag vælger flere kommuner at øge andelen af social- og sundhedsassistenter for at kunne imødekomme behovet for bedre kvalificerede medarbejdere.

Ud over at ændre på fordelingen mellem social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter er det også relevant at drøfte, om andelen af sygeplejersker, terapeuter og pædagoger bør øges. Et øget fokus på rehabilitering og kompleks sygepleje øger behovet for sygeplejersker, terapeuter og pædagoger, ikke mindst fordi forebyggelse og mobilisering af borgernes egne ressourcer vurderes som en stadig vigtigere del af den primære sundhedstjeneste.

Bedre uddannelser på sundhedsområdet

Uddannelserne inden for sundhedsområdet (social- og sundhedsassistent, sygeplejerske, fysioterapeut og ergoterapeut), der omfatter de væsentligste grupper af ansatte, bør i højere grad målrettes de nævnte udfordringer, end tilfældet er i dag.

Bedre kliniske færdigheder, bedre kompetencer i forhold til koordinering af patientforløb, bedre forståelse for velfærdsteknologi og bedre evne til at omsætte viden til praksis og dokumentere indsatsen er blandt de områder, der bør være i fokus i uddannelserne i de kommende år.

Bedre kommunal efteruddannelse

KL har i 2009 undersøgt kommunernes praksis vedr. efteruddannelse⁴², og analysen konstaterede, at kun få kommuner arbejder systematisk og strategisk med kompetenceudvikling. I langt de fleste kommuner er der ikke lavet en samlet plan for opkvalificering og efteruddannelse af det social- og sundhedsfaglige personale, der matcher de nye og mere komplekse opgaver.

Erfaringerne fra KL's projekt viser herudover, at de fleste kommuner allerede i dag anvender mange ressourcer på opkvalificering. Fx udarbejder mange kommuner ad hoc individuelle løsninger og uddannelsesprogrammer til de forskellige personalegrupper.

Samtidig viste projektet et behov for at styrke den strategiske tilgang til opkvalificeringsindsatsen. Kommunerne vil med en strategisk tilgang til opkvalificering og efteruddannelse være bedre rustet til offensivt at gå i dialog med uddannelsesinstitutionerne og sikre sig stordriftsfordele i såvel prisfastsættelse som afviklingsforhold af kursustilbud.

Behov for tilknytning af lægefaglige kompetencer

Som beskrevet flere steder i dette udspil er kommunernes virkelighed præget af flere ældre, flere borgere med kronisk sygdom og hurtigere udskrevne patienter, der har et mere kompliceret behov for pleje og efterbehandling i primærsektoren.

Trods en klar stigning i behovet for lægefaglig ekspertise er der ikke et generelt behov for at ansætte nye læger til klinisk arbejde i kommunen. En sådan tilgang indebærer risiko for ikke at kunne rekruttere de rette læger og for, at der opbygges nye snitfladeproblematikker i sundhedsvæsenet. Det kan gøre behandlingsansvaret uklart og dermed besværliggøre behandlingen. Desuden kan det være en dyrere løsning for det samlede sundhedsvæsen.

Løsningen for kommunerne ligger derfor primært i at tilvejebringe de lægelige og kliniske kompetencer ved at intensivere samarbejdet med almen praksis og ved at bruge de læger, der har deres gang på sygehuset, og som har en specialiseret viden, der kan være til gavn for den videre behandling af de meget hurtigt udskrevne patienter.

I flere kommuner laves aftaler med sygehusafdelinger i forhold til at

⁴²Kortlægning af kommunernes kompetenceudvikling og -behov. KL, 2009.

få adgang til lægelig ekspertise, særligt i forbindelse med hjemtagning af borgere til rehabiliterings- og akutpladser, men det gælder også i forhold til at tilse borgere, der er indlagt på en døgnplads med henblik på at undgå unødigt indlæggelse. Disse shared care-løsninger med sygehusene er fornuftige, hvis de fagligt er bedre og/eller billigere end ved at anvende almen praksis, der ellers er tovholder på den lægelige behandling i primærsektoren.

Ved siden af spørgsmålet om kompetencer til det kliniske arbejde vil der også være spørgsmålet om behovet for lægelige kompetencer til rådgivning, koordination af sundhedsindsatsen, implementering af anvisninger fra embedslægerne mv. Det er muligt, at der vil blive et lidt større behov for at ansætte flere læger i kommunerne til disse opgaver, men niveauet vil ikke blive forøget væsentligt i forhold til i dag.

13.3 anbefalinger

Kommunerne har brug for styrkede sundhedsfaglige kompetencer til at løfte stadig flere og mere komplekse sundhedsopgaver systematisk og i overensstemmelse med eksisterende eller kommende retningslinjer og standarder. Det kræver flere sundhedsfaglige medarbejdere, der har en relevant uddannelse, der matcher kommunernes sundhedsopgaver. Kommunerne får også brug for flere lægefaglige kompetencer, der i overvejende grad vil komme fra almen praksis og sygehusafdelinger.

Kommunerne skal vurdere sammensætningen af medarbejdere på sundhedsområdet i forhold til en ændret opgave:

I de kommende år vil det være nødvendigt at vurdere, om det er den rigtige personalesammensætning, kommunerne har. Med de mange nye sundhedsopgaver vil der blive behov for flere sundhedsfaglige kompetencer. Derfor skal kommunerne overveje forskydninger i medarbejdersammensætningen i retningen af flere social- og sundhedsassistenter, flere sygeplejersker og flere terapeuter.

Staten og kommunerne skal i fællesskab gennemføre et eftersyn af de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser: Der er behov for at vurdere, hvorvidt uddannelser til sygeplejerske, ergo- og fysioterapeut matcher den nye fordeling af sundhedsfaglige opgaver i sundhedsvæsenet, herunder løsningen af flere og mere komplekse opgaver i primærsektoren. Det vedrører de kliniske færdigheder generelt, men også områder som rehabilitering og sundhedspæda-

gogik, der i stigende grad er sat på dagsordenen i forhold til at mobilisere borgerens egne ressourcer i en given situation med sygdom. Behovet for systematisk implementering og koordinering af mere komplekse borgerforløb fordrer samtidig mere fokus på monitorering og evaluering som en integreret del af den sundhedsprofessionelles værktøjskasse. Endelig betyder udviklingen af et effektivt nært sundhedsvæsen et øget behov for samarbejde og koordinering mellem forskellige faggrupper og fagområder, hvilket bør styrkes i alle tre sundhedsuddannelser.

Kommunerne får brug for flere lægefaglige kompetencer, der primært stilles til rådighed af almen praksis:

I takt med flere komplicerede forløb vil kommunerne få et større behov for at rådføre sig med læger. Det er oplagt at bruge den lægefaglige ekspertise, der allerede er til stede lokalt i almen praksis frem for at ansætte læger i kommunen. I visse tilfælde vil almen praksis ikke have kapacitet til at dække kommuners behov, og i sådanne tilfælde må den lægefaglige ekspertise hentes fra sygehusafdelinger.



14. Styring, dokumentation og evaluering

14.1 Indledning

Sundhedsindsatsen i kommunerne skal fokuseres der, hvor den har størst effekt. Mest sundhed for pengene kræver styring og viden om indsatsers effekt, og hvordan de bedst føres ud i livet. En væsentlig forudsætning for ny viden er, at kommunerne systematisk dokumenterer deres indsats i det nære sundhedsvæsen. Men styringen på sundhedsområdet vanskeliggøres af en række forhold.

Kommunernes opgaver og udgifter på sundhedsområdet afhænger direkte af regionernes praksis. Hvis region og sygehus beslutter at hæve aktiviteten på sygehuse, påvirker det kommunernes opgaver og dermed også de kommunale udgifter. Behovet for genoptræning stiger på en række områder, når flere behandles. Når aktiviteten stiger på sygehuse, øges samtidig også den kommunale medfinansiering. Også opgaver og dermed udgifterne i hjemmesygeplejen afhænger direkte af sygehuses praksis. Det sker, når indlæggelsestiderne afkortes, eller sygehuse beslutter, at en række efterbehandlingsopgaver ikke længere løses på sygehuse. De opgaver skal efterfølgende løses i kommunerne.

Styringen vanskeliggøres endvidere af begrænsede styringsredskaber. Redskaber, der skal medvirke til at skabe overblik og bedre evidens for, hvilke indsatser der virker, og dermed kvalificere prioriteringen. Kommunernes styring af sundhedsområdet retter sig mod en række indsatsområder.

For det første handler det om krav og indsatser i den enkelte kommune. Hvilken styringsinformation og hvilke nøgletal bør den enkelte kommune udarbejde for at arbejde strategisk med at kvalificere sine indsatser? Hvordan skaber kommunen en systematisk dokumentation af effekten af indsatsen? Og hvordan sikres efterfølgende opfølgning på sundhedsindsatsen? Desuden indebærer det en tilpasning i den interne styring, så incitamentsstrukturen i kommunen understøtter målsætningen om at investere i effektfulde indsatser – uanset om gevinsterne høstes i andre sektorer og forvaltninger.

For det andet er der behov for styring i kraft af samarbejde og samspil mellem kommunerne. Det handler både om samarbejde i klynger og i KKR. Det mellemkommunale samspil er nødvendigt for at sikre vidensdeling og opsamling på effekter af de kommunale indsatser. Men endnu vigtigere er behovet for koordinering og afklaring af, hvem der gør hvad. Ikke

alle kommuner skal løse samme opgaver. Og en række opgaver skal gennemføres i samarbejde.

Styring handler for det tredje om fælles indsatser og samarbejde på tværs af sektorer mellem sygehus, kommuner og almen praksis. Hvordan sikres en fælles indsats for at forebygge indlæggelser og finde alternativer til sygehusbehandlingen? Hvordan sikres en kapacitetstilpasning på sygehuse, når der etableres kommunale alternativer til indlæggelse? Hvilke funktioner og opgaver skal der etableres i kommunerne som følge af omlægninger på sygehuset?

Endelig er det en forudsætning for styringen, at der sker en systematisk vidensopsamling, der sikrer kommunerne adgang til den bedst tilgængelige viden om virkningsfulde indsatser i det nære sundhedsvæsen.

14.2 Status for kommunernes arbejde på området

Dokumentation for effektfulde indsatser

Der findes i dag en lang række eksempler på effektfulde kommunale sundhedsindsatser. Indsatser, der kan nedbringe borgerens behov for at komme på sygehuset og blive indlagt. Og indsatser med markante effekter på de sundhedsrelaterede udgifter på bl.a. beskæftigelses-, ældre- og socialområdet. Men der mangler systematisk opsamling på effekten.

Mange kommuner har etableret forskellige kommunale og regionale fora for udveksling af erfaringer, og KL er godt i gang med at indhente de gode eksempler og videreformidle dem. I forskningsverdenen er der spredte opsamlings- og evalueringer af indsatserne. Fx har DSI påvist, at opfølgende hjemmebesøg har effekt på behovet for hjemmepleje og indlæggelser. Der er endvidere igangsat en proces for udvikling af kliniske retningslinjer og handleplaner for fx den ældre medicinske patient.

En række kommuner har udarbejdet egne evalueringer af sundhedsindsatserne eller fået foretaget sådanne med hjælp fra andre. Men dokumentation og evaluering er meget forskelligartet, også inden for samme type af indsatser. Evalueringer kan indeholde effekten på brugertilfredshed, påvirkning af bestemte risikofaktorer, effekten på indlæggelser, den økonomiske effekt mv. Der kan også være tale om eksempelvis vurderinger af den mest hensigtsmæssige organisering af arbejdet eller om medarbejdernes vurdering af, hvordan opgavevaretagelsen kan effektiviseres eller forbedres.

Der eksisterer ikke i dag et samlet overblik over effekter og øvrige erfaringer fra forskellige typer af kommunale sundhedsindsatser. Som grundlag for det fremtidige arbejde er det helt nødvendigt, at kommunerne får adgang til en systematisk opsamling af resultater af effektstudier og evalueringer både fra ind- og udland. Kun således kan det sikres, at ressourcerne anvendes til mest sundhed for pengene.

Udvikling af sundhedsaftalerne som dialogværktøj

Sundhedsaftalerne udgør rammen for samarbejdet mellem sygehuse, almen praksis og kommunerne i forhold til at sikre sammenhængende patientforløb af høj kvalitet. Samarbejdet har siden 2007 undergået en markant udvikling både i omfang og kvalitet. Konklusionen fra såvel Sundhedsstyrelsens evaluering⁴³, en analyse foretaget for FOKUS⁴⁴ og de enkelte aktører er, at sundhedsaftalerne udgør en god platform for aftaler og dialog mellem parterne.

Arbejdet med at sikre en løbende opfølgning og monitorering er kommet meget mere i fokus i de seneste sundhedsaftaler. Og i flere aftaler indgår der også et fokus på at skabe rammer for en udvikling fra opgaveglidning til opgaveflytning. Der udestår dog fortsat ikke mindst en udviklingsopgave i forhold til at adressere kapacitetsspørgsmål og udvikle fælles mål. Det drejer sig fx om udviklingen inden for genoptræning, fælles målsætninger for nedbringelse af indlæggelsesfrekvensen, udviklingen i antallet af ambulante besøg mv.

Manglende fælles finansiering af alternativer til indlæggelse

Der er i dag indbygget en bestemmelse i sundhedsloven – paragraf 239 – hvor regio-

⁴³Evaluering af sundhedsaftalerne – sammenfatning og perspektivering. Sundhedsstyrelsen, 2011.

⁴⁴Regioner og kommuners samarbejde om ældre, medicinske patienter. Karsten Vrangbæk for FOKUS – Forum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service, 2011.

nerne kan medfinansiere tilbud i kommunalt regi, der kan fungere som alternativ til sygehusindlæggelse. Det kunne være akut- og aflastningspladser på plejehjem, som kan sikre, at borgerne kan blive i deres hjem eller nærområde frem for at skulle længere væk på et sygehus. Men der er i dag ingen regioner, der har sådanne aftaler med kommunerne. Det har en undersøgelse i KL's blad Momentum fra januar 2012 vist. Af undersøgelsen fremgik bl.a., at regionerne ikke har incitament til at indgå disse aftaler.

Samarbejde og kritisk dialog med sygehuset

Et vigtigt element i den kommunale styring handler om udviklingen af sundhedsindsatsen og opgaveglidning som følge af sygehuse-nes omlægninger og prioritering. I flere regioner har kommunerne fået sat gang i en proces for at udvikle samarbejdet med henblik på at komme fra opgaveglidning til opgaveflytning. Fx arbejdes der med processer for inddragelse af kommunerne i sygehusplanlægningen. Men der findes ikke en sådan model i alle regioner.

Vi skal dokumentere kvalitet og effekt frem for kvantitet

Der laves i dag et væld af opfølgninger og analyser vedrørende udviklingen på sygehusene. Men opfølgningen baserer sig primært på analyser af aktivitetsudviklingen i sygehusvæsenet, udvikling i produktivitet og effektivitet, udviklingen i ventetider mv. Et sådant fokus på kvantitet og produktivitet viser kun en del af billedet. Der mangler således analyser af effekt og kvalitet af behandlingen og analyser af, hvordan omlægninger og prioriteringer påvirker borgernes sygehusforbrug, fx i form af genindlæggelser.

Samtidig savnes en løbende dokumentation og opfølgning på forebyggelsesindsatsen. Målsætninger for forebyggelse og måltal for effekten af forebyggelsesindsatser indgår ikke i årlige opfølgninger og honoreres ikke som en del af de aftalte rammer på sundhedsområdet.

Forskelle i kommunernes sundhedsforbrug

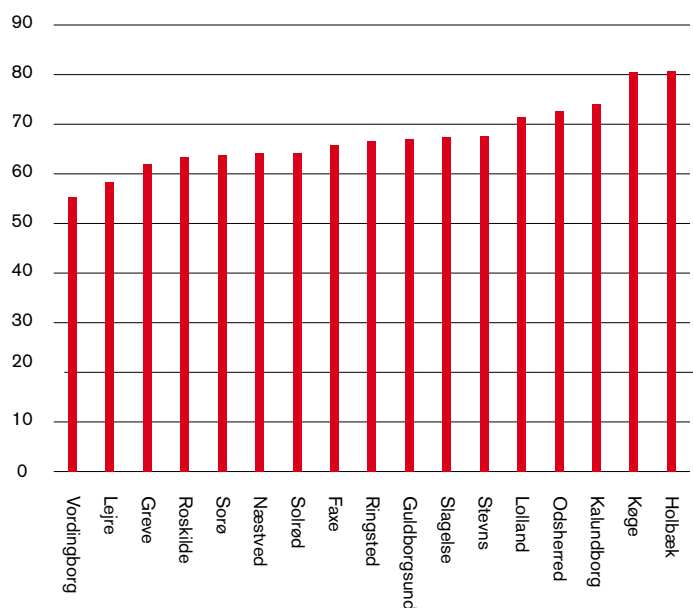
Der er store forskelle på, hvor meget borgerne bruger sundheds-ydelser i de forskellige dele af landet. Derfor er der også forskelle i kommunernes medfinansierings-udgifter. Det kan bl.a. skyldes forskelle i borgernes sundhedstilstand, sociale og uddannelsesmæssige forhold, alderssammensætning og sygehuspraksis. Men forskelle i bl.a. indlæggelses- og genindlæggelsesfrekvenser mellem kommunerne vidner ligeledes om et potentiale for at lære af hinanden og dykke ned i, hvordan kommunen kan påvirke borgernes indlæggelsesgrad.

Figur 14.1 viser forskelle i indlæggelsesgrader for de såkaldte "forebyggelige indlæggelser" (lungebetændelse, urinvejsinfektioner, dehydrering, liggesår mv.) blandt kommunerne i Region Sjælland. Hvert år er der mere end 64.000 indlæggelser med disse diagnoser. Det er indlæggelser, som plejepersonalet i ældresektoren i høj grad har mulighed for at forebygge.

Kommunal inddragelse i kapacitetsplanlægningen i Region Nordjylland

Kommunerne i Region Nordjylland har sammen med regionen aftalt en proces for en langt bedre inddragelse af kommunerne i forbindelse med regionens sygehusplanlægning. Det sker i regi af sundhedsaftalen og vedrører også delplaner, fx akutplanen og fødeplaner, der har konsekvenser for kommunernes opgaveløsning. Kommunerne indgår nu bl.a. på en række områder i styregrupper – bl.a. akutområdet, den ældre medicinske patient og Fælles Akutmodtagelser – der skal udmønte sundhedsplanen i regionen. Dermed skabes bedre vilkår for styringen af de kommunale sundhedsopgaver.

Figur 14.1. Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 65+-årige i Region Sjælland 2010.



Kilde: eSundhed, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

I alle regioner har kommunerne nu fået udarbejdet benchmark-rapporter, der viser centrale nøgletal i forhold til sygehusforbruget. Men det er i dag vanskeligt at gennemskue, hvad eventuelle ændringer er udtryk for, når der er tale om store patientgrupper, og når det bl.a. er begrundet i omlægninger og aktivitetsudvikling i sygehusvæsenet.

Der mangler et bedre grundlag for at kunne stille skarpt på effekten og kvaliteten af behandlingen og for at vurdere, om der er behov for ændringer i den kommunale indsats som følge heraf. Det er ikke en opgave, kommunerne kan løse alene. Det kræver, at region og sygehuse bidrager aktivt i dialogen og udviklingen af brugbare oplysninger til kommunerne. Og at oplysningerne anvendes i dialogen med almen praksis.

Den kritiske dialog med sygehus og region på baggrund af nøgletal

er et centralt element. Her kan oplysninger om forskelle mellem regioner og sygehuse danne grundlag for at vurdere prioriteringer, aktivitet og effekt på sygehuse. Hvordan udvikler forbruget sig i regionen på forskellige områder? Hvordan er niveauet for den enkelte region sammenlignet med andre på centrale indikatorer, og hvilke konsekvenser har det for kommunerne? Det er grundlæggende oplysninger, som alle KKR og Sundhedskoordinationsudvalg bør modtage fra regionen. Det er samtidig oplysninger, der kan understøtte Sundhedskoordinationsudvalgenes vigtige rolle.

Flere kommuner er begyndt at gå i kritisk dialog med sygehuset om borgernes sygehusforbrug og udgifter hertil. Det gælder bl.a. konsekvenserne af sygehusenes behandlingspraksis og prioriteringer, fx antallet af kontrolbesøg for kronisk syge, omfanget af genindlæggelser som følge af

kortere liggetider osv. Men der er behov for et langt bedre grundlag for denne dialog.

Strategisk anvendelse af data til at kvalificere indsatsen i kommunen

Der er i dag en lang række oplysninger om borgernes forbrug af sundhedsydelser tilgængelige for kommunerne i eSundhed og Kommunaløkonomisk Sundhedsinformation (KØS).

Disse nøgletal kan anvendes i dialogen med sygehuset og til at udvikle samarbejdet med henblik på at sammentænke indsatsene. Nøgletallene skal desuden medvirke til at kvalificere opfølgningen på kommunens indsatser og forklaringer på borgernes sundhedsforbrug. Oplysningerne bør anvendes aktivt til at målrette indsatsen og følge op på effekterne af kommunens indsats. Flere kommuner har allerede rigtig gode erfaringer med at anvende og sammenkoble data. Der er dog stor forskel på, hvor aktivt data anvendes i den strategiske indsats i kommunerne.

Oplysningerne kan potentielt sammenkædes med kommunens omsorgsdata på individniveau. KØS-systemet muliggør dog ikke disse samkøring endnu. Når KØS-systemet i de kommende år udbygges med omsorgsdata og data for beskæftigelsesindsatsen, lettes dette arbejde. Hermed bliver det muligt at indhente noget af det potentiale, der ligger i at sammentænke indsatser på tværs ved at følge borgerens forbrug af sundhedsydelser og andre kommunale serviceydelser. Og det kan bidrage i forhold til stratificering af indsatsen.

Systematisk opfølgning på sundhedsindsatsen

I Københavns Kommune har en kvartalsvis opfølgning på sundhedsdata målrettet sundhedsindsatsen og muliggjort sammenligninger inden for kommunens lokalområder. Ledelsesinformationen følger op på måltal for bl.a. udviklingen i de patientrettede forebyggelsesforløb, rehabiliteringsforløb, sygepleje, faldforebyggelse og ventetid på genoptræning fordelt på lokalområder. Desuden sammenlignes antallet af forebyggelige indlæggelser på lokalområder blandt borgere i hhv. plejeboliger, rehabiliteringspladser og blandt hjemmepleje- og sygeplejemodtagere i egen bolig. Styringsinformationen sikrer opfølgning på indsatserne og vil løbende blive udvidet til også at evaluere effekten af de kommunale indsatser.

Roskilde Kommune har gennemført en række initiativer i 2011, der har medvirket til at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser og forbedre udskrivningsforløbene. Et vigtigt aspekt i indsatsen har været at anvende sundhedsøkonomiske data og omsorgsdata til at følge udviklingen i indlæggelser på plejecentrene og dermed effekten af indsatserne. Samtidig anvendes oplysningerne til at justere indsatsen fx på hjemmeplejedistrikter.

Det er dog helt centralt, at en sådan samkøring af data muliggøres på en enkel og lettilgængelig måde, så der ikke skal anvendes unødigt mange ressourcer på at foretage analyserne. Der er i dag en række barrierer for kommunernes anvendelse af individbaserede data til analyseformål. For eksempel kræves det for en række analysers vedkommende, at kommunens analysefolk tager til Sundhedsstyrelsen for at foretage sammenkædningen.

Nogle kommuner er desuden begyndt at have fokus på de interne incitamenter til effektive forebyggelsesindsatser. Udfordringen er, at en række indsatser, der kan påvirke borgernes sundhed positivt, har effekt i andre forvaltninger end der, hvor indsatsen skal iværksættes og finansieres. Det kan blandt andet handle om indsatser på børneområdet, der først vil kunne vise effekter efter en årrække, når børnene er blevet voksne, i form af eksempelvis sparede udgifter til sygedagpenge, førtidspension

eller omfattende pleje. Eller det kan handle om indsatser på sundhedsområdet, der kan reducere udgifter i beskæftigelsesområdet.

Nogle kommuner arbejder med at etablere en intern styringsmodel, der tilbagefører noget af gevinsten ved en indsats på tværs til der, hvor udgiften ligger. Andre er i gang med at udvikle modeller for at tænke mere i business cases, når sundhedsindsatserne skal implementeres, så de forventede gevinster bliver indhentet. Mange kommuner kan dog blive langt skarpere på at tænke systematisk over de interne incitamenter og gevinster på tværs af sektorer.

14.3 anbefalinger

Sundhedsindsatsen skal fokuseres, hvor den har størst effekt. Det kræver gode styringsredskaber. Redskaber, der skal medvirke til at skabe overblik og bedre evidens for, hvilke indsatser der virker, og kvalificere prioriteringen. Der er behov for at kvalificere disse redskaber for kommunerne.

Sundhedsaftalerne skal være et mere forpligtende planlægningsværktøj: Sundhedsaftalerne skaber et godt fundament for samarbejdet mellem region, kommuner og almen praksis. Men der er behov for at gøre aftalerne til et mere forpligtende værktøj. Aftalerne bør fremover inddrage kapacitetsspørgsmål og planlægning i forhold til sygehusene, indeholde indikatorer for fælles målsætning for udvalgte områder og anvendes som et aktivt værktøj til at sikre opgaveflytning frem for opgaveglidning.

Kommunerne skal have indflydelse på sygehusplanlægningen, når den har konsekvens for de kommunale opgaver:

Planlægningen på sygehusene og prioriteringen i behandlingsindsatsen spiller direkte sammen med opgaverne i det nære sundhedsvæsen. Den direkte påvirkning, som beslutninger i sygehussektoren har på opgaverne i det nære sundhedsvæsen, bør også afspejles i indflydelse og inddragelse. Kommunerne skal derfor høres og have mere indflydelse på de sygehusplaner og delplaner, der har konsekvenser for opgaverne i kommunerne, så indsatsen kan planlægges og samordnes.

Regeringen skal sikre etablering af et nationalt videnscenter for det nære sundhedsvæsen:

Selvom der i disse år i stigende omfang forskes i effekter af indsatser i det nære sundhedsvæsen, mangler der fortsat viden om, hvilke indsatser og behandlinger der bedre og billigere vil kunne løftes i det nære sundhedsvæsen. Og der mangler et samlet overblik over viden og erfaringer på tværs af forskningsinstitutioner og evalueringer i øvrigt. KL anbefaler derfor, at der oprettes et videnscenter vedr. forebyggende og nære sundhedsløsninger, hvor kommunerne kan henvende sig og få viden om forskningsresultater, kliniske retningslinjer og standarder samt best practice på givne områder. Videnscenteret kan endvidere igangsætte evalueringer inden for områder med særlig relevans for udbygningen af det nære sundhedsvæsen og bidrage med evalueringsfaglige kompetencer til evalueringer i kommunerne.

Kommunerne skal til analyseformål have adgang til data om indsatser på tværs af velfærdsområder:

Et centralt redskab, når kommunerne skal fokusere og prioritere indsatsen, er lette og tilgængelige muligheder for at analysere data på tværs af områder, fx sundheds-, ældre- og beskæftigelsesdata. Disse muligheder er meget sparsomme og ressourcekrævende i dag. Der er derfor behov for at sætte turbo på udviklingen af kommunernes adgang til individbaserede data og analysemulighederne af sundheds- og omsorgsdata i KØS samt sammenkædning til DREAM-data.

Fra produktivitetsanalyser på behandlingssiden til analyser af kvalitet og hvem der visiteres til behandling:

Fokus i den generelle styringsinformation på sundhedsområdet bør vendes om. Fra at fokusere på udviklingen i aktivitet, produktivitet og ventetider bør der indføres en opfølgning på, hvilken effekt man får af behandlingen, hvem der bliver behandlet, og hvor store forskelle der er på, hvor meget behandling forskellige grupper får. Der bør ligeledes komme et langt større fokus på, hvordan det går med antallet af borgere, der undgår at komme på sygehuset, frem for, hvor mange flere der bliver behandlet.

Regionerne skal levere indikatorer og nøgletal til kommunerne og fx Sundhedskoordinationsudvalg som baggrund for den kritiske dialog mellem sygehuse og kommuner:

Kommunerne skal være kvalitetens vagthund. Det indebærer at gå systematisk til værks i forhold til at stille skarpt på effekten af behandlingsindsat-

sen og de prioriteringer, der foretages på sygehusene. Kommunerne har derfor brug for bedre indikatorer og nøgletal til at sammenligne sygehuse og regioner på udvalgte områder. Og til at kvalificere dialogen med sygehuset om effekt og hvad man får for pengene på sygehuset.

Kommunerne skal udarbejde styringsanalyser og nøgletal som baggrund for kvalificering af indsatsen:

Kommunale sammenligninger af borgernes sygehusforbrug – inden for regionen og inden for samme sygehus – er et vigtigt redskab i styringen. Den enkelte kommune bør udarbejde et sæt af nøgletal, der løbende sikrer en opfølgning på sygehusforbruget for bestemte grupper samt en vurdering af, hvilke konsekvenser kommunens sundhedsindsats har. Det indebærer ligeledes, at der mere strategisk arbejdes med sundhedsdata til at analysere bestemte borger- og patientgruppers forbrug af ydelser i forhold til fx ældresektoren, beskæftigelses-systemet mv.

Kommunerne skal udvikle incitament til at tænke indsatser på tværs af velfærdsområder:

Kommunerne skal sikre, at resourcerne prioriteres til sundhedsindsatser, der giver effekt, både på indlæggelser og på andre serviceområder. Det kan bl.a. gøres ved at arbejde med interne styringsmodeller, der giver incitament til at investere i indsatser – også selv om den økonomiske gevinst ved indsatsen falder andre steder end udgiften til indsatsen. Eller gennem udvikling af beregningsmodeller eller business cases, der sikrer en standardiseret beregning af effekterne og efterfølgende understøtter, at indsatsen får budgetmæssig virkning.



15. Finansiering af det nære sundhedsvæsen

15.1 Indledning

Der vil i fremtiden være et betydeligt pres på udgifterne i sundhedsvæsenet. Den demografiske udvikling med stadig større andele af ældre, væksten i antallet af kronisk syge samt den fortsatte behandlingsteknologiske udvikling peger i retning af voksende behandlingsbehov og -muligheder. Udredninger og fremskrivninger i mange lande tyder på, at der i 2020 vil være en stor diskrepans mellem udgiftsbehovene og ressourcemulighederne.

Denne udvikling betyder, at der er et stort behov for at udvikle sundhedsvæsenet, så opgaverne løses på laveste effektive omkostningsniveau (LEON), og for at forebygge indlæggelser.

Men skal det lykkes, kræver det, at vi får vendt filosofien i sundhedsvæsenet om. Målsætningen bør være, at finansieringen og incitamenterne understøtter et fokus på kvalitet og effekt af sundhedsindsatsen frem for alene at fokusere på kvantitet og behandlingsaktivitet på sygehusene. Der er derfor behov for en omlægning af finansieringsmodellen på sundhedsområdet.

De nuværende incitament er indrettet på at sende flere og flere patienter hurtigere og hurtigere igennem systemet. Det bliver et

mål i sig selv at øge aktiviteten. I stedet bør incitamenterne indrettes mod at reducere indlæggelsesfrekvensen og aflaste sygehusene med alternative og langt billigere indsatser. Det bør være et mål, at andelen af ældre medicinske patienter og patienter med kroniske lidelser på sygehusene over en årrække reduceres.

Det handler ikke om, at borgere, der har behov for specialiseret sygehusbehandling, ikke skal have det. Men det handler om, at færre skal have behov for sygehusbehandling. Det skal bl.a. ske gennem et løft i forebyggelsesindsatsen, bl.a. ved at erstatte indlæggelsen for nogle af borgerne med tilbud tættere på borgerens hjem, som er langt mindre indgribende. De foregående kapitler i dette udspil har givet et bud på, hvordan en sådan udvikling kunne se ud.

Skal sundhedsudgifterne nedbringes eller blot holdes konstante, kræver det en omprioritering af ressourcerne. Og det kræver en nyindretning af incitamenterne, der tilskynder til mere forebyggelse og tilbud i det nære, der fungerer som alternativer til indlæggelser. Det er nødvendigt for at komme fra udviklingstiltag i enkeltkommuner som i dag til en grundlæggende omlægning af sundhedsindsatsen.

En sådan omstilling forudsætter imidlertid også, at sygehuse, praktiserende læger og kommuner i fællesskab arbejder målrettet på at reducere indlæggelsesfrekvensen. Der bør formuleres nationale mål for en sådan udvikling, der forpligter alle parter i sundhedsvæsenet. Det er en forudsætning for, at der kan frigøres ressourcer til en opprioritering af de forebyggende indsatser, der kan overflødigøre sygehusindlæggelser.

15.2 Status i dag

Skævvridning i udgiftsudviklingen – ingen penge til forebyggelse

De senere år har der politisk været prioriteret flere midler til sundhedsområdet. Der er i de seneste 10 år tilført sundhedsområdet 23 mia. kr.⁴⁵. Men der er tale om en ensidig udmøntning af vækstrammen til den behandling, der foregår på sygehusene, mens forebyggelsesindsatsen og det nære sundhedsvæsen ikke er styrket. En sådan skævvridning af udgiftsfordelingen er ikke med til at reducere sundhedsudgifterne eller bare holde dem i ro.

Tabel 15.1 viser hvordan fordelingen af de politisk aftalte løft på sundhedsområdet i hhv. kommuners og regioners økonomiaftaler ser ud.

Tabel 15.1. Fordeling af afsatte varige midler til sundhed i økonomiaftaler 2007-2012.

Økonomiaftaler	Kommuner	Regioner
2007	Løft: 200 mio. kr. vedr. forebyggelse*	Samlet løft på ca. 1,3 mia. kr.
2008	Løft: 300 mio. kr. vedr. genoptræning	Samlet løft på ca. 2 ¼ mia. kr.
2009		Samlet løft på ca. 1,6 mia. kr.
2010		Samlet løft på ca. 1 ¾ mia. kr.
2011		Samlet løft på ca. 2 mia. kr.
2012		Samlet løft på ca. 1½ mia. kr.

Anm.: Tabellen angiver alene aftalte midler i de enkelte aftaleår specifikt rettet mod sundhed i økonomiaftalerne. Der er ikke medregnet opgavekorrektioner ved Lov- og cirkulæreprogrammet, midlertidige puljer mv. Beløbet er angivet i årets priser.

* Beløbet indgår i DUT-aftalen om opgave- og strukturreformen for kommunerne.

Incitamenterne peger den forkerte vej – de understøtter mere aktivitet, ikke mere forebyggelse

Det er en grundlæggende udfordring i finansieringen af vores sundhedsvæsen i dag, at finansieringen af sygehuse og praktiserende læger er aktivitetsbaseret, mens kommunerne og dermed store dele af den forebyggende indsats er rammestyrer. Dermed kolliderer to forskellige økonomistyringslogikker. Og hvad værre er: Incitamenterne for sundhedsaktørerne peger den forkerte vej.

I dag takstfinansieres sygehusene i vid udstrækning på baggrund af deres aktivitet. Samtidig eksisterer der en meraktivitetspulje, der tilskynder til mere aktivitet og belønner regionerne, når aktiviteten stiger i forhold til foregående år. Styringsmodellen på sygehusene

belønner dermed aktivitet, uanset om denne kunne være udført billigere og/eller bedre i kommunalt regi eller forebygget gennem en styrkelse af det borgernære sundhedsvæsen. Det bliver med andre ord et mål i sig selv at øge aktiviteten – ikke at sikre effektive initiativer, der forebygger behovet for behandling.

Kommunerne er rammestyrer. Det betyder, at en øget sundhedsindsats i dag skal finansieres af midler overført via bloktilskuddet. Men kommunerne har ikke fået tilført ekstra finansiering til at løfte flere opgaver i det nære sundhedsvæsen. Hvis kommunerne løfter flere opgaver i det borgernære sundhedsvæsen, skal pengene findes på andre af kommunens serviceområder. Områder, der i forvejen er underlagt et krav om nulvækst og besparelser. Og kommunerne får ikke i dag del i de gevinster, der er ved en mere effektiv forebyggelsesindsats, der aflaster sygehusene.

⁴⁵Tal på Sundhed 2011. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse:
<http://www.sum.dk/Tal-og-analyser>

Incitamenter vender ikke samme vej!

Karsten Vrangbæk, forskningsleder i AKF, har bl.a. understreget, at indretningen af incitamentsstrukturerne i sundhedsvæsenet er en barriere for udviklingen af det nære sundhedsvæsen og forebyggelsesindsatser på tværs: Den udvikling "kan blive fremmet, hvis incitamentsstrukturerne for de forskellige aktører samordnes og tilpasses til de fælles krav og ønsker i fremtiden. De eksisterende incitamentsstrukturer og de aktuelle økonomiske begrænsninger udgør en udfordring, fordi de øger tendensen til kassetænkning. Dette kan spænde ben for fremtidige samarbejds løsninger og villigheden til at eksperimentere med nye og innovative samarbejdsformer," siger han.

Kilde: Regioner og kommuners samarbejde om ældre, medicinske patienter. FOKUS, 2011.

Den kommunale medfinansiering giver kommunerne en tilskyndelse til at styrke den forebyggende indsats. Og den giver et incitament til at klare sig bedre end gennemsnittet. Det er i sig selv en vigtig mekanisme. Men medfinansieringen skaber ikke finansiering til at løfte flere opgaver i kommunerne. Og den sikrer heller ikke, at kommuner, der iværksætter en effektiv forebyggelsesindsats, tilsvarende får lavere medfinansieringsudgifter, når den øvrige aktivitet i sygehusvæsenet stiger. Tværtimod skaber en effektiv forebyggelsesindsats mulighed for, at sygehuset kan tilbyde ny service, og dermed et større udgiftspres på kommunerne. I stedet skal aktiviteten reduceres i sygehusvæsenet, når forebyggelsen skaber aflastning.

Uplanlagt og ufinansieret opgaveglidning

Kommunerne mærker i dag i stort omfang en opgaveglidning. Sygehusenes omlægninger og ændringer i behandlingsindsatsen har direkte konsekvenser for opgaverne i det nære sundhedsvæsen og kommunerne. Det kan fx være en fødeplan, der består i, at alle (normale) fødsler foregår ambulant. Dermed skal en række opgaver, der tidligere blev varetaget på sygehuset, i stedet løses af den kommunale sundhedspleje. Det kan fx skyldes den teknologiske og medicinske udvikling, at patienterne kan udskrives hurtigere og hurtigere fra sygehusene. Eksempelvis stiller de kortere liggetider for ældre medicinske patienter krav om hurtig opfølgning og efterbehandling i den kommunale hjemmesygepleje.

Denne udvikling vil blive forstærket i de kommende år. Den er nemlig både sundhedsfagligt og samfundsøkonomisk hensigtsmæssig. Problemet er, at udviklingen ikke er planlagt, og at der ikke er fulgt finansiering med til opgaverne.

Patienterne er en kilde til udgift frem for en indtægt

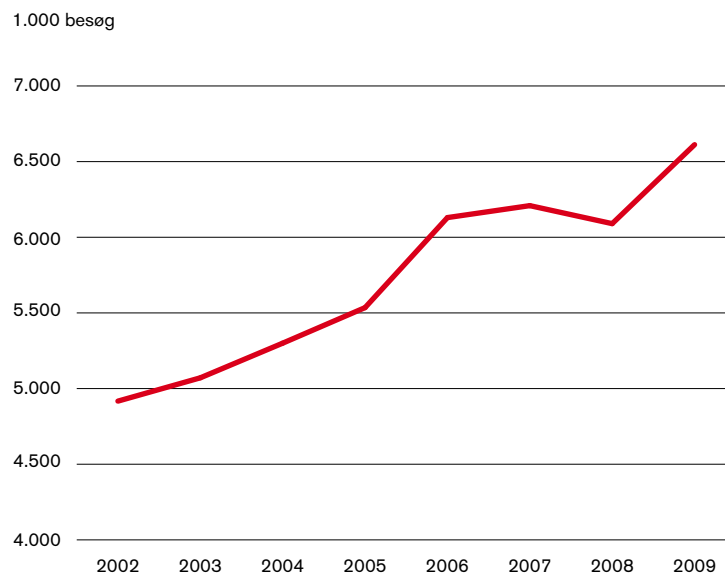
"Kommunerne er den eneste aktør i sundhedsvæsenet, som ikke honoreres for at producere sundhedsydelser. Patienter er en kilde til udgift for kommunerne, og der er intet økonomisk incitament til at levere sundhedsfaglige ydelser." (...) "I stedet for at straffe kommunerne for at bruge sygehusene og for ikke at hjemtage borgerne med det samme, kunne man vælge at gøre det til en kilde til indtjening at få borgerne hjem så hurtigt som muligt."

Kilde: På tværs af sektorerne. Sidsel Vinge og Jakob Kjellberg i Skammekrogen, 2009.

Frigørelse af ressourcer i sygehusvæsenet

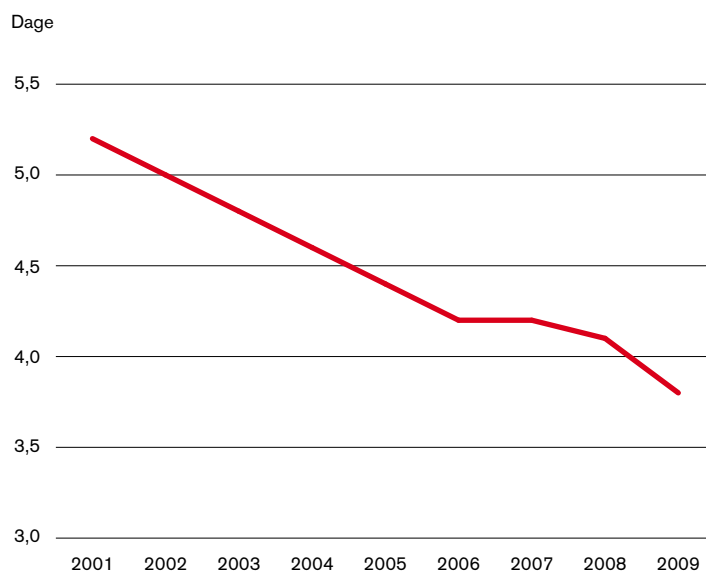
Der bliver i dag løbende frigjort ressourcer i sundhedsvæsenet som følge af udviklingen i behandlingsindsatsen, bl.a. i form af bedre muligheder for at behandle ambulant og kortere liggetider på sygehusene, jf. figur 15.1 og 15.2. De sparede sengedage som følge heraf frigør ressourcer. Ressourcer, der kan bruges til at investere i det nære sundhedsvæsen og dermed medvirke til at aflaste sygehusene og reducere udgifterne til indlæggelser.

Figur 15.1. Udviklingen i antal ambulante besøg på somatiske sygehuse 2002-2009.



Kilde: Sundhedsvæsenet i nationalt perspektiv. Sundhedsstyrelsen, 2010. Data fra LPR

Figur 15.2. Udviklingen i gennemsnitlig liggetid på somatiske sygehuse 2001-2009.



Kilde: Sundhedsvæsenet i nationalt perspektiv. Sundhedsstyrelsen, 2010. Data fra LPR.

Ingen aftaler om finansiering af indsatser som alternativ til sygehusindlæggelser

En lang række sundhedstiltag sker bedst i et samarbejde på tværs af regioner, kommuner og praktiserende læger. Et bedre sundhedsvæsen vil i langt højere grad basere sig på fælles løsninger om shared care, telemedicin osv., der kræver fælles finansiering på tværs af aktører.

Man har også i lovgivningen forsøgt at tilskynde til samarbejder på tværs af sektorer. Paragraf 239 i sundhedsloven gør det således muligt for regionerne at finansiere tilbud i kommunalt regi som alternativ til sygehusindlæggelse. Men i dag findes ingen eksempler på, at disse kontrakter er taget i brug.

15.3 anbefalinger

Fremtidens pres på sundhedsudgifterne skaber et behov for at udvikle sundhedsvæsenet, så opgaverne løses på laveste effektive omkostningsniveau (LEON). Sundhedsindsatsen skal omlægges, så flere patienter fremover kan hjælpes i det nære sundhedsvæsen ved patientrettede indsatser frem for at skulle indlægges på sygehuset. For at komme fra udviklingstiltag i enkeltkommuner til en omlægning af sundhedsindsatsen, der reelt kan aflaste sygehusene, kræver det en omprioritering af ressourcerne. Skal sundhedsudgifterne nedbringes eller blot holdes konstante, er der behov for en omlægning af finansieringsmodellen på sundhedsområdet og en nyindretning af incitamenterne, der tilskynder til mere forebyggelse.

Der bør indføres en forebyggelsesfilosofi frem for en indlæggelsesfilosofi:

Logikken er klar: Det er bedre og billigere at forebygge end at indlægge. Og det er samfundsøkonomisk sund fornuft, at de opgaver, der kan løses tæt på borgeren med billigere indsatser, der modsvarer borgerens behov, skal løses der. Men virkeligheden er, at de økonomiske incitament er ikke følger logikken. KL anbefaler derfor en omlægning af finansieringsmodellen på sundhedsområdet, der tilskynder til at forebygge frem for ensidigt at fokusere på at belønne højere aktivitet på sygehusene.

Der bør aftales konkrete og håndfaste mål for reduktion af indlæggelsesfrekvenserne. Måltal bør ledsages af en økonomisk mekanisme, der tilbagefører gevinsten:

Der er i fremtiden behov for i langt højere

grad at sikre, at færre får behov for at blive indlagt på sygehuset. Deres behov bør der være taget hånd om, inden de får behov for sygehuset. Derfor bør der nationalt aftales konkrete måltal for at nedbringe indlæggelsesfrekvensen for fx de ældre medicinske patienter, personer med kroniske lidelser m.fl. Det kan fx være måltal, der udmøntes regionalt og tager højde for regionernes forskellige aktivitetsniveauer.

Måltallene ledsages af en systematisk dokumentation og opfølgning på målopfyldeelse. KL foreslår, at der findes et system til at tilpasse aktiviteten på sygehuset i nedadgående retning i tæt sammenhæng med en dokumentation af indsatsen. De frigjorte ressourcer, som følger af den lavere indlæggelsesfrekvens og dermed lavere aktivitet, tilbageføres til kommunerne. Der indføres dermed en økonomisk forebyggelsesmekanisme, der sikrer, at den samfundsøkonomiske gevinst ved aflastning af sygehusene anvendes til yderligere patientrettet forebyggelse frem for øget aktivitet.

En andel af meraktivetetspuljen bør omprioriteres til en forebyggelsespulje:

Den eksisterende meraktivetetspulje er afsat til at aflønne ekstra behandlinger på sygehusene og belønner aktivitet, uanset om denne kunne være udført billigere i kommunalt regi eller forebygget gennem en styrkelse af den kommunale indsats. Meraktivetetspuljen kan således være med til at ansprende til en mindre effektiv anvendelse af offentlige midler. KL foreslår derfor, at en del af meraktivetetspuljen i stedet omprioriteres til patientrettede indsatser i det nære sundhedsvæsen. På den måde

kan man finansiere en styrkelse af det borgernære sundhedsvæsen og forebyggelsesindsatsen inden for en udgiftsneutral ramme.

Der skal være sammenhæng mellem opgaver og økonomi:

Sundhedsfagligt og samfundsøkonomisk er det hensigtsmæssigt, at en række opgaver, der tidligere blev løst på sygehusene, løses i kommunerne. Den opgaveglidning mærker kommunerne allerede i dag. Men der er behov for at gøre udviklingen planlagt. Og det skal sikres, at der følger finansiering med til opgaverne. Det kan dels gøres ved mere systematisk at foretage national opfølgning og dokumentation af opgaveglidningen. Dels ved fx at indføre en standardmodel for opgaveflytning og finansiering, når hele – eller dele af – behandlingsindsatsen flyttes fra sygehuse til kommunerne, fx i forbindelse med telemedicinske projekter.

Eventuel vækst i sundhedsudgifterne skal prioriteres til udbygning af forebyggelsesindsatsen og det nære sundhedsvæsen: Såfremt der i fremtiden afsættes vækstrammer på sundhedsområdet, bør der afsættes en andel heraf til udviklingen af det nære sundhedsvæsen. Aftales der yderligere aktivitetsstigninger på sygehusene, ledsages disse af overvejelser vedrørende konsekvenserne for forebyggelsesindsatsen i det nære sundhedsvæsen.

Der skal indføres incitamenter til udbredelse af fælles alternativer til indlæggelse på tværs af regioner og kommuner: Etableringen af indsatser i det nære sundhedsvæsen, der er alternativ til en indlæggelse på sygehuset, er en central del af

udmøntningen af LEON-princippet. Der er i dag ingen eksempler på, at muligheden for regionalt at finansiere kommunale alternativer til indlæggelser anvendes, selv om der er givet mulighed for dette i sundhedsloven. For at understøtte en udvikling af disse indsatser kunne denne mulighed ledsages af økonomiske incitamenter, der tilskynder til udvikling af flere fælles løsninger.

Der skal indføres mere differentieret medfinansiering:

Den kommunale medfinansiering skaber i dag et kommunalt incitament til at forebygge indlæggelser og ambulante besøg på sygehuset. Der er dog tale om en generel model, der finansierer alle diagnoser og patientgruppers forbrug af sygehuset. Som supplement til målsætningen om at reducere indlæggelsesfrekvensen for bestemte målgrupper foreslår KL, at der findes en model for mere differentieret medfinansiering, der hæver medfinansieringen på områder, hvor den kommunale sundhedsindsats har størst mulighed for at påvirke sygehusforbruget.

Det nære sundhedsvæsen
© KL 2012

Tekst: KL
Grafisk design: Karen Krarup
Foto: Thomas Søndergaard
Tryk: Rosendahls-Schultz Grafisk A/S

ISBN: 978-87-92907-00-4
ISBN: 978-87-92907-01-1-pdf

