

KL

› UDFORDRINGER OG ANBEFALINGER
KL-UDSPIL OM SUNDHED OKTOBER 2015

KL-UDSPIL



SAMMEN OM SUNDHED

INDHOLD

01 /	KOMMUNERNES AMBITIONER FOR ET NÆRT OG SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN	2	07 /	TRYGHED FOR DEMENTE OG DERES PÅRØRENDE	30
02 /	HOVEDBUDSKABER – HVAD SKAL DER TIL	5	08 /	TIDLIG INDSATS ØGER BØRNS TRIVSEL	33
03 /	DER ER BEHOV FOR EN PLAN FOR DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN	8	09 /	KRÆFTREHABILITERING – EN FORUDSÆTNING FOR AT VENDE TILBAGE TIL HVERDAGEN	36
04 /	EN VÆRDIG BEHANDLING TIL DE ÆLDRE	17	10 /	DE STYRINGSMÆSSIGE RAMMER	39
05 /	BEHANDLING AF PSYKISK SYGDOM OG MISBRUG KRÆVER SAMARBEJDE	22	11 /	KVALITET I DE KOMMUNALE INDSATSER	42
06 /	ET AKTIVT LIV TRODS KRONISK SYGDOM	26			



01 / KOMMUNERNES AMBITIONER FOR ET NÆRT OG SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN

Et sundhedsvæsen i verdensklasse vægter forebyggelse, rehabilitering, diagnostik, behandling og pleje ligeligt og som en del af et samlet behandlingsforløb. I *Sammen om sundhed* peger KL på de udfordringer, vi står med i det samarbejdende sundhedsvæsen. KL anviser også nogle mulige løsninger til at forbedre samarbejdet i sundhedsvæsenet og kvaliteten i de nære sundhedstilbud, så vi kan få et sundhedsvæsen i verdensklasse.

De fleste mennesker føler sig først raske efter en sygdomsperiode, når de kan det, som de plejer at kunne.

Sådan er det også for Carl, der er 85 år og har diabetes. Carls hverdag afhænger af, at kommunens hjemmesygepleje og

Carls egen læge kan samarbejde om Carls forskellige medicinske problemer. Carl er veludrettet og har brug for at leve sit liv, som han kender det i vante og trygge omgivelser- og tænke så lidt på sin sygdom som overhovedet muligt. Et stærkt og fleksibelt samarbejde mellem hjem-

mesygeplejen, sygehuse og læger og et fokus på forebyggelse og rehabilitering er derfor de elementer, der skal prioriteres højere i vores sundhedsvæsen, hvis ældre borgere som Carl skal have en værdig behandling.

I dette udspil vil du møde Carl og en række andre personhistorier. De findes ikke i virkeligheden, men er billeder på, hvordan vi gerne vil have det nære sundhedsvæsen til at fungere i en nær fremtid.

Carl illustrerer den sundhedsudfordring, vi står over for som samfund. Mere end en million danskere lever med en kronisk sygdom, mellem en halv til en mio. danskere har haft en psykisk lidelse¹, og en stadigt voksende andel af unge – især piger – rapporterer om psykisk mistrivsel. Mere end en tredjedel af de 19-årige piger angiver således at have fået hjælp af en psykolog². Mange lever med deres sygdom i årevis, og i alle disse år er det det samlede sundhedsvæsens opgave sammen med de borgere, der har et behov for støtte, at skabe rammerne for, at man kan leve et almindeligt liv med familie, venner og arbejde.

Et sundhedsvæsen er først i verdensklasse, når borgere som Carl kan vende tilbage til deres hverdag. Det kræver en ny balance, hvor forebyggelse, rehabilitering, diagnostik, behandling og pleje vægtes ligeligt og ses som en del af et samlet behandlingsforløb. Hvor der er fokus på forløb og ikke enkelte indsatser. Det specialiserede sygehusvæsen og det nære sundhedsvæsen er hinandens forudsætninger, og de to skal prioriteres på lige fod, hvis vi vil skabe en vellykket udvikling i det samlede sundhedsvæsen. Hvis ikke vi får skabt den balance, risikerer vi en fortsat øget ulighed i sundhed, store udgifter til pleje og sociale indsatser og en kronikergruppe, som efterlades på kanten af arbejdsmarkedet.

Kommunerne har i årevis arbejdet med den sundhedsfremmende, forebyggende og helhedsorienterede indsats. Vi arbej-

der med forebyggelse bredt – i skoler og dagtilbud, i byplanlægningen og i den sociale indsats. Her har kommunerne en unik mulighed – og et stort ansvar – for at se på tværs af velfærdsområderne og arbejde med sundhed og social trivsel i hele kommunen. Der er ingen undskyldninger for at vente.

I dette udspil er fokus derfor et andet sted, nemlig på de sundhedsindsatser, som løses i samspillet mellem kommuner, regioner og praksissektoren. Derfor har vi også valgt at kalde udspillet "Sammen om sundhed".

Formålet med udspillet er at pege på de udfordringer, vi står med i det samarbejdende sundhedsvæsen samt at anvise nogle mulige løsninger til at forbedre samarbejdet i sundhedsvæsenet og kvaliteten i de nære sundhedstilbud.

I kommunerne er vi klar til at løfte vores del af den fælles opgave. Men kommunernes udgangspunkt for at gøre det er vidt forskelligt. Nogle kommuner er store – andre er små. Nogle kommuner har let adgang til læger og sygehuse – andre har ikke. Vi er nødt til at tage udgangspunkt i den forskellighed og anerkende den som et vilkår. Men vi må samtidig også slå fast, at forskelligheden ikke er det afgørende. Det afgørende er, at borgerne i det her land – uanset hvor de bor – skal have et sundhedstilbud af høj kvalitet.

Derfor kan kommunerne heller ikke altid løse sundhedsopgaven hver for sig. Kommunerne er afhængige af at arbejde sammen – med hinanden, med regionerne, med praksissektoren, med patientforeninger og private aktører. På den måde kan vi sikre, at alle borgere får et sundhedstilbud af høj kvalitet. På den måde

kan vi levere indsatser, som baserer sig på evidens og forskning. På den måde kan vi levere indsatser som vores samarbejdspartnere har tillid til.

Det nære sundhedsvæsen har været til debat i seneste fire-fem år, og der er sket mange fremskridt i perioden. Nu er tiden kommet til et gearskifte, så vi får besvaret nogle af de centrale spørgsmål, som har presset sig på i en årrække:

Hvad er planen for det stigende antal patienter, som ikke har behov for specialiseret behandling, men som skal følges og lære at leve med en sygdom?

Hvordan håndterer vi de mange patienter med kronisk sygdom, som vi vil se i de kommende år?

Hvordan håndterer vi den voksende gruppe af især unge, som har psykiske lidelser, og som har svært ved at få fodfæste på uddannelser og arbejdsmarked?

Hvad skal der ske med de ambulatoriepatienter, der fremover vil få meget langt til et sygehus?

Hvem skal sikre, at skrøbelige ældre ikke skal transporteres mange kilometer til det nærmest liggende sygehus alene for laboratorieundersøgelser, der i stedet kunne være foretaget lokalt?

Hvordan undgår vi, at ældre medicinske patienter som Carl ikke bliver indlagt unødigt, fordi hans tilstand bliver lidt ustabil?

Kommunernes mål er, at ændringer i Carls tilstand skal opspores så tidligt, at indlæggelse kan undgås. Det er mere værdigt, hvis Carl kan forblive i sine vante omgivelser og indsatsen tager udgangspunkt i hans ønsker og ressourcer. Vi må rette ind efter patienternes behov og de ændrede sygdomsmønstre. Det store sundhedspolitiske spørgsmål i de kommende år bør derfor handle om alt det, der foregår uden for sygehusene – i borgerens nærmiljø.

1 En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser, Rapport fra regeringens udvalg om psykiatri, 2013.

2 Børn og unge i Danmark, velfærd og trivsel 2014, Det Nationale forskningscenter for Velfærd, 2014.

KL og kommunerne vil med udspillet konkret illustrere gevinsterne ved at lave et gearskifte og styrke de sundhedsopgaver, der udføres i borgerens nærmiljø.

Om dette udspils opbygning

Udspillet første del beskriver udfordringerne både i nye sygdomsmønstre, ændret demografi og ændringer i syge-

husvæsenet. Den nye sygehusstruktur og de ændrede behandlingsmønstre på sygehuse ændrer nemlig arbejdsvilkårene for kommunerne og er en del af den virkelighed, som et samarbejdende sundhedsvæsen skal fungere i.

Dernæst tager vi på besøg hos borgerne og beskriver en række ideelle borgerforløb, som vi kunne ønske os, de så ud i 2020. Patienthistorierne bringer os ind i hverdagen hos Carl, en ældre medicinsk patient, Louise som er en erhvervsskoleelev med misbrug, Jens, som har KOL og er i den erhvervsaktive alder, Else med demens, Sandra, som er et barn med overvægtsproblemer og Hanne, som er behandlet for kræft. Vi beskriver de barrierer, der er i dag for disse ideelle forløb, og vi peger på, hvad der skal til for at nå derhen.

Udspillet tredje del handler om de styringsmæssige rammer for et stærkere nært sundhedsvæsen, hvor behovet for justerede incitamenter og adgang til data beskrives. Kvalitet er afgørende for et stærkere nært sundhedsvæsen, og der er flere veje for kommunerne til at opnå ensartet kvalitet for den enkelte borger. Hvilke, ser vi på sidst i udspillet.



02 / HOVEDBUDSKABER – HVAD SKAL DER TIL

Hvis ambitionen om et styrket nært og mere sammenhængende sundhedsvæsen skal indfris, er der brug for handling nu. Regeringen bør derfor sætte en tydelig dagsorden for et skifte i sundhedspolitikken, der kan bringe sundhedsvæsenet på niveau med de behov, borgerne har.

Der er brug for en ambitiøs plan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, og det er derfor KL's opfordring, at der allerede i forbindelse med forhandlingerne om finansloven for 2016 og efterfølgende i aftalerne om kommunernes og regionernes økonomi for 2017 sættes en klar retning.

KL og kommunernes bud på, hvad der bør adresseres i en kommende plan kan sammenfattes i følgende budskaber:

1. **Indsatsen for de ældre medicinske patienter skal løftes.** **KL anbefaler:**

- At regeringen i den kommende plan for det nære sundhedsvæsen løfter arbejdet med den ældre medicinske patient. Det skal afklares: Hvilke opgaver, der skal varetages i det nære sundhedsvæsen, hvilke sundhedsfaglige kompetencer kommunerne skal råde over samt Kapacitet og ressourcer i det nære sundhedsvæsen.
- At regeringen i den kommende plan for det nære sundhedsvæsen sikrer bedre lægedækning til borgerne. Det kan omfatte:
 - Investering i sundhedshuse kan medvirke til at sikre lægedækning i områder, hvor der i dag er problemer, og hvor der fremadrettet vil komme udfordringer i takt med, at læger pensioneres.
 - Regionernes øgede planlægningskompetence, hvor ledige ydernumre kan placeres i områder med behov, bør udnyttes mere effektivt end i dag.

- Kommunerne bør involvere sig aktivt i spørgsmålet om lægedækning og fx stille lokaler og andre ressourcer til rådighed for at tiltrække læger.

- At regeringen i den kommende plan for det nære sundhedsvæsen sikrer bedre lægebetjening af borgere i kommunale tilbud – i somatikken såvel som i psykiatrien. For kommunerne er det vigtigt med:

- Fasttilknyttede læger på plejecentre og botilbud.
- Fleksibel adgang til læger i forbindelse med kommunernes opgaver i tilknytning til den ældre medicinske patient, herunder på midlertidige pladser.
- I visse dele af landet vil det ydermere give mening at tænke kommuners adgang til læger sammen med sundhedshuse.

Kommunernes behov kan indfris på forskellig vis. Det mest oplagte er via samarbejde med almen praksis, men tilknytning af regionalt ansatte læger, mulighed for ansættelse af kommunale læger, eller samarbejde med private læger er også muligheder.

- At regeringen i den kommende plan for det nære sundhedsvæsen sikrer de nødvendige rammer og kapacitet, så kommunerne kan udbygge akutfunktionerne og øvrige sundhedstilbud i ældreplejen.
- At regeringen sikrer kommunerne en udvidet adgang til brug af rammedelegationer til undersøgelse og behandling af en defineret patientgruppe.

- At Sundhedsstyrelsen etablerer specialuddannelse til sygeplejersker målrettet medicinske patienter.
- At kommunerne via sundhedsaftalerne får mere fleksibel adgang til regionale kompetencer fx mobil blodprøvetagning fra udgående regionale bioanalytikere eller andre lokale løsninger.
- At stat, regioner og kommuner udbreder telemedicinske ordninger for de målgrupper, hvor det giver effekt, i større udstrækning end i dag, herunder skal regeringen sikre, at der i hele landet er den nødvendige netdækning, så kommunikationen mellem parterne er stabil.

2. Den nære psykiatri skal styrkes. KL anbefaler:

- At regeringen, som annonceret, ligestiller psykiatrien med det somatiske område. Det bør indebære, at den kommende plan for det nære sundhedsvæsen også klarlægger, hvilken kapacitet og rammer der skal være tilstede i det nære sundhedsvæsen for borgere med psykisk sygdom. Det omfatter bl.a. styrkede kommunale tilbud som døgndækket støtte, akuttstilbud, adgang til ekspertise i behandlingspsykiatrien og anvendelse af telesundhedsløsninger for psykisk syge.
- At kommunerne skal arbejde med fremskudte indsatser, så flere problemer kan løses i almenområdet.
- At regeringen præciserer, hvem der har ansvaret for at reagere på unges mistroivsel, fravær og evt. misbrug på ungdomsuddannelserne.

3. Sundhedsstyrelsen skal udarbejde en klar kronikerstrategi. KL anbefaler:

- At strategien afklarer, hvad der skal til for, at flere borgere med kronisk sygdom kan få foretaget fx kontroller lokalt, herunder hvilken faglig backup, det vil kræve, hvordan telemedicin kan anvendes, hvor meget man kan bero på egenkontroller, hvilken rolle hjemmesygeplejen skal spille, samt hvilken rolle de nye sundhedshuse vil kunne spille.
- At kommunerne samarbejder på tværs for at minimere borgernes afstand til patientrettede forebyggelsestilbud samt sikrer den fornødne patientvolumen.

4. Demensindsatsen skal styrkes. KL anbefaler, at den annoncerede nationale handlingsplan vil sikre:

- At kommunerne kan styrke kompetencerne blandt det kommunale pleje- og træningspersonale – det gælder kompetencer til opsporing af tidlige tegn på demens såvel som styrkede kompetencer til pleje og rehabilitering.

- At regionerne kan styrke kapaciteten på demensudredningsklinikkerne, bl.a. i forhold til hurtigere udredning af personer med demens og i forhold til styrket samarbejde med kommuner og almen praksis om indsatsen til personer med demens.
- At kommunerne systematisk og tidligt i forløbet kan tilbyde fysisk træning til personer ramt af demens.
- At kommunerne kan styrke kapaciteten på de midlertidige pleje- og aktivitetstilbud med henblik på bedre aflastning af pårørende fx gennem mere fleksible åbningstider, herunder åbningstider i weekender.
- At forskningen i effektive metoder til at afdække årsager til demens og til at forhale progression af demens styrkes.
- At forskning i demenssegne plejeboliger styrkes, herunder i forhold til at fremme fysisk aktivitet og bevægelse blandt beboerne.

5. Sundhedsindsatsen for børn og unge skal styrkes. KL anbefaler:

- At regeringen, som et led i planen for det nære sundhedsvæsen, vurderer opgaverne for fremtidens sundhedspleje, herunder opgaver med forebyggende tiltag over for spædbørn og over for børn i sårbare familier med særlige behov i førskolealderen via tidlig forældreindsats og hjemmebesøg.



- At regeringen understøtter udviklingen og udbredelsen af sundhedsdata på børneområdet.
- 6. Bedre rehabilitering af kræftpatienter. KL anbefaler:**
- At regeringen sikrer, at Kræftplan IV styrker kræftrehabilitering i kommunerne.
 - At regeringen udstikker klarere mål og retningslinjer for kræftrehabiliteringsforløb i kommunerne.
 - At henvisningen af kræftpatienter til kommunale rehabiliteringstilbud forenkles for de henvisende sygehusafdelinger.
 - At kræftplan IV sikrer en opkvalificering af medarbejderne i kommunerne, så de sundhedsfaglige kompetencer svarer til opgaverne.
 - At kommunerne i højere grad går sammen om kræftrehabilitering for at sikre stor nok volumen i antallet af patienter, men også i forhold til at sikre ensartethed i tilbuddene.
- 7. Bedre incitamenter i sundhedsvæsenet. KL anbefaler:**
- At regeringen justerer den kommunale medfinansiering, så der skabes en større sammenhæng mellem kommunernes mulighed for at påvirke forbruget af ydelser og graden af medfinansiering.
 - At regeringen differentierer taksterne for kommunal medfinansiering, så medfinansieringen i højere grad afspejler kommunernes påvirkningsmulighed.
 - At regeringen sikrer, at der ikke kan opkræves kommunal medfinansiering, når patienter bliver overflyttet mellem afdelinger eller sygehuse.
 - At regeringen ændrer mekanismen for fastsættelse af lofterne for regionernes indtægt fra kommunal medfinansiering.
 - At regeringen ændrer det grundlæggende styringsparadigme for sygehusene, så der ikke alene er incitament til at øge aktiviteten. Styringsparadigmet skal også fokusere på kvalitet. Regeringen bør derfor skabe et styringsparadigme med incitamenter, der understøtter kvalitet i sygehusbehandlingen.
 - At regeringen på baggrund af en kortlægning gennemfører initiativer, der sikrer mere tidstro aktivitetsregistreringer på sygehusene, herunder gennemfører initiativer, der sikrer mere pålidelige færdigmeldingsdatoer på sygehusene.
 - At regeringen sikrer, at kommunerne får adgang til relevante data og relevante koblingsmuligheder på relevant niveau, til brug for planlægning og opfølgning af forebyggelsesindsatsen.

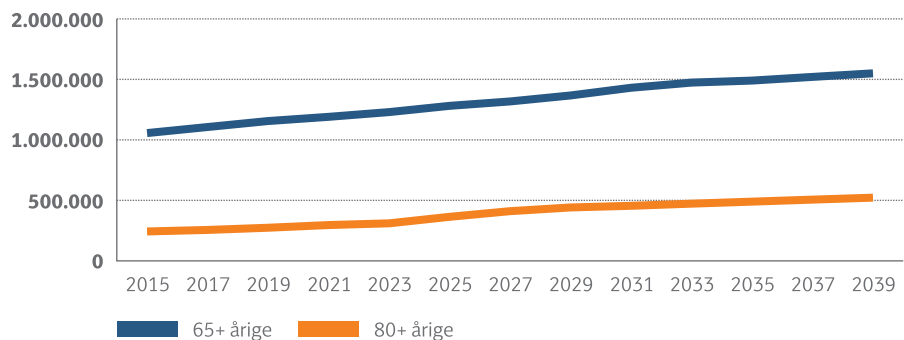


03 / DER ER BEHOV FOR EN PLAN FOR DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEEN

Vi bliver flere og flere ældre i den danske befolkning. Flere danskere kæmper med sindslidelser og kronisk sygdom. En ny sygehusstruktur står snart klar. I nogle områder af landet vokser manglen på alment praktiserende læger. Alt dette tydeliggør behovet for en plan for, hvad kommunerne skal løfte.

Vi bliver flere og flere ældre. Store årgange, der nærmer sig alderdommen, bedre levevilkår, en sundere befolkning og bedre mulighed for diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering bidrager alt sammen hertil. I 2009 var der 875.000 borgere over 65 år. I 2015 er der flere end 1 mio. svarende til 19 pct. af befolkningen. I år 2040 vil der være 1,5 mio. personer over 65 år, svarende til 25 pct. af befolkningen, jf. figur 3.1.

› **Figur 3.1. Antal 65+-årige og 80+-årige i befolkningen og udviklingen heri (2015-2039)**

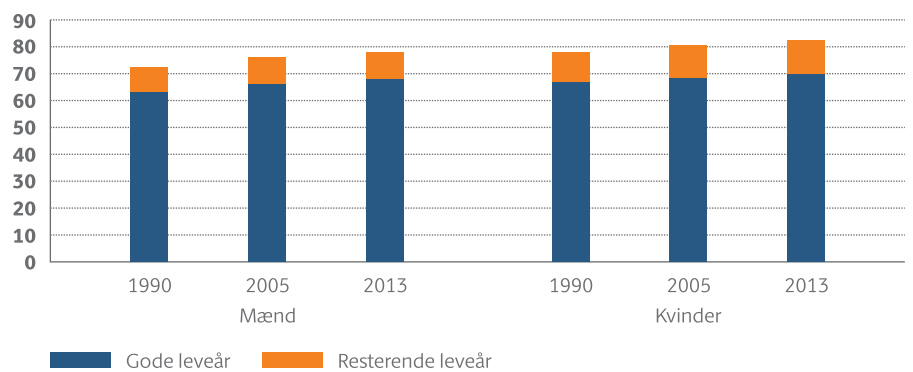


Kilde: Danmarks Statistiks befolkningsfremskrivning (FRDK115 i Statistikbanken.dk).



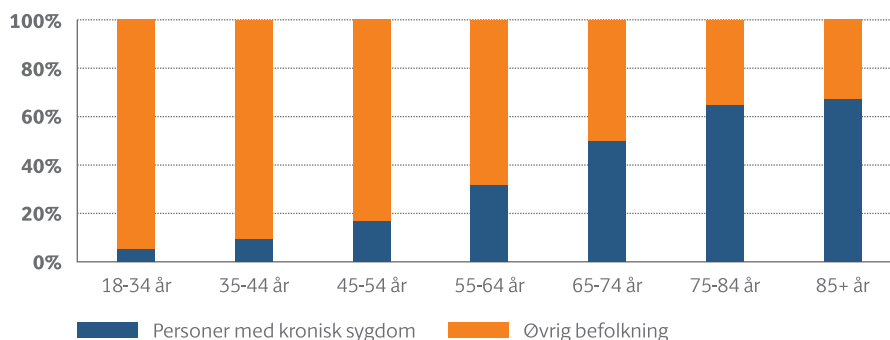
Vi lever i længere tid og er samtidig mere raske. Fra 1990 til 2013 er den forventede levetid for mænd og kvinder steget med henholdsvis 5,5 og 4,2 år. I samme periode har vi fået flere leveår uden sygdom. Denne udvikling er bl.a. et udtryk for, at sundhedstilstanden generelt er stigende blandt de fleste ældre og at mange ældre kan klare sig selv langt hen i livet. Men bag den gode nyhed ses også en stigning i antallet af år med sygdom og funktionsnedsættelse. Stigningen i middellevetid forskyder således blot det tidspunkt, hvor de ældre får behov for pleje og behandling. Samlet set får vi lidt flere år pr. ældre med betydelig funktionsnedsættelse. Derfor vil kommunerne fortsat stå med en betydelig opgave i form af pleje og rehabilitering.

› **Figur 3.2. Udvikling i forventet levetid og gode leveår**



Kilde: Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition, The Lancet, august 27, 2015.

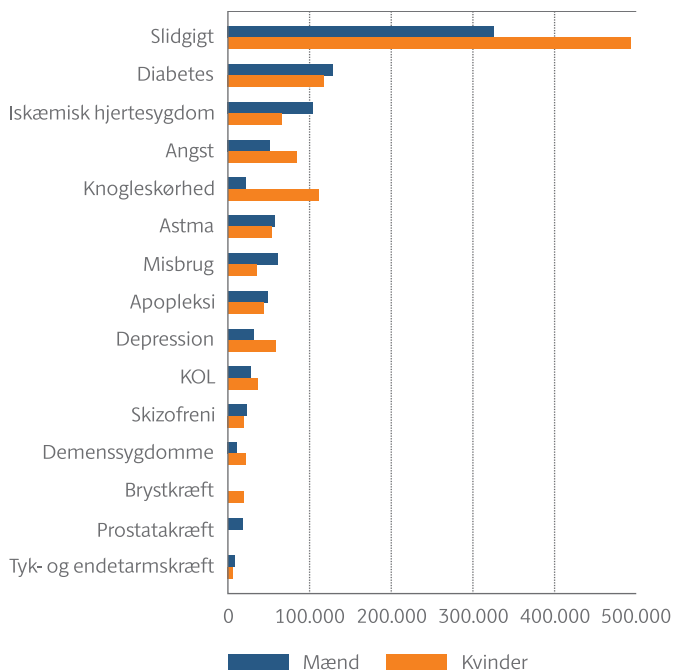
› **Figur 3.3. Andel personer med kronisk sygdom fordelt på aldersgrupper (2010)**



Flere ældre betyder også flere borgere med kroniske sygdomme. For de yngste aldersgrupper er andelen af kronisk syge således under 10 pct., stigende til godt 15 og 30 pct. for henholdsvis de 45-54-årige og de 55-64-årige. For så vidt angår de ældre borgere, har omkring halvdelen af de 65-74-årige kronisk sygdom, mens andelen er omkring 2/3 for de 75+-årige. Udbredelsen af kronisk sygdom i forskellige aldersgrupper er vist i figur 3.3.

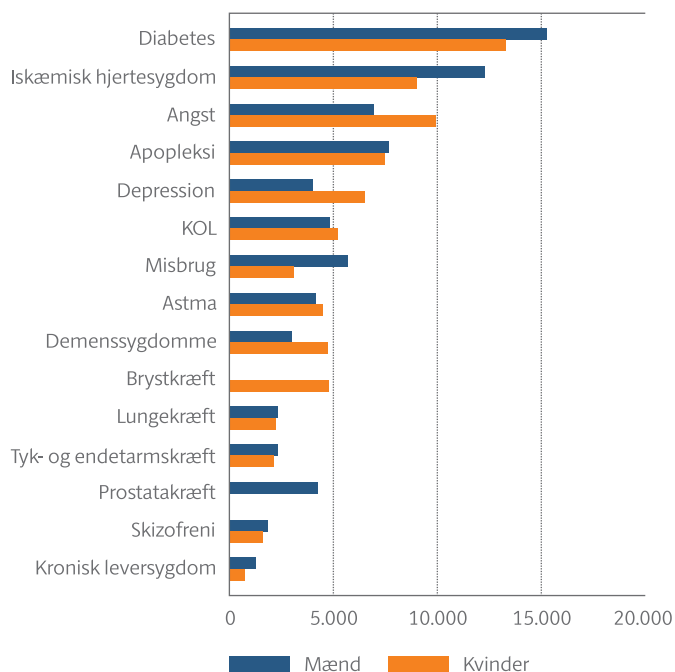
Kilde: Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser, KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2013.

› **Figur 3.4. Forekomst af udvalgte sygdomme i Danmark**



Kilde: Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme, Sundhedsstyrelsen, 2015.
Note: Prævalens af udvalgte sygdomme i Danmark. Årligt gennemsnit for 2010-2012.

› **Figur 3.5. Nye tilfælde af udvalgte sygdomme**

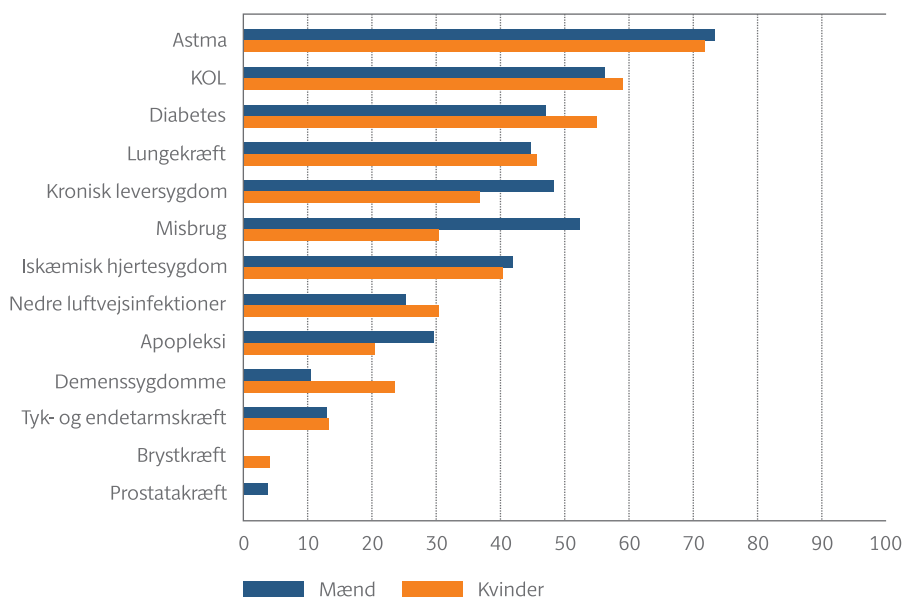


Kilde: Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme, Sundhedsstyrelsen, 2015.
Note: Incidens af udvalgte sygdomme i Danmark. Årligt gennemsnit for 2010-2012. Nye tilfælde af slidgigt og knogleskørhed kan ikke opgøres.

De mest udbredte kroniske sygdomme er muskel-skelet-lidelser, diabetes og hjertesygdom. Diabetes og hjertesygdom er samtidig sammen med angst og depression nogle af de sygdomme, hvor der årligt diagnosticeres flest nye tilfælde, jf. figur 3.4. og 3.5.

Levetiden er ikke jævnt fordelt blandt personer med kronisk sygdom. Der er således markant social ulighed i dødsfald forårsaget af en kronisk sygdom, jf. figur 3.6. Fx ville antallet af dødsfald pga. diabetes være 50 % lavere, hvis hele befolkningen havde samme dødelighed som personer med en mellemlang/lang uddannelse.

› **Figur 3.6. Social ulighed i dødsfald**



Kilde: Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme, Sundhedsstyrelsen, 2015.
Note: Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012.

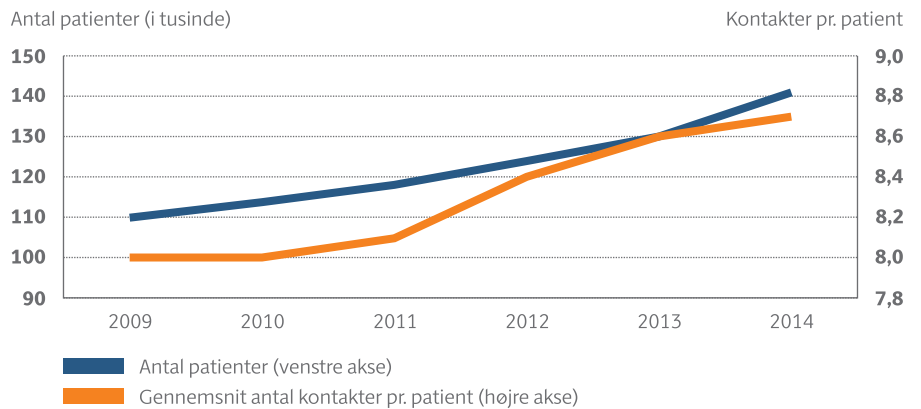
Også flere danskere er i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem. Fra 2009 til 2014 er antallet af danskere i kontakt med behandlingspsykiatrien årligt således øget fra 110.000 til 141.000 personer, hvilket svarer til en stigning på 28 pct., jf. fig. 3.7. Men ikke blot antallet af personer i behandlingspsykiatrien er steget, det er deres antal af kontakter også. Vi står med andre ord over for en udfordring på det psykiatriske område, der på flere måder spejler udviklingen på det somatiske område.

Et styrket fokus på rehabilitering

Flere overlever i dag livstruende sygdomme som fx kræft, og flere lever længere med en kronisk sygdom, jf. fig. 3.8. og 3.9.

Det er selvsagt positivt, at vi lever længere – men det betyder også, at vi lever længere med alvorlige sygdomme. Det stiller os over for nye udfordringer, der betyder, at sundhedsvæsenet skal være bedre gearet til at støtte ældre medicinske patienter, borgere med kroniske eller psykiske lidelser og andre sygdomme. For i løbet af et sygdomsforløb møder disse borgere både sygehuset, den praktiserende læge og de kommunale sundhedstilbud. Og langt det meste af tiden lever borgeren med sin sygdom

› **Figur 3.7 Udvikling i antal patienter og antal kontakter i det psykiatriske sygehussvæsen**



Kilde: Udvalgte nøgletal for det regionale sundhedsvæsen 2009-2014, Statens Serum Institut, 2015.

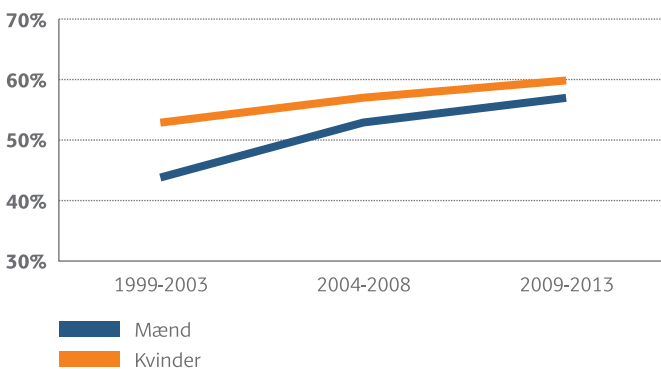
Note: Kontakter og patienter omfatter både akutte og planlagte psykiatriske indlæggelser og ambulante besøg samt skadestuebesøg.

derhjemme og prøver – ligesom alle andre – at leve et almindeligt liv.

I kommunerne kræver det et skarpt fokus på rehabilitering, pleje og kvalificeret sygepleje i hjemmet og på, hvordan vi støtter borgere som kan og vil selv samt borgere med få ressourcer. Det kræver også klare forpligtende aftaler med vores

samarbejdspartnere i regioner og almen praksis. Og så kræver det, at vi drager konsekvensen af de markante forandringer, sundhedsvæsenet gennem de seneste 10-15 år har gennemgået. Det gælder særligt i forhold til de ændrede arbejdsvilkår for kommunerne og i forhold til manglen på praktiserende læger i visse egne af landet.

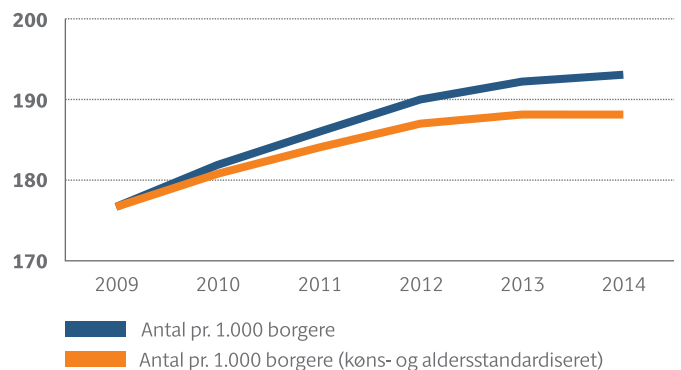
› **Figur 3.8. Udvikling i 5-års overlevelse efter kræft (pct.)**



Kilde: NORDCAN.

Note: 5 års aldersstandardiseret relativ overlevelse, dvs. sandsynligheden for at en kræft-patient overlever 5 år, hvis man ser bort fra andre dødsårsager for patienterne. Omfatter alle kræftformer undtagen hudkræft.

› **Figur 3.9. Udvikling i antal personer med udvalgte kroniske sygdomme (pr. 1.000)**



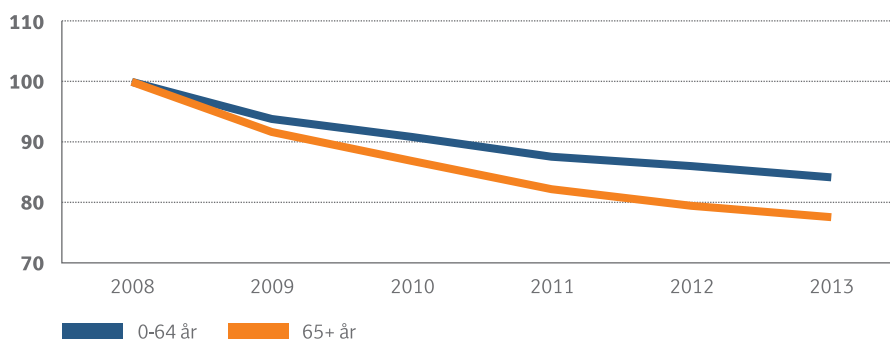
Kilde: Indblik i sundhedsvæsenets resultater, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Danske Regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, KL og Finansministeriet, 2015.



Sygehusvæsenet under forandring

Patienternes indlæggelsestid – og særligt indlæggelsestiden for 65+-årige – har gennem en årrække været markant faldende, ligesom der siden 2007 er sket en markant stigning i antallet af ambulante besøg til behandling af kronisk sygdom. figur. 3.10-3.11.

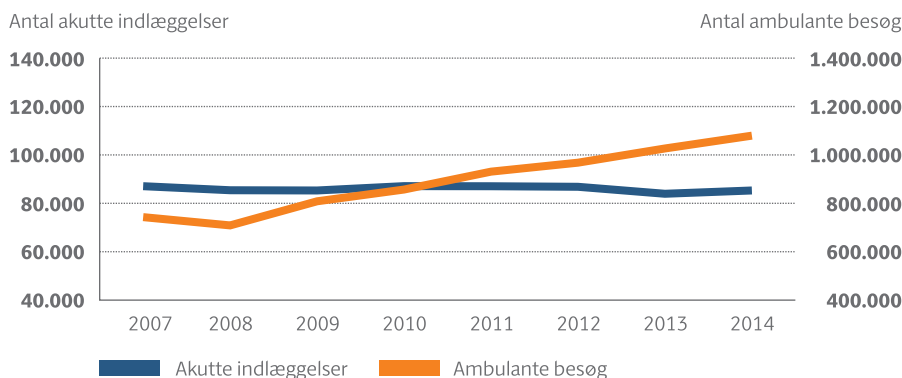
› **Figur 3.10. Relativ udvikling i indlæggelsestid (2008=100 pct.)**



Kilde: KL-analyser baseret på adgang til data fra Landspatientregisteret via Danmarks Statistik.

Note: Indlæggelsestiden er opgjort som antallet af dage mellem indskrivningsdato og udskrivningsdato for alle sammenhængende indlæggelsesforløb, som er afsluttet i det pågældende år. Blandt 65+-årige faldt den gennemsnitlige liggetid fra 6,8 dage i 2008 til 5,3 dage i 2013. I den øvrige befolkning faldt indlæggelsestiden i den samme periode fra 3,6 dage til 3,0 dage.

› **Figur 3.11. Udvikling i antal sygehuskontakter ved kronisk sygdom**



Kilde: Egne udtræk fra Kommunaløkonomisk sundhedsinformationsgrundlag (KØS).

Note: Afgrænset til akutte indlæggelser og ambulante besøg med kronisk sygdom som aktionsdiagnose (diabetes, kroniske lungesygdomme, hjertekarsygdomme, knogleskørhed og leddegigt).

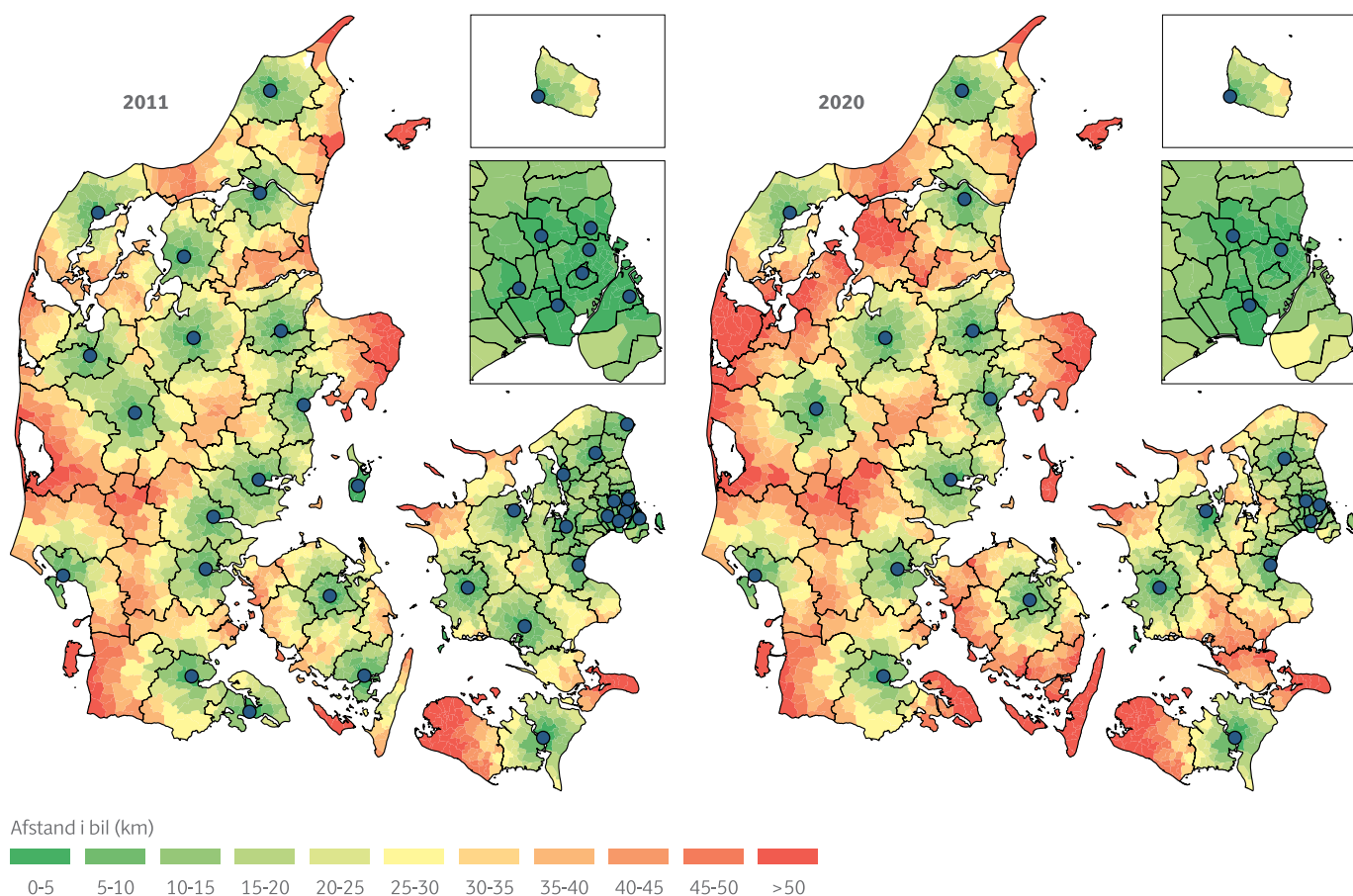


Når den nye sygehusstruktur er implementeret i 2020 vil 25 pct. af befolkningen få mere end 30 km. til nærmeste sygehus med fælles akutmodtagelse. Det er især de ældre borgere og borgere på øerne og i land- og yderkommuner, der får længere til sygehuset, jf. figur 3.12.

Det er fagligt rigtigt at samle den akutte indsats på færre enheder. Det styrker kvaliteten og sikrer borgerne et bedre tilbud. Større afstande til sygehuse med

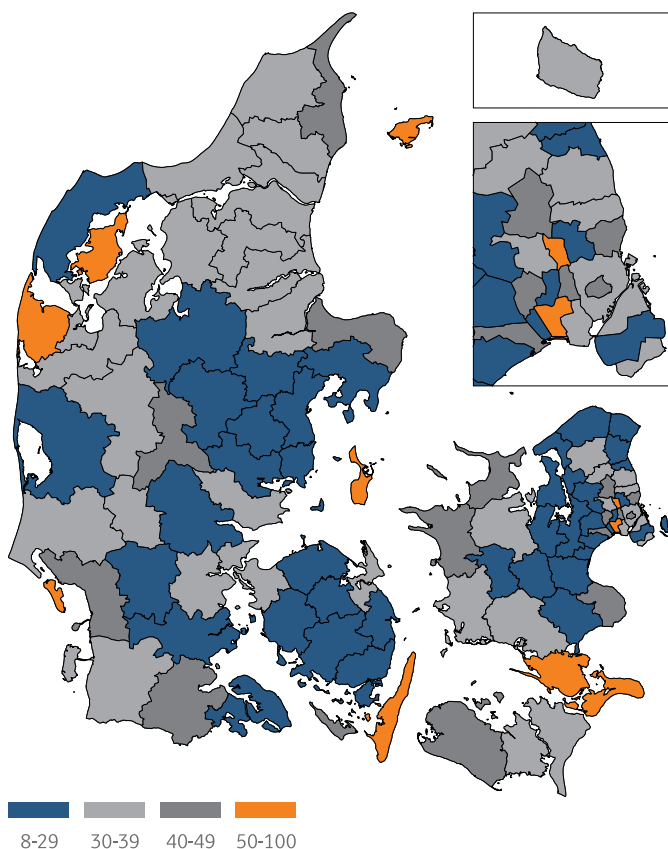
fælles akutmodtagelse er derfor i sig selv heller ikke en udfordring. Sammenlægningen af akutfunktionerne gør dog, at mange andre funktioner også centraliseres. Borgere får længere afstand til andre sygehusfunktioner, fx ambulatoriefunktioner, der i kraft af den nye sygehusstruktur samles på færre sygehuse. Længere afstand kan hér være en udfordring, særligt hvis man er ældre og/eller jævnlige skal til kontrol på et ambulatorium.

› **Figur 3.12. Borgernes afstand til nærmeste sygehus med fælles akutmodtagelse**



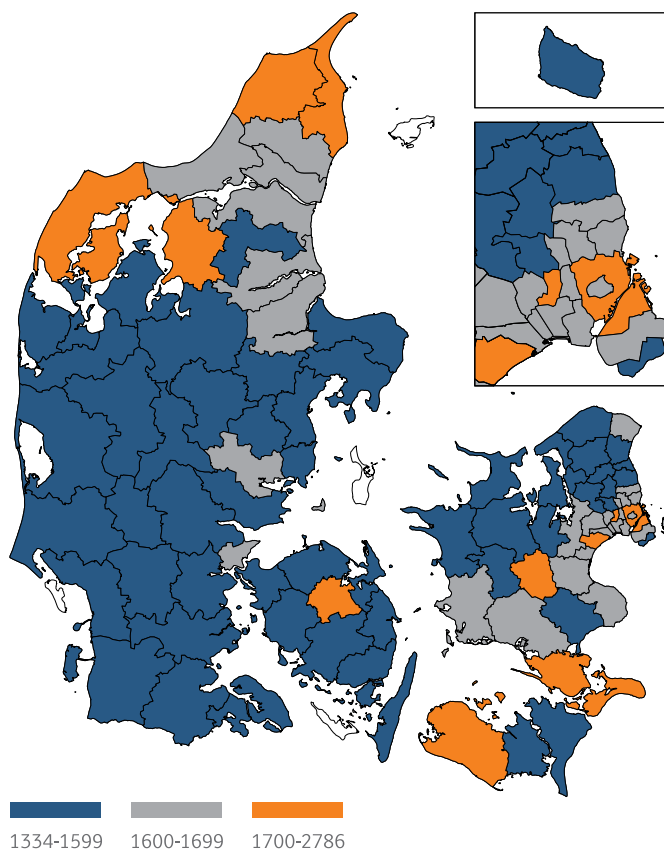
Kilde: Egne KL-analyser, 2015: baseret på vejafstand mellem bopælens sognemidtpunkter og nærmeste sygehus' sogns midtpunkt.

› **Figur 3.13. Andel af alment praktiserende læger over 60 år pr. 1. juni 2015**



Kilde: Tal fra Danske Regioner. Alder er udtrykt pr. 1. juni 2015.

› **Figur 3.14. Antal patienter pr. alment praktiserende læge i 2015**



Kilde: Tal fra Danske Regioner, 2015.

Note: Antallet af patienter er antallet af gruppe 1-sikrede. Læger er opgjort som antal lægekapaciteter. Ø-kommunerne Ærø, Fanø, Samsø og Læsø er ikke vist (<1.100 patienter pr. læge).

Mangel på alment praktiserende læger

Der er i nogle områder af landet mangel på alment praktiserende læger. Dette billede forværres af, at store årgange af praktiserende læger nærmer sig pensionsalderen. I 2001 var gennemsnitsalderen for en alment praktiserende læge 51,3 år, mens den i 2013 var 53,6 år. I samme periode er andelen af læger over 60 år vokset fra 10 pct. til 30 pct.³ Det er særligt på de mindre øer og i land- og yderkommuner, at gennemsnitsalderen blandt de praktiserende læger er høj, jf. figur 3.13. Der er et vist sammenfald

mellem kommuner, hvor en stor andel af lægerne er over 60 år, og kommuner, hvis læger har mange patienter tilmeldt, jf. fig. 3.14. Især i Nordjylland og Sydjylland tegnes der et billede af både aktuelle og større fremtidige problemer med lægemangel pga. kombinationen af mange patienter pr. læge og høj gennemsnitsalder blandt lægerne. Det høje antal patienter pr. læge i hovedstadsområdet og andre storbykommuner skyldes formentlig, at lægerne i storbyerne i højere grad er organiseret på en måde, hvor flere læger deler en lægepraksis. Den udvikling har

endvidere tiltrukket broderparten af de yngre læger, der søger derhen, hvor vækst og muligheder er.

Forudsætningen for et specialiseret og effektivt sygehusvæsen

Investeringerne i en ny sygehusstruktur vil i den nære fremtid give os moderne sygehuse og samtidig samle specialer på færre enheder end i dag. Det vil i de kommende år øge kvaliteten i udredning og den specialiserede behandling yderligere.

Sygehusvæsenet er på mange måder bygget til at håndtere korte sygdomsforløb. Det understreges bl.a. af det konstante fald i indlæggelsestid. Det vil med den

3 Fakta om almen praksis, PLO, 3. juni 2013.

nye sygehusstruktur ikke ændre sig. Men personer med kronisk sygdom, de ældre medicinske patienter og de psykisk syge lever med deres sygdomme i årevis. Der er derfor brug for et langt større fokus på forebyggelse, rehabilitering og nære tilbud.

Forudsætningen for et specialiseret og effektivt sygehusvæsen er et stærkt, nært sundhedsvæsen, der har kompetencer og kapacitet til at håndtere borgere, der – efter de er udskrevet – fortsat har komplekse pleje- og behandlingsbehov. Samtidig skal det nære kunne håndtere de mere almene psykiske og somatiske sygdomstilstande og herunder kunne forebygge, at de overhovedet opstår.

Kommunerne opruster

Kommunerne har siden 2007 oprustet markant på sundhedsområdet – såvel i antallet af medarbejdere med en sundhedsfaglig autorisation som i omfang og kvalitet af de pleje-, genoptrænings- og rehabiliteringstilbud, kommunerne tilbyder borgerne. Det gælder både i forhold til den borgerrettede forebyggelse, indsatsen over for ældre medicinske patienter, i forhold til borgere med psykisk sygdom og borgere med kronisk sygdom. Nogle kommuner samarbejder med nabokommunerne om indsatsen, mens andre benytter sig af fx samarbejde med regionen eller med private aktører, jf. faktaboks 3.1. Kommunernes forskellighed er vigtig, for den tillader, at man kan planlægge indsatsen efter lokale forhold. Det afgørende er dog, at borgerne – uanset hvor de bor – får et sundhedstilbud af høj kvalitet.

› FAKTABOKS 3.1. KOMMUNALT SAMARBEJDE PÅ HJERNESKADEOMRÅDET⁴

- › 51 pct. af kommunerne har indgået et formaliseret samarbejde med andre kommuner.
- › 60 pct. af kommunerne samarbejder i enkelte sager med de specialiserede hjerneskadetilbud.
- › 34 pct. af kommunerne anvender konsekvent de specialiserede hjerneskadetilbud, når borgeren har behov for en specialiseret indsats.





Antallet af sundhedsfaglige medarbejdere i kommunerne er fra 2007-2014 øget med 37 pct. Fra 2014 til 2015 er det øget med yderligere 7 pct. point. Dermed udgør det autoriserede sundhedspersonale hele 56 pct. af personalet i det kommunale sundhedsvæsen⁵. Til sammenligning er det samlede antal kommunale medarbejdere i samme periode reduceret med tre pct.

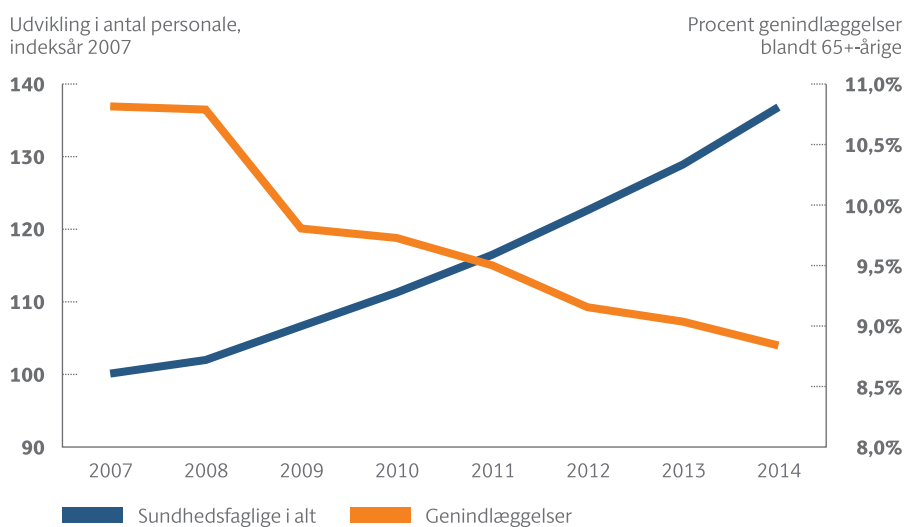
Fra 2007 til 2014 er andelen af forebyggelige indlæggelser blandt de 65+-årige faldet fra 71 til 63 indlæggelser pr. 1.000 65+-årig, ligesom genindlæggelsesfrekvensen, dvs. genindlæggelser i forhold til indlæggelser i aldersgruppen, i samme periode er faldet fra 10,8 pct. til 8,8 pct. Udviklingen i sundhedsfagligt personale og genindlæggelser fremgår af figur 3.15.

Faldet er en klar indikation på, at kommunernes indsatser gør en forskel i den forstand, at de frigiver ressourcer på sygehusene og gavner samfundsøkonomien. Endnu vigtigere er det i sidste ende også bedre for borgerne at undgå en uhenigtsmæssig sygehusindlæggelse.

Almenmedicinske problemer kan håndteres i det nære

De faglige og fysiske rammer for den nye sygehusstruktur er lagt og patienterne vil om ganske få år møde op i nye ambulatorier og sengeafsnit.

› **Figur 3.15. Andel genindlæggelser af 65+-årige og udviklingen i sundhedsfagligt personale siden 2007 (pct.)**



Kilde: E-sundhed, Statens Serum Institut (SSI) og Kommunernes og regionernes lønstatistik (KRL)

Hvis vi skal undgå, at borgere, som mere hensigtsmæssigt kan behandles i det nære sundhedsvæsen, fra dag et fylder de nye ambulatorier og sengeafsnit til bristepunktet, er der behov for en plan for, hvad kommunerne skal løfte.

KL vil i de kommende kapitler pege på, hvad der skal til for, at vi kan fastholde og udbygge et sundhedsvæsen i verdens-

klasse. Et sundhedsvæsen vel at mærke, hvor en stærk primærsektor er en forudsætning for:

- at borgerne får en god og rettidig behandling, der betyder, at de kan fortsætte med deres hverdagsliv, så godt som muligt.
- at sygehusene ikke sander til i almenmedicinske problemstillinger, som burde have været håndteret andetsteds.

04 / EN VÆRDIG BEHANDLING TIL DE ÆLDRE

Gruppen af ældre medicinske patienter består af meget forskellige patienter med meget forskellige behandlings- og plejebenhov. Nogle har meget komplekse og flere parallelle behandlingsforløb, andre kræver knap så specialiseret behandling, men har stadig et stort plejebenhov. Mange ældre medicinske patienter indlægges akut på en medicinsk afdeling. Nogle gange på grund af almenmedicinske problemstillinger, der med den rette og tidlige indsats måske kan håndteres i det nære.

I kommunerne ønsker vi, at de ældre medicinske patienter, vi patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt kan pleje, inden 2020 skal have den fornødne pleje, rehabilitering og behandling lokalt, så unødige indlæggelser kan undgås til gavn for borgeren og samfundsøkonomien.

Nu vil vi rejse frem til år 2020. Her møder vi Carl på 85 år, som er borger i Kerteminde og har diabetes type 2.

“ Carl har haft et langt arbejdsliv som værftsarbejder. Dagny, Carls kone, døde for et par år siden. Carl har to børn og 4 børnebørn. De bor ikke langt fra Carl, og han ser dem derfor ofte. Carl har altid klaret sig selv. Men som følge af sit arbejde har han en række fysiske problemer knyttet til lunger og bevægeapparatet. Dels har han skader på ryg og ben, dels har han diabetes, der giver dårligt kredsløb. Han har fodsår, som er vanskelige at hele. Det er derfor også problematisk

for Carl at klare sig alene i lejligheden på 3. sal. Det er fx umuligt for Carl at transportere sig selv ned på gaden. Derfor modtager han massiv hjælp til både personlig pleje og til praktisk hjælp og Carls to børn er også flittige til at holde Carl med selskab og hjælpe Carl med indkøb, ture og lignende. En sårsygeplejeske tilser Carls fodsår. Under et af besøgene bemærker sygeplejersken, at Carl virker forvirret og mere træt, end han plejer at være. Hun tager derfor kontakt til kommunens akutfunktion.

Sådan bør Carls behandling forløbe

Den kommunale akutfunktion holder Carl under observation og måler blod-sukker, iltmætning og tager relevante blodprøver på Carl. Akutfunktionen varetager opgaverne i henhold til de instruks, som allerede er beskrevet af den læge, der er tilknyttet akutfunktionen, og som har udfærdiget en ramme, som sygeplejerskerne fleksibelt kan handle inden

for. Akutfunktionen bemærker, at Carl ikke har fået tilstrækkelig med væske, og de retter derfor opmærksomheden mod dette. Kommunens akutfunktion er løbende i kontakt med Carls læge, der får informationer om Carls blodsukkerværdier herunder væsketal med henblik på at ordinere behandling. Lægen beslutter, at Carl skal have intravenøs væske. Den fælles indsats, IV-behandling med væske og hurtige blodprøvesvar gør, at Carl kan blive i hjemmet frem for at skulle indlægges akut på sygehuset.

Efter nogen tid får Carl en forværring – en meget problematisk situation, fordi forværringen er vanskelig, den kan i visse tilfælde medføre amputation. Lægerne på hospitalet vil helst undgå en operation men er samtidig bekymrede for, at Carls situation forværres, hvis han bliver i eget hjem.

BLODSUKKER

BS

Før motion Efter motion

Før juice Efter juice

Hospitalets læger, Carls egen læge og kommunens akutfunktion aftaler derfor sammen med Carl og hans børn, at han skal i medicinsk behandling og tilbyder også Carl et midlertidigt ophold på en akutplads i kommunen. Her kan kommunens sygeplejersker hjælpe Carl med at holde sit blodsukker stabilt samtidig med, at de kan gribe hurtigt ind ved ændringer i tilstanden omkring Carls fodsår. Flere gange om ugen kommer en læge forbi akutpladserne og ser til Carl.

Carl får løbende tilset sit fodsår af en kommunal sårsygeplejerske, der sender billeder og data til hospitalet, som hele tiden kan følge infektionen og justere behandlingen. Det er i den forbindelse en stor støtte for sygeplejerskerne, at de kan

trække Carls journaldata og hans opdaterede medicinliste direkte.

Det lykkedes at få såret under kontrol, og Carl vender efter nogen tid tilbage til egen lejlighed. Her får han fortsat besøg af hjemmeplejen, ligesom den kommunale hjemmesygepleje løbende holder øje med Carls blodsukker og væskebalance. Carl får også tilbudt træning, der gør ham bedre i stand til at klare de praktiske gøremål i hjemmet og til at komme ud på ture sammen med sine børn og børnebørn. Carl får nogle gode år i lejligheden, men bliver visiteret til en plejebolig, da hukommelsen for alvor begynder at svigte. Carl når at fejre sin 90 års fødselsdag sammen med sin familie på plejecentret Skovbo. ””

› CARL FØLTE SIG TRYK I SIT BEHANDLINGSFORLØB, FORDI:



- › Telesår er en fagligt optimal måde at håndtere Carls diabetiske sår.
- › Samarbejde mellem lægen og kommunens akutfunktion muliggør en tidlig indsats, så Carl ikke behøver at skulle på sygehus.
- › Der er klarhed over, hvem der løser hvilke opgaver.
- › Da Carl får en forværring i sit fodsår og har vanskeligt ved at blive i eget hjem, tilbyder kommunen en midlertidig plads.
- › Carl får træning og rehabilitering, så han bedre kan klare hverdagen.

› BOKS 4.1. KOMMUNEEKSEMPEL: MOBIL BLODPRØVETAGNING I VIBORG

I Viborg er det muligt for borgerne at få foretaget en blodprøve derhjemme – enten af et udkørende mobilt laboratorium eller af Viborg Kommunes akutteam. Det udkørende mobile laboratorium kører faste ruter, således at de er i et bestemt område en bestemt dag. Når akutteamet udfører opgaven, afleveres blodprøven på hospitalet, som sender svaret til den bestillende læge. Ordningen betyder, at borgerne hurtigere bliver udredt af den praktiserende læge, hvorved unødige indlæggelser kan undgås.



› BOKS 4.2. KOMMUNEEKSEMPEL: AKUTTEAMS OG AKUTPLADSER

Et nyt sønderjysk forskningsprojekt, "Acute Combined CarE for Seniors in Sønderjylland (ACCESS)", hvor både sygehus, praktiserende læger og kommuner har deltaget, viser, at akutteam og akutpladser er ligeværdige med hensyn til at undgå indlæggelser og sikre en lige god bedring i tilstand. Projektet viser også, at kommunale akuttilbud i nogle tilfælde kan spare ældre for akutte indlæggelser på et sygehus samt, at ældre, akutte medicinske patienter tages bedst hånd om af deres egne, praktiserende læger.

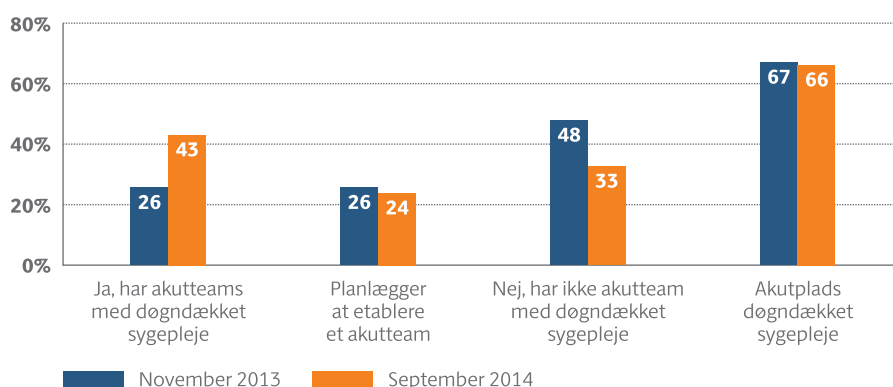
Bag projektet står Haderslev, Aabenraa, Tønder og Sønderborg kommuner sammen med Sygehus Sønderjylland og praktiserende læger i området.

Målet er, at ældre medicinske patienter som Carl skal have den fornødne pleje, rehabilitering og behandling lokalt, så unødige indlæggelser kan undgås til gavn for den enkelte og samfundsøkonomien.

Der er fortsat barrierer for indsatsen
Kommunerne har gennem de senere år styrket de sundhedsfaglige indsætter i ældreplejen. Bl.a. arbejder fire ud af fem kommuner målrettet på at styrke medarbejdernes kompetencer i forhold til tidlig opsporing af funktionstab. Og akutfunktioner med døgndækket sygepleje, der håndterer borgere som Carl med et komplekst og ofte omskifteligt sygdomsbillede, findes i snart alle landets kommuner, jf. figur 4.1.

Akutfunktioner kan organiseres forskelligt i kommunerne, fx som midlertidige pladser eller teams⁶. Det afgørende er ikke den konkrete organisering, men at akutfunktionen er fleksibel på opgaver, er tilgængelig 24 timer i døgnet, og at personalet i akutfunktionen har særlige færdigheder og kompetencer, dvs. sy-

› **Figur 4.1. Kommunale akutfunktioner (pct.)**



Kilde: KL's dataindsamling, 2014

geplejersker med nødvendige kliniske kompetencer og social- og sundhedsassistenter med særlige kompetencer og erfaring på området. Medarbejdere i de kommunale akutfunktioner kan understøtte arbejdet i den almindelige hjemmesygepleje og medvirke til at opkvalificere denne.

6 Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje, Sundhedsstyrelsen, 2014.
God praksis i kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen, KL, 2014.
Definition af midlertidige døgndækkende pladser, KL og Praktiserende lægers Organisation, 2015.



› BARRIERER I DAG FOR, AT BORGERE SOM CARL FÅR ET SAMMENHÆNGENDE FORLØB

- › Stor variation i den måde, sygehusafdelinger definerer en færdigbehandlet patient på. Det betyder, at kommunerne modtager patienter med meget varierende behov for sygepleje og lægefaglig involvering. Variationen i udskrevne borgeres tilstand vanskeliggør endvidere udviklingen af en klar arbejdsdeling mellem aktørerne.
- › Manglende lægebetjening af borgere i akutfunktioner i kommunerne, hvilket kan afstedkomme unødige indlæggelser, da sygeplejerskerne mangler lægefaglig backup.
- › Manglende løsninger i forhold til mobil blodprøvetagning i kommunerne.
- › Hjemmesygeplejen har efter gældende regler alene mulighed for at anvende rammedelegation til behandling af en defineret patientgruppe i undersøgelsesøjemed, hvilket begrænser mulighederne for at sikre hurtig behandling og efterbehandling.
- › Manglende deling af data mellem sektorerne begrænser vidensdeling, og dermed muligheden for at agere på en akut ændret tilstand hos især ældre. Begrænset netdækning i dele af landet vanskeliggør endvidere deling af data.
- › Telemedicinske tiltag som fx telesår er ikke systematisk udbredt i hele landet.

KL ANBEFALER

- › **At regeringen i den kommende plan for det nære sundhedsvæsen løfter arbejdet med den ældre medicinske patient.** Planen skal omfatte:
 - › Hvilke *opgaver*, der skal varetages i det nære sundhedsvæsen set i lyset af, at ældre patienter i dag er mere pleje- og behandlingskrævende end tidligere, når de udskrives fra sygehus.
 - › Hvilke *sundhedsfaglige kompetencer* kommunerne skal råde over, så kompetencer matcher opgaver.
 - › *Kapacitet og ressourcer* i det nære sundhedsvæsen.
- › **At regeringen i den kommende plan for det nære sundhedsvæsen sikrer bedre lægedækning til borgerne.** Det kan omfatte:
 - › Investering i sundhedshuse kan medvirke til at sikre lægedækning i områder, hvor der i dag er problemer, og hvor der fremadrettet vil komme udfordringer i takt med, at læger pensioneres
 - › Regionernes øgede planlægningskompetence, hvor ledige ydernumre kan placeres i områder med behov, bør udnyttes mere effektivt end i dag.
 - › Kommunerne bør involvere sig aktivt i spørgsmålet om lægedækning og fx stille lokaler og andre ressourcer til rådighed for at tiltrække læger.
- › **At regeringen i den kommende plan for det nære sundhedsvæsen sikrer bedre lægebetjening af borgere i kommunale tilbud – i somatikken såvel som psykiatrien.** Der er behov for en afklaring af, hvordan det stigende behov for tilknytning af læger til de kommunale sundhedstilbud indfris. Det nuværende samarbejde med de praktiserende læger skrider for langsomt frem, og der er behov for løsninger.

For kommunerne er det vigtigt med:

- › Fasttilknyttede læger på plejecentre og botilbud.
- › Flexibel adgang til læger i forbindelse med kommunes opgaver i tilknytning til den ældre medicinske patient, herunder på midlertidige pladser.
- › I visse dele af landet vil det ydermere give mening at tænke kommuners adgang til læger sammen med sundhedshuse.

Dette behov kan indfris på forskelligvis. Det mest oplagte er via samarbejde med almen praksis, men tilknytning af regionalt ansatte læger, mulighed for ansættelse af kommunale læger, eller samarbejde med private læger er også muligheder.

- › **At regeringen i den kommende plan for det nære sundhedsvæsen sikrer de nødvendige rammer og kapacitet, så kommunerne kan udbygge akutfunktionerne og øvrige sundhedstilbud i ældreplejen:**
 - › Det kan fx være akutfunktioner i form af teams og midlertidige døgndækkede pladser, der er med til at forebygge (gen)indlæggelser samt en effektiv måde at hjemtage ældre, der stadig har behov for omfattende sygeplejefaglig indsats.
- › **At regeringen sikrer kommunerne en udvidet adgang til brug af rammedelegationer til undersøgelse og behandling af en defineret patientgruppe.**
 - › Fx vil det styrke den kommunale fleksibiliteten i den kommunale hjemmesygepleje og sikre større fagligt handlerum til kommunerne, hvis rammedelegationerne også omfatter enkle behandlinger som fx behandling med øjendråber og ernæringspræparater.
- › **At Sundhedsstyrelsen skal etablere specialuddannelse til sygeplejersker målrettet medicinske patienter:**
 - › Der er særligt behov for at løfte gruppen af sygeplejersker, der varetager akutte og subakutte indsatser til særligt ældre medicinske patienter og på sigt kan varetage indsatsen over for personer med kronisk sygdom eller psykiske lidelser, der fremadrettet kan løses i kommunerne.
- › **Kommunerne skal via sundhedsaftalerne have mere fleksibel adgang til regionale kompetencer** fx mobil blodprøvetagning fra udgående regionale bioanalytikere eller andre lokale løsninger.
- › **Stat, regioner og kommuner bør udbrede telemedicinske ordninger** for de målgrupper, hvor det giver effekt i større udstrækning end i dag, herunder skal regeringen sikre, at der i hele landet er den nødvendige netdækning, så kommunikationen mellem parterne er stabil.

05 / BEHANDLING AF PSYKISK SYGDOM OG MISBRUG KRÆVER SAMARBEJDE

Mange danskere har en psykisk lidelse, heraf oplever et stigende antal unge at blive diagnosticeret. Kommunerne møder borgere med både sværere og lettere psykiske vanskeligheder i folkeskolen, på jobcentret, i misbrugscentret og i socialpsykiatrien. Borgere med svære psykiske lidelser er også i berøring med den regionale behandlingspsykiatri. Vi ved, at hovedparten af borgere med psykiske lidelser kan komme sig og leve et godt liv med familie, venner, arbejde og uddannelse, men det kræver, at støtte og behandling tager afsæt i en rehabiliterende tilgang til borgeren.

I kommunerne arbejder vi for, at borgere med psykiske lidelser kan leve et liv på lige fod med andre jævnaldrende.

Nu vil vi endnu engang rejse frem til år 2020. Her møder vi 19-årige Louise, som bor på Amager og har både alkohol- og hashmisbrug og alvorlige psykiske vanskeligheder.

“ Louise bor alene i sin egen lille lejlighed og starter på teknisk skole for at uddanne sig til maler. Louise ryger dagligt hash, og hver weekend kombinerer hun hashen med store mængder alkohol. Louise udviser tegn på mistrivsel, men har aldrig fået afdækket, hvad der ligger bag.

Louise har et højt fravær fra skolen. Hendes fravær og livsstil bekymrer hendes lærer, og han tager kontakt til kommunens ungebehandler, der er på skolen to gange om ugen. Efter et møde med Louise står det klart for ungebehandleren, at Louise har brug for hjælp.

Sådan bør Louises behandling forløbe:

Sammen med Louise og hendes skole aftaler ungebehandleren, at Louise skal have en pause fra skolebænken. Ungebehandlerens erfaring siger ham, at Louise, udover sit misbrug, også kan have psykiske udfordringer og sociale problemstillinger, der skal tages hånd om. Derfor kontakter ungebehandleren sine kollega-

er i kommunens center for unge og misbrug. Her har kommunen samlet sagsbehandlere, psykologer, pædagoger, sosu-assistenten m.fl., der alle samarbejder om at hjælpe unge som Louise på ret køl.

På kommunens center for unge og misbrug screener de som det første Louise og konstaterer, at Louise har så alvorlige psykiske vanskeligheder, at de har brug for at få Louise udredt i regionen.

I regionen undersøger en psykiater med afsæt i kommunens screening de psykologiske faktorer, der kan ligge til grund for Louises mistrivsel. Psykiateren ser på Louises kognitive evner, spørger ind



til hendes opvækst og afdækker hendes personlige netværk m.m. Psykiateren når frem til, at Louise lider af en svær personlighedsforstyrrelse.

Regionen og kommunen bliver på baggrund af udredningen enige om, at de for at hjælpe Louise ud af sit hashmisbrug og overforbrug af alkohol bliver nødt til at iværksætte en fælles indsats i forhold til hendes psykiske og sociale problemer.

Louise erkender, at hun har brug for hjælp, men hun ønsker så vidt muligt at blive boende i sin egen lejlighed, hvor hun er tryk og tæt på sine venner. Ved et fælles møde mellem Louise, regionen og kommunen besluttes det derfor, at Louise skal starte i et ambulante behandlingsforløb i den regionale psykiatri, og at det forløb skal kombineres med en socialfaglig indsats i kommunen.

Louise kommer to gange om ugen i den ambulante behandling i regionen. Her bliver Louise trappet ind i sin medicin, og hun bliver tilbudt samtaler med en psykolog. Det tilbud siger Louise ja til.

I kommunen får Louise tilknyttet en socialvejleder, der kommer hjem til Louise og hjælper hende med at få styr på hendes lejlighed. Desuden har Louise mulighed for at anvende det kommunale akuttilbud som et "sikkerhedsnet", som hun kan kontakte, hvis hun får brug for en professionel uden for dagstimerne og i weekender. Louise føler sig tryk ved, at der tæt på eget hjem er mulighed for

hjælp, når det spidser til. Denne hjælp understøtter behandlingen i regionen og betyder, at Louise ikke behøver indlæggelse.

Louise starter også op i et gruppeforløb i kommunen, hvor hun sammen med syv jævnaldrende lærer, hvordan hun kan tackle sit misbrug og de dagligdagsaktiviteter, hun har vanskeligt ved. Dvs. alt fra at stå op om morgenen og indkøb af dagligvarer til, hvordan hun skal reagere på egne tegn på tilbagefald og håndtere de situationer, hvor hun har lyst til at ryge en joint. I slutningen af forløbet får gruppen tilknyttet en UU-vejleder, der taler med dem om deres ambitioner for at arbejde

eller uddanne sig. Louise får motivationen tilbage, da hun mærker, at hun langsomt kan flere af de ting, hun sætter pris på.

Kommunen mødes løbende med regionen for at koordinere Louises forløb og samler systematisk op på effekten af de indsatser, Louise får, og kan se, at det går den rigtige vej.

Efter 12 måneder er Louise stoppet med at ryge hash, og hun er motiveret til at vende tilbage til teknisk skole. Efter aftale med hendes gamle lærer og skolens ledelse får Louise en mentor og tilbud om lektiehjælp. ”

› LOUISE FÅR EN STØTTE, DER GIVER MENING, FORDI:



- › Louise blev hurtigt udredt og kommer i ambulante behandling.
- › Indsatsen tog afsæt i hele Louises situation og hendes problemer. Misbruget blev set som et symptom på, at Louise havde psykiske problemer.
- › En indlæggelse var tæt på, men kombinationen af det ambulante forløb og det kommunale akuttilbud samt socialvejlederen og det kommunale gruppeforløb muliggjorde, at Louise kunne forblive hjemme.
- › De mange aktører, der var involveret i Louises forløb, formåede at koordinere indsatsen, og understøttede herved hinanden.
- › Louises skole var fleksibel og lod hende holde en pause, men var også klar på at tage hende tilbage.

Målet er, at udgangspunktet for al støtte og behandling tager afsæt i borgernes ønske om at leve et liv på lige fod med andre.

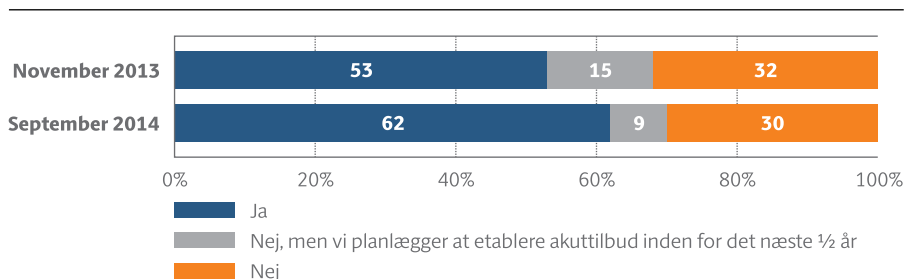
Der er fortsat barrierer for indsatsen

Hver femte ung på erhvervsskolerne har inden for den seneste måned brugt hash⁷. For nogle unge udvikler den første joint sig til et egentligt hashmisbrug, der begrænser deres muligheder for at gennemføre en uddannelse. Det er et alvorligt problem, som flere kommuner reagerer på⁸. Fx ved i et samarbejde med erhvervsskolerne at stille krav om, at alle medarbejdere skal være i stand til at spotte problematisk hashforbrug hos de unge.

De unges misbrug står sjældent alene. En række af dem har også psykiske problemer. Psykiatriudvalgets kortlægning slog fast, at markant flere børn og unge har brug for behandling på grund af deres psykiske vanskeligheder⁹. Derfor skal behandlingen tage fat om de psykiske problemer såvel som selve misbruget.

For at kunne understøtte, at borgerne med psykisk sygdom kan forblive i eget hjem og modtage ambulante behandling, er der et behov for at styrke de kommunale akuttillbud, der er i dag ikke er til rådighed for alle med behov.

› **Figur 5.1. Akuttillbud i kommunerne på psykiatriområdet september 2014 og november 2013**



Kilde: KL's dataindsamling, 2014.

› **BOKS 5.1. KOMMUNEEKSEMPEL: 24 TIMERS AKUTTILBUD TIL PSYKISK SÅRBARE I GREVE KOMMUNE**

I Greve Kommune har man et 24 timers akuttillbud til borgere, der oplever en akut psykisk krise, og har behov for støtte og omsorg, så situationen ikke optrappes yderligere. Tilbudet er et "sikkerhedsnet", hvor borgere med psykiske lidelser kan henvende sig, hvis de får brug for at tale med en professionel. Tilbuddet hjælper også pårørende til en person i krise, som ikke ved, hvad de skal stille op.

Læs mere her: <http://www.greve.dk/akuttillbud.aspx>

› **BARRIERER I DAG FOR, AT LOUISE KAN FÅ EN REHABILITERENDE INDSATS**

- › Borgerne bliver ofte kastebolde mellem systemerne, idet de ikke får tilbud om en sammenhængende behandling.
- › Samspejlet mellem den regionale ambulante behandling og kommunale akuttillbud er i dag for svag. Det betyder, at borgerne får for lidt støtte tæt på eget hjem i form af nære tilbud.
- › Ungdomsuddannelserne er ikke fleksible nok. Med reformen af erhvervsuddannelserne, der trådte i kraft i august 2015, er fleksibiliteten for "de svage" elever blevet vanskeliggjort, idet muligheden for at forlænge studiet er begrænset. Unge, der ikke kommer direkte fra 9. klasse, får et kortere forløb, selvom netop de måske kunne have brug for et længere forløb.
- › Kommunerne kan blive bedre til det interne tværgående samarbejde om borgere med psykiske lidelser – det gælder på tværs af familie- og ungeforvaltningen, beskæftigelsesindsatsen, sundhedsområdet, folkeskolen, daginstitutionerne, misbrug og socialpsykiatrien.

7 Ungdomsprofilen 2014, Sundhedsadfærd, helbred og trivsel blandt elever på ungdomsuddannelser, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2015.
 8 Københavns Kommune, Svendborg Kommune, Odense Kommune, Horsens Kommune og Skive Kommune er eksempler på kommuner, der har etableret et samarbejde med bl.a. erhvervsskoler om rusmiddelforebyggelse.
 9 En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser, Rapport fra regeringen udvalg om psykiatri, 2013.



KL ANBEFALER

- › At regeringen, som annonceret, ligestiller psykiatrien med det somatiske område. Det bør indebære:
 - › At den kommende plan for det nære sundhedsvæsen også klarlægger, hvilken kapacitet og rammer der skal være tilstede i det nære sundhedsvæsen for borgere med psykisk sygdom.
 - › Styrkede kommunale tilbud som døgndækket støtte, akuttilbud, adgang til ekspertise i behandlingspsykiatrien og anvendelse af telesundhedsløsninger for psykisk syge.
- › At kommunerne skal arbejde med fremskudte indsatser, så flere problemer kan løses i almenområdet.
 - › Det kan fx være i form af akuttilbud, der uden for dagtimerne giver borgerne mulighed for professionel støtte, så en indlæggelse undgås.
 - › Det kan også være ved, at kommunen kommer ud på ungdomsuddannelserne, hvor vi ved, at der er unge som mistrives og har et hashmisbrug.
- › At kommuner og regioner bliver enige om, hvilke screeningsværktøjer til borgere med psykiske lidelser, der kan/skal anvendes i kommunerne, og hvilke kompetencer det kræver at foretage den screening.
- › At regeringen præciserer, hvem der har ansvaret for at reagere på unges mistrivsel, fravær og evt. misbrug på ungdomsuddannelserne.
- › At regeringen gør ungdomsuddannelserne mere fleksible, så borgere med psykiske lidelser, der ikke har mulighed for at gennemføre en uddannelse på normeret tid, får mulighed for at gennemføre på forlænget tid.



06 / ET AKTIVT LIV TRODS KRONISK SYGDOM

Et stigende antal danskere får konstateret kronisk sygdom og skal lære at leve med en sygdom resten af deres liv. Kroniske sygdomme bør som udgangspunkt ikke være en hindring for, at man kan leve det liv, man levede, før man fik konstateret sin kroniske sygdom. Men det kræver i mange tilfælde, at den pågældende får tilbudt støtte og rehabilitering for at kunne komme tilbage til hverdagen.

I kommunerne arbejder vi for, at flere kommer tilbage i arbejde trods kronisk sygdom.

Nu vil vi rejse frem til år 2020. Her møder vi Jens på 54 år, som er borger i Thisted og har KOL.

“Jens er kontoruddannet og har i 25 år arbejdet i den samme speditørvirksomhed. Han bor alene i en lejlighed.

Jens har i en årrække haft hoste og slim i lungerne om morgenen. På et tidspunkt oplever Jens træthed og åndenød, især når han skal op til sin lejlighed på 3. sal. Jens tænker ikke nærmere over det, før han på genbrugspladsen møder en medarbejder fra det lokale sundhedscenter, der som en del af den Internationale Lungedag er ude for at lave lungefunktionsmålinger de steder, hvor mænd kommer. Jens får lavet en lungefunkti-

onsmåling, og resultatet viser, at hans lungekapacitet er halveret i forhold til det normale for hans alder.

Jens henvender sig til sin læge, der stiller diagnosen KOL samt henviser Jens til et tilbud om rygestop i kommunen. Lægen sætter endvidere Jens i forebyggende medicinsk behandling.

Jens dukker imidlertid aldrig op til rygestopkurset i kommunen, og tager aldrig medicinen, fordi han synes, den er for dyr. Ved den årlige kontrol ved egen læge udebliver Jens. Om vinteren får han voldsommere hoste og høj feber. Jens indlægges med lungebetændelse, og hans KOL er nu svært forværret.

Sådan bør Jens' behandling forløbe

Jens får af ambulatoriet tilbud om at blive inkluderet i kommunens KOL-forløb. Det betyder, at han via sin iPad kan opsamle data om sin egen sygdom og sende data til hospitalet. Jens kan også komme i kontakt med personale i ambulatoriet, når der er optræk til forværring af hans KOL. Med udstyr, der kan tilsluttes hans iPad, kan Jens måle sine værdier og sende dem til hospitalet, der bl.a. kan instruere ham i at tage medicinen. I starten har Jens svært ved at bruge udstyret, men den kommunale hjemmesygepleje instruerer ham i det.

Lungeambulatoriet henviser Jens til et rehabiliteringsforløb i det lokale sundhedshus. Forløbet indeholder patientuddannelse, rygestop, fysisk træning, motions-

og kostvejledning. Alle tilbud er samlet i sundhedshuset, hvor Jens' læge også har sin praksis sammen med tre andre læger.

Jens er i starten skeptisk over at skulle deltage i forløbet, men bliver overrasket over, at han kan komme på et herrehold med andre modne mænd. Her er det træningen og gåturene i naturen sammen med de andre, der løfter humøret. Forløbet giver Jens en forståelse af sin sygdom og en tro på, at han kan komme videre i livet – på trods af en kronisk sygdom.

Jens er sygemeldt fra sit arbejde i perioden, men hans største ønske er at komme tilbage. Jobcentret tager derfor fat i Jens, Jens' praktiserende læge og den kommunale medarbejder i sundhedshuset, samt Jens' arbejdsplads med henblik på at aftale et forløb. Målet er at få Jens på fode igen, så han kan vende tilbage til det liv, han kendte. Planen laves på den fælles kronikerplatform, som Jens' egen læge har direkte adgang til via sit praksissystem. Aftalerne om forløbet i den kommunale del af sundhedshuset indgår nu i Jens' journal hos lægen. Nu har Jens' læge overblik over det samlede forløb, der

muliggør, at han kan være tovholder og støtte Jens. Jobcentrets involvering betyder også, at aktiviteter i sundhedscentret og samtaler om Jens' tilbagevenden til jobbet begge har det mål for øje, at Jens vil tilbage til arbejdet.

Hen over foråret starter Jens langsomt op i speditørvirksomheden igen. Han kan ikke magte helt så meget som tidligere, men han er glad for at være tilbage blandt kollegerne. Jens er samtidig begyndt at spille floorball med nogle af de mænd, han mødte i sundhedshuset. ”

› CASEBOKS 6.1. ET SUNDHEDSHUS I 2020

Fremtidens sundhedshus giver borgere med især kronisk sygdom og behov for rehabilitering en klar indgang til sundhedstilbud. Sundhedshuse skal ikke være alle steder, men der hvor det lokalt giver mening. De kan med fordel etableres de steder i landet, hvor centralisering af hospitalerne betyder lange afstande til fx ambulatorier for borgere med kronisk sygdom. Et sundhedshus danner rammer for fx læger, hjemmesygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, fysioterapeuter og andet praksispersonale. De væsentligste funktioner omfatter kronikerkontroller, sygeplejeklinik, genoptræning, patientrettet forebyggelse og akutfunktion, der betjenes af lægerne på stedet. Sundhedshusets sygeplejersker betjener samtidig kroniske patienter i eget hjem gennem telemedicinske løsninger. Sygeplejersker arbejder på tværs af lægepraksis og de kommunale tilbud. Det giver sammenhæng og styrker relationen til lægerne i centret. Blodprøvetagning foretages også på stedet, så borgere ikke behøver lang transport til et sygehus. Patienter med behov for tværfaglige ydelser søger automatisk til sundhedshuset for at spare tid og få mere sammenhæng i forløbene. Regionale tilbud såsom fx jordmoderfunktion ses også ofte som del af et sundhedshus. I de tilfælde giver det også god mening at placere sundhedsplejen i sundhedscentret.

› JENS KOMMER TILBAGE TIL ARBEJDET, FORDI:



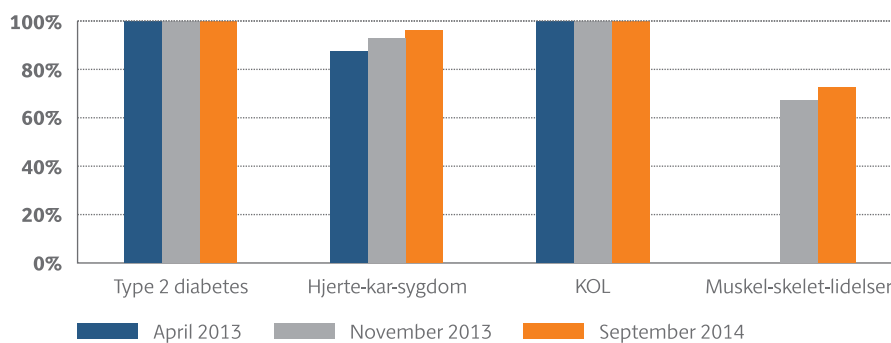
- › Jens henvises til et rehabiliteringsforløb.
- › Telemedicin bringer Jens i dialog med fagpersonale på en nem måde.
- › Samarbejdet mellem praktiserende læge og kommunens sundheds- og beskæftigelsesafdeling sætter fokus på Jens' ønske om at komme tilbage til arbejde.
- › Deling af kronikerplanen giver lægen mulighed for at støtte Jens.
- › Arbejdspladsen støtter Jens i at komme tilbage.
- › Kombinationen af forebyggende indsatser og den medicinske behandling giver effekt.

Målet er, at flere som Jens kommer tilbage til arbejdet trods kronisk sygdom. Det er godt for den enkelte, men giver også en besparelse på fx sygedagpenge.

Der er fortsat barrierer for indsatsen
Alle kommunerne har i dag tilbud til borgere med KOL eller type 2-diabetes, og stort set alle kommuner har tilbud til borgere med hjerte-kar-sygdom, jf. figur 6.1. På øvrige områder er der fortsat forskelle i, hvad de enkelte kommuner tilbyder. Grundene er flere, blandt andet at patientvolumen kan være meget lille i nogle kommuner, eller at man som udgangspunkt tilbyder generel patientuddannelse på tværs af diagnoser. Under alle omstændigheder er forskelligheden i kommunernes tilbud ikke afgørende. Det afgørende er derimod, at borgeren får den indsats, borgeren har behov for. Samarbejde med andre kommuner, en forstærket egen indsats eller samarbejde med regionen er nogle af de forskellige vej, der medvirker til, at den enkelte kommune kan sikre sine borgere en ensartet kvalitet i sidste ende.

Der er i dag en markant variation mellem alment praktiserende lægers henvisninger til kommunale forebyggelsestilbud¹⁰. Det betyder, at træning, kost vejledning og netværksdannelse ikke altid integreres i den medicinske behandling.

› **Figur 6.1. Patientrettede forebyggelsestilbud i kommunerne (pct.)**



Kilde: KL's dataindsamling, 2014.

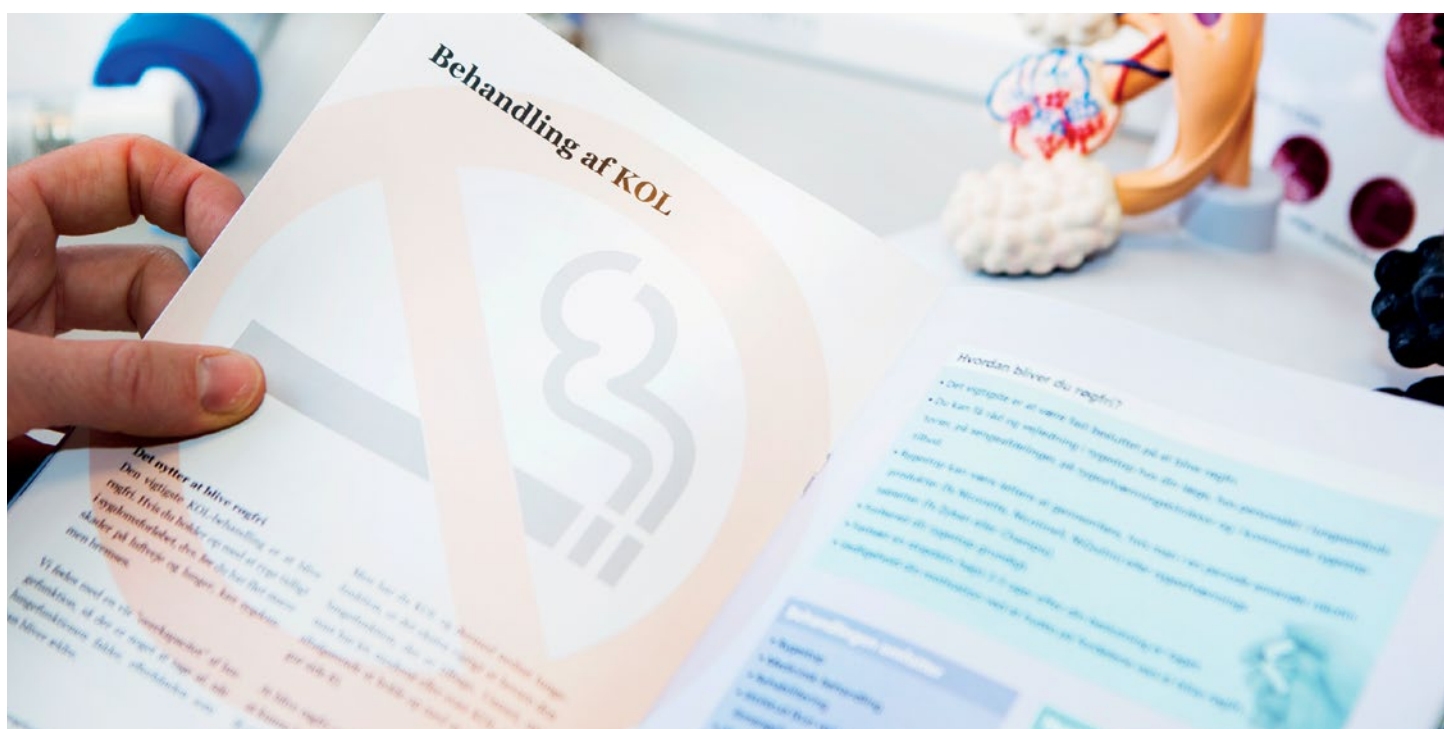
› **BOKS 6.1. KOMMUNEEKSEMPEL: STYRKET INDSATS MELLEM SUNDHED OG BESKÆFTIGELSE**

Tværfagligt samarbejde mellem sagsbehandlere, læger, terapeuter og andet sundhedsfagligt personale hjælper borgere tilbage i job. Gentofte Kommune har med projektet "På begge ben" iværksat en række aktiviteter, der har øget medarbejdernes gensidige kendskab til fagligheden på forebyggelses-, genoptrænings- og beskæftigelsesområdet. Kulturen er ændret, det tværgående samarbejde er styrket og systematiseret, og koordinering af beskæftigelsesrettede og sundhedsfaglige indsatser har bidraget til mere sammenhængende forløb for borgerne.

› **BARRIERER I DAG FOR, AT BORGERE SOM JENS FÅR ET SAMMENHÆNGENDE FORLØB**

- › Opsporingen af blandt andet KOL foregår ikke systematisk i dag hos alle praktiserende læger eller i alle kommuner.
- › Praktiserende læger henviser ikke systematisk til rehabilitering i kommunerne. Dermed får borgere med kronisk sygdom ikke alle glæde af træning, kostomlægning og netværksdannelse.
- › Kommunernes tilbud er fortsat for uensartede, og der er ikke retningslinjer for tilbuddenes indhold.
- › Arbejdsmarkedsområdet og sundhedsområdet i kommunerne samarbejder ikke systematisk nok omkring fælles borgere.
- › De praktiserende læger og kommunale sundhedsmedarbejdere har for lidt praktisk og konkret samarbejde om kronisk syge borgere som Jens. Fysisk afstand og manglende personligt kendskab til hinanden er barrierer.
- › Der deles ikke kronikerdata mellem sygehus, praktiserende læge og kommuner.
- › Telemedicin er kun udbredt i mindre skala.

10 Momentum nr. 17/2015.



KL ANBEFALER

- › **At Sundhedsstyrelsen udarbejder en klar kronikerstrategi:**
 - › Strategien bør afklare, hvad der skal til, for at flere borgere med kronisk sygdom kan få foretaget fx kontroller lokalt, herunder hvilken faglig backup, det vil kræve, hvordan telemedicin kan anvendes, hvor meget man kan bero på egenkontroller, hvilken rolle hjemmesygeplejen skal spille, samt hvilken rolle de nye sundhedshuse vil kunne spille.
 - › Faglige anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen til patientrettet forebyggelse kan medvirke til at skabe et fælles sprog i kommunerne om, hvad patienterne kan forvente.
 - › Faglige retningslinjer for KOL, diabetes, hjerte-kar og muskel-skelet sygdomme kan hjælpe kommunerne til at opnå et ensartet niveau på tværs af Danmark.
 - › Strategien skal herudover vurdere rammerne for opkvalificering af medarbejdergruppen i kommunerne, så de sundhedsfaglige kompetencer svarer til opgaverne.
 - › Der er behov for et mere systematisk samarbejde med almen praksis om borgere med kronisk sygdom, herunder ensartet henvisningspraksis til kommunale patientrettede forebyggelsestilbud.
- › **At kommunerne samarbejder på tværs** for at minimere borgerens afstand til de patientrettede forebyggelsestilbud samt sikre den fornødne patientvolumen.
- › **At staten, kommuner og regioner i tæt samarbejde etablerer fem landdelsprogrammer for telemedicin** til gavn for borgere med somatiske såvel som psykiske lidelser.
- › **At regeringen investerer i sundhedshuse i de dele af landet, hvor der er store afstande til ambulatorier:**
 - › Sundhedshuse, der kan tage fra i forhold til fx monitorering af borgere med kronisk sygdom, kan kompensere for de længere afstande samt sikre, at supersygehusene ikke sander til i sygdomstilfælde, der kan klares lokalt.
 - › Sundhedshusene kan udgøre stærke faglige miljøer, hvor organisation og ledelsesformer kan udvikles på tværs af tilbud, der kan tiltrække yngre læger, der ikke, i første omgang, ønsker at investere i egen praksis, men som fx kan søge ansættelse.
 - › Sundhedshusene kan samtidig skabe stærkere relationer mellem læger og de øvrige kommunale tilbud, som placeres der. Det betyder, at fx træning kan integreres bedre i den kliniske praksis.
- › **At kommunerne styrker integration mellem den patient- og arbejdsmarkedsrettede indsats for borgere med kronisk sygdom.** Det betyder fx, at der arbejdes med fælles mål, planer og en fleksibel brug af sundhedstilbud, såsom fx træning der kan fremme en hurtig tilbagevenden til arbejdsmarkedet.



07 / TRYGHED FOR DEMENTE OG DERES PÅRØRENDE

Omkring 32.000 danskere er diagnosticeret med en demenssygdom¹¹. Hertil kommer et ukendt antal udiagnosticerede¹². Støtte til den enkelte med demens og de pårørende er helt afgørende for, at demente medborgere får en tryk hverdag og kan fastholde deres almindelige liv, så længe det er muligt.

I kommunerne ønsker vi, at demente modtager den rette støtte, der involverer de pårørende mest muligt.

Nu vil vi rejse frem til år 2020. Her møder vi Else på 75 år, som er borger i Aarhus og har demens.

“ Else og Jørgen har været gift i 45 år. De er begge aktive pensionister, har hus, sommerhus, børn og børnebørn. Else har gennem nogen tid følt sig forvirret og lidt ved siden af sig selv. Hun har altid været meget systematisk, men er nu begyndt at glemme aftaler og nylige

begivenheder og spørger ofte flere gange om de samme ting. Under det forebyggende hjemmebesøg, som Else modtager fra kommunen, fordi hun er fyldt 75 år, nævner Jørgen, at han synes, Else har ændret sig. Else føler, at det er lidt pinligt og slår det hen. Den kommunale medarbejder spørger dog ind til det, og Jørgen nævner, at han heller ikke synes, at Else viser så meget initiativ som tidligere. Medarbejderen vurderer, at Else for en sikkerheds skyld skal afklares med egen læge.

11 Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme, Sundhedsstyrelsen, 2015.

12 Kilde: Nationalt Videnscenter for Demens, <http://www.videnscenterfordemens.dk/statistik/>

Lægen henviser efter den indledende undersøgelse Else til en egentlig udredning på sygehusets demensudredningsklinik. Udredningen viser, at Else har Alzheimer.

Sådan bør Elses behandling forløbe

Demensudredningsklinikken tager kontakt til kommunens visiterende demenskoordinator, og sammen med Elses læge og Else og Jørgen lægges en plan for den videre rehabiliterende indsats. Indsatsen omfatter udover medicinsk behandling også rådgivning til Jørgen om sygdommen og herunder tilbud om, at Jørgen kan komme i en kommunal pårørende gruppe. Herudover aftales det, at Else skal påbegyndes med fysisk træning på kommunens lokale genoptræningscenter sammen med andre, der er ramt af demens. Endelig aftaler demensudredningsklinikken og demenskoordinatoren et besøg hos Else og Jørgen for at se, hvordan Else og Jørgen fungerer i eget hjem, og hvordan de kan hjælpes. Det betyder meget for Jørgen at have Else hos sig længst muligt. De når sammen frem til, at Else skal bruge en GPS, så Jørgen altid kan finde hende. De aftaler også, at der bl.a. installeres komfurvagt og vandalarm i deres hjem. Det gør Else og Jørgen mere trygge, og med den viden Jørgen nu har, mener han, at han kan klare at have Else hjemme.

Else går til regelmæssig kontrol på demensudredningsklinikken, der arbejder tæt sammen med Elses praktiserende læge og den kommunale demenskoordinator. Kontrollerne viser, at alzheimer-sygdommen på trods af den fysiske aktivitet og den forebyggende medicin langsomt udvikler sig. Det begynder også at påvirke Jørgen og deres børn, som alle har gjort en stor indsats for at få hverdagen til at fungere.

Demensudredningsklinikken og Elses læge holder kommunens demenskoordinator orienteret om resultaterne. Klinikken, kommunens demenskoordinator, Elses læge og Jørgen bliver efter den

› ELSE BLIVER HJEMME HOS SIN MAND, FORDI:



- › Den kommunale medarbejder er tidligt i forløbet opmærksom på, at den adfærd, Jørgen beskriver, kan være tegn på demens.
- › Lægen henviser til demensudredningsklinik.
- › Demensudredningsklinikken og demenskoordinatoren lægger sammen en plan for medicinering, fysisk træning og pårørende støtte.
- › Kommunen understøtter planens udførelse bl.a. via velfærdsteknologiske løsninger.
- › Else kommer på dagcenter og får støtte til sin træning. Samtidig aflastes Jørgen – også uden for dagtimerne.
- › Patientforeningen rådgiver og giver Jørgen et netværk.

sidste kontrol enige om, at Jørgen og Else skal aflastes yderligere, så Else fortsat kan blive boende hjemme. Det besluttes derfor, at Else tre gange om ugen og hver anden søndag kommer på et af kommunens daghjem, så Jørgen kan få lidt tid til sig selv og sine interesser. På daghjemmet arbejdes der med individuelt aftalte rehabiliterende aktiviteter for at fastholde Elses funktioner længst muligt. Her får Else hjælp til at lave en huskekurv, som hun kan have stående hjemme med nøgle, telefon og pung, så hun har de vigtigste ting med, når hun skal ud af døren. På daghjemmet arbejdes der målrettes med social stimulation gennem samvær.

For også at holde Else kognitivt stimuleret bruger Else et huskespil, hvor hun samtidig skal bevæge sig for at røre ved de billeder, der vises på væggen. På daghjemmet er de også meget opmærksomme på at holde Else fysisk i gang, så hun kan holde fast i en normal døgnrytme.

Else tilbydes til sidst plads i en bolig, men først efter en rimelig god periode i eget hjem sammen med Jørgen. Boligen er indrettet med forskellige sensorer, der hjælper Else og plejepersonalet sådan, at Else får hjælp, når hun har brug for det samtidig med, at personalet ikke behøver at forstyrre Else, når hun sover. ”

› BOKS 7.1. TRÆNING PÅ DEMENSOMRÅDET

Nationalt Videnscenter for Demens har i samarbejde med idrætsmedicinsk klinik på Bispebjerg Hospital og en række demensklinikker rundt om i landet undersøgt effekten af moderat til hård fysisk træning hos hjemmeboende patienter med Alzheimer i let grad. Studiet fandt, at moderat til hård konditionstræning mindsker symptomer som irritabilitet, depression, uro, rastløshed og forstyrrelser i døgnrytmen hos patienterne. I løbet af de fire måneder, som træningen varede, kunne forskerne se en stigning i forekomsten af psykiske symptomer i kontrolgruppen, mens der samtidigt var et lille fald i forekomsten af symptomer i træningsgruppen. Forskellen mellem de to grupper var statistisk signifikant.

Kilde: <http://www.videnscenterfordemens.dk/adex/>

Målet er, at demente borgere som Else modtager den rette støtte, der involverer de pårørende mest muligt.

Der er fortsat barrierer for indsatsen
Den vigtigste behandlingsindsats for mennesker med demens er pleje, omsorg, fysisk aktivitet og rehabiliterende aktiviteter, som varetages af kommunerne. Sygdommen er uhelbredelig – men der er for første gang i årevis påvist evidens for, at fysisk træning kan have en positiv effekt på demenspatienternes koncentrationsevne.

Demens påvirker både den måde, vi skal bygge og indrette ældreboliger på, og de plejefaglige indsatser der skal leveres til de demente. Det kan fx være fysisk aktivitet, huskespil mv. til demente.

Udviklingen inden for velfærdsteknologi åbner for at tænke i nye, mere hensigtsmæssige løsninger, som eksempelvis sensorteknologi på plejecentre, som kan hjælpe personalet med at se, om der er aktivitet på værelserne og dermed øge trygheden og sikkerheden.

› **BOKS 7.2. KOMMUNEEKSEMPEL: GPS TIL HJEMMEBOENDE DEMENTE GIVER MERE TRYGHED**

Ballerup Kommune har investeret i GPS'er til hjemmeboende borgere med demens. Det giver mere selvstændighed og tryghed i hverdagen for borgeren. En GPS kan være med til at forlænge de år, hvor en borger med demens kan bo med sin familie i eget hjem, og derved udskydes indflytningen på plejecenteret. For den demente betyder det tryghed at kunne bevæge sig frit omkring på egen hånd, og mange kan fortsætte et socialt og aktivt liv uden for hjemmet. Samtidig giver en GPS sikkerhed for, at den demensramte bliver fundet igen, hvis han eller hun ikke selv kan finde hjem. Sikkerheden har yderligere den kvalitet, at den kan skabe tryghed hos den dementes ægtefælle og børn, fordi de hjemmefra kan sikre sig, at den demensramte er på rette vej.

› **BARRIERER I DAG FOR, AT BORGERE SOM ELSE FÅR ET SAMMENHÆNGENDE FORLØB**

- › Manglende fokus på tidlig opsporing af demens i kommuner og almen praksis.
- › Manglende regionale ressourcer til udredning og opfølgning over for personer med demens.
- › Manglende systematiske kompetencer blandt det kommunale plejepersonale på demensområdet.
- › Manglende systematisk brug af velfærdsteknologi.
- › Kun aflastning i dagtid for pårørende til personer med demens.
- › For lidt fokus på fysisk aktivitet for demente i kommunerne.

KL ANBEFALER

- › **At regeringen i den annoncerede handlingsplan for demens giver et nationalt løft til demensindsatsen.** Det skal sikre:
 - › At kommunerne kan styrke kompetencerne blandt det kommunale pleje- og træningspersonale – det gælder kompetencer til opsporing af tidlige tegn på demens såvel som styrkede kompetencer til pleje og rehabilitering.
 - › At regionerne kan styrke kapaciteten på demensudredningsklinikkerne, bl.a. i forhold til hurtigere udredning af personer med demens og i forhold til styrket samarbejde med kommuner og almen praksis om indsatsen til personer med demens.
 - › At kommunerne systematisk og tidligt i forløbet kan tilbyde fysisk træning til personer ramt af demens.
- › At kommunerne kan styrke kapaciteten på de midlertidige pleje- og aktivitetstilbud med henblik på bedre aflastning af pårørende fx gennem mere fleksible åbningstider, herunder åbningstider i weekender.
- › At forskningen i effektive metoder til at afdække årsager til demens og til at forhale progression af demens styrkes.
- › At der oprettes et centralt forankret valideringsinstitut til at understøtte mere systematisk viden på det velfærdsteknologiske område.
- › At forskning i demenssegne plejeboliger styrkes, herunder i forhold til at fremme fysisk aktivitet og bevægelse blandt beboerne.

08 / TIDLIG INDSATS ØGER BØRNS TRIVSEL

Undersøgelser viser en klar social ulighed i sundhed blandt børn og unge. Børn, der vokser op i socialt udsatte familier, har større risiko for en opvækst præget af mistrivsel, overvægt og manglende udvikling. Det betyder på sigt, at færre får en uddannelse end deres jævnaldrende. Der er mange gevinster at hente ved en tidlig indsats. Flere eksempler viser, at en omstilling fra indgribende til forebyggende indsatser medfører egentlige besparelser både på kort og lang sigt.

I kommunerne arbejder vi for, at udsatte familier tilbydes en tidlig og tværfaglig indsats.

Vi vil igen rejse frem til 2020 for at besøge 8-årige Sandra, der bor i Silkeborg og har prædiabetes.

“ Sandra er svært overvægtig og har to mindre søskende på henholdsvis to og fem. Sandra er henvist til sygehus af egen læge pga. for høje blodsukkerværdier og forhøjet blodtryk. Sandra har af flere omgange været på ambulatoriet på sygehuset

Når Sandra er i et forløb på sygehuset, lykkes det altid at motivere Sandra og hendes forældre til at følge den plan, der er lagt for mad og bevægelse. Men når forløbet slutter, har Sandra svært ved at

fastholde det, hun har lært. Hun mistrives i sin skole, føler sig ofte ensom og trøstespiser.

Sandras forældre forstår ikke altid sygehusets instrukser, selvom de har været på diabetesskole. Generelt er familien præget af, at forældrene mangler overskud. Faren har nattearbejde, og moren er sygemeldt. Det gør det meget vanskeligt at sikre et godt behandlingsforløb.

Sådan bør Sandras behandling forløbe
Sygehuset kontakter kommunens sundhedspleje for en nærmere snak om, hvordan sygehus og kommune hjælper hinanden med at skabe de bedste rammer for Sandra og hendes familie. Hvis der skal ske en ændring i Sandras og hendes families vaner, er det nemlig vigtigt, at det sker i familiens nære miljø. Omvendt

er der behov for hospitalets specialister til at lægge den rette plan for Sandra herunder ordinere den medicin, der er behov for.

Sundhedsplejen kontakter Sandras forældre og får bl.a. deres samtykke til at kontakte socialforvaltningen og børne- og ungeforvaltningen for sammen med familien at vurdere behovet for tværfaglig støtte. Sundhedsplejersken tager også kontakt til Sandras praktiserende læge, ligesom Sandras klasselærer og den pædagogiske leder i de to søskendes dagtilbud bliver inddraget. Gruppen lægger sammen med familien en plan for kost og motion, vigtige aftaler på sygehus og i kommunens sundhedscenter m.v., og sundhedsplejersken tilknyttes som tovholder. Sundhedsplejersken hjælper familien med at holde de aftaler, de laver,

om kost- og motionsvejledning og hjælper Sandra med at komme i gang med at dyrke motion i det lokale foreningsliv. På sundhedsplejerskens opfordring bliver Sandras forældre en del af et forældre-netværk i boligområdet og deltager i forældrecafeer med fokus på børns trivsel.

Sandra og hendes forældre får også hjælp fra en psykolog. Familien føler sig set taget alvorligt. Den fælles indsats har en positiv virkning på familiens generelle trivsel og motivation til at lave om på daglige vaner. Det er svært, men det går langsomt den rigtige vej. ”

Målet er, at udsatte familier som Sandras tilbydes en tidlig og tværfaglig indsats.

Der er fortsat barrierer for indsatsen
Mange kommuner arbejder målrettet med at styrke indsatsen over for udsatte børn og deres familier, jf. boks 8.1. Her er det afgørende, at sundhedsplejen kommer tidligt på banen, og at sundhedsplejen samarbejder med andre forvaltninger om en tværfaglig indsats, der danner ring om barnet og dets familie. Tværsektorielt samarbejde med sygehus er også ofte vigtigt for at styrke overgangen fra sygehus til hjem.

› SANDRA OPNÅR BEDRE TRIVSEL, FORDI:



- › Sygehuset henviser til en kommunal forebyggende indsats, der inddrager hele familien.
- › Kommunen iværksætter på et tidligt tidspunkt en tværfaglig vedholdende indsats.
- › En kommunal tovholder skaber kontinuitet i indsatsen.
- › Det lokale foreningsliv inddrages aktivt i Sandras liv.

› BOKS 8.1. EKSEMPLER PÅ INDSATSER I DEN KOMMUNALE SUNDHEDSPLEJE MÅLRETTEDE UDSATTE GRUPPER¹³

- › 41 kommuner har tilbud om grupper til børn og unge med specielle problematikker, fx overvægt.
- › 33 kommuner tilbyder forældrekurser til alle førstegangsførelse.
- › 61 kommuner tilbyder intensiv sundhedspleje til specifikke forældre, typisk unge forældre og psykisk sårbare forældre, for at styrke tilknytningen mellem barn og forældre.

› BOKS 8.2. KOMMUNEKEMPEL: TVÆRSEKTORIEL INDSATS TIL OVERVÆGTIGE BØRN OG DERES FAMILIER

18 kommuner har etableret et samarbejde med Holbæk Sygehus omkring behandling af overvægtige børn og unge og deres familier i kommunalt regi. Barnet og dets familie tilbydes hjælp, støtte og vejledning til at stoppe vægtøgning for at øge barnets trivsel og på sigt bremse udviklingen af følgesygdomme som sukkersyge, fedtlever, forhøjet blodtryk og kolesterol. Barnet og dets familie følges af og rådgives af en sundhedsplejerske, en kostvejleder og andre relevante fagpersoner, som alle er instruerede i Holbæk-modellens vidensgrundlag og principper om vægtregulering, kost mv. Der udarbejdes en individuel plan baseret på samarbejde med gensidig tillid og løbende justering.

Et tværsektorielt samarbejde på tværs af sygehus og kommune som Holbæk-modellen sikrer en evidensbaseret indsats af høj kvalitet rettet mod overvægtige børn og deres familier.

13 Styrk børn og unges sundhed. Brug sundhedsplejerskernes kompetencer, Dansk Sygeplejeråd, 2015



› BARRIERER I DAG FOR, AT BØRN OG UNGE SOM SANDRA FÅR ET SAMMENHÆNGENDE FORLØB:

- › Manglende formaliseret kommunikation mellem sygehusafdelinger og kommuner i forhold til en familieorienteret forebyggende indsats.
- › Manglende udfasning og opgaveoverdragelse fra hospitalerne til kommunen og almen praksis.
- › Manglende systematisk samarbejde mellem det kommunale sundhedsområde og familieafdelingen i kommunerne.

KL ANBEFALER

- › **At regeringen, som et led i planen for det nære sundhedsvæsen, vurderer opgaverne for fremtidens sundhedspleje**, herunder opgaver med forebyggende tiltag over for spædbørn og over for børn i sårbare familier med særlige behov i førskolealderen via tidlig forældreindsats og hjemmebesøg.
- › **At sygehuse og kommuner samarbejder om børn med langvarige eller kronisk fysiske eller psykiske sygdomme**, så den specialiserede sygehusbehandling kører parallelt med en tværfaglig koordineret og familieorienteret kommunal indsats i nærmiljøet.
- › **At kommuner og almen praksis samarbejder tættere og deler viden omkring de børn**, som er socialt udsatte.
- › **At regeringen, understøtter udviklingen og udbredelsen af sundhedsdata på børneområdet**, eksempelvis ved nationalt at udbrede databasen Børns Sundhed, som i dag drives af Statens Institut for Folkesundhed i et samarbejde med Region Hovedstaden og Region Sjælland samt 13 kommuner.



09 / KRÆFT- REHABILITERING – EN FORUDSÆTNING FOR AT VENDE TIL- BAGE TIL HVERDAGEN

Hver tredje dansker får konstateret kræft i løbet af sit liv. Kræft er en alvorlig begivenhed for de fleste, men trods alvoren er der i dag gode muligheder for at overleve kræft og få så normal en tilværelse som mulig. Forudsætningen for en tilbagevenden til hverdagen er imidlertid, at mange ikke bare får selve kræftbehandlingen, men også efterfølgende tilbydes rehabilitering.

I kommunerne arbejder vi for, at kræft-ramte systematisk tilbydes rehabilitering, der tilrettelægges sammen med patientforeninger og evt. arbejdspladsen.

Nu vil vi endnu engang rejse frem til år 2020. Her møder vi Hanne, som bor i Hillerød og skal rehabiliteres efter en operation for tarmkræft.

” Hanne er 40 år og bor sammen med Andreas. Sammen har de to børn på hhv. ti og syv år. Hanne har en længerevarende uddannelse fra CBS og arbejder med marketing i et internationalt medicinalfirma. Hanne og hele familien lever sundt, men Hanne får i en travl hverdag ikke motioneret regelmæssigt. Efter en periode med skiftevis diarre og forstop-

pelse går Hanne til egen lægen, som mistænker, at symptomerne er tegn på kræft og derfor henviser til et pakkeforløb på sygehuset.

Her konstateres det efter flere undersøgelser, at Hanne har tarmkræft, og der udføres en operation, hvor kræftknuden fjernes. Hun udskrives efter få dage, men

da mikroskopisvaret viser spredning, indkaldes hun til onkologisk afdeling med henblik på kemoterapi hver anden uge i ca. seks måneder.

Hanne har siden operationen været meget træt og modløs og har på få uger tabt sig flere kilo pga. manglende appetit. Dette forværres yderligere, da hun påbegynder kemoterapien. Dette gør, at Hanne hele tiden er træt, og dagene går derfor med at ligge i sengen. Efter anden serie kemoterapi henvises Hanne til et kommunalt rehabiliteringsforløb.

Sådan bør Hannes rehabilitering forløbe

I samarbejde med den kommunale rehabiliteringsenhed planlægger Hanne et forløb bestående af regelmæssige samtaler med en sundhedsfaglig kontaktperson, patientundervisning på hold, individuelt tilpasset styrke- og konditionstræning på hold, vejledning hos en fysioterapeut, samt kostvejledning. Hanne har mod på den fysiske holdtræning, men hendes vægttab har været så stort, at hun er nødt til at tage på for at kunne fortsætte med kemoterapien. I samarbejde med kostvejlederen udarbejdes derfor en kostplan, og i patientundervisningen får Hanne indsigt i bivirkninger ved kemoterapien. Lige så stille starter hun på et træningshold.

Den fysiske aktivitet hjælper på Hannes træthed, øger appetitten og påvirker humøret positivt, og hun har stor gavn af netværksdannelsen med andre patienter, som hun kan dele sine erfaringer med. Desuden får Hanne via den lokale afdeling af Kræftens Bekæmpelse flere rådgivningssamtaler med en psykolog, da hun føler sig trist og angst og frygter for fremtiden for sig selv og sin familie. Undervejs har Hanne været i kontakt

› HANNE FÅR MOD PÅ LIVET IGEN, FORDI:



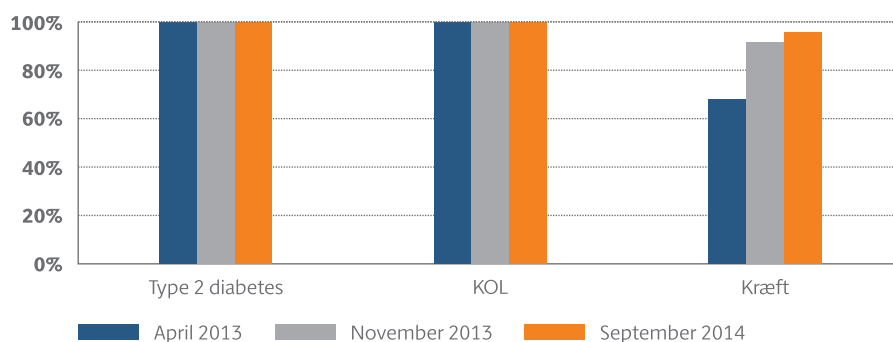
- › Hanne henvises til et rehabiliteringsforløb via en genoptræningsplan.
- › Holdtræning giver Hanne netværk med ligesindede.
- › Samspillet med patientforeningen styrker den samlede rehabilitering af Hanne.
- › Arbejdspladsen støtter Hanne i at komme tilbage.

med sin arbejdsgiver, der ser frem til, at hun kan vende tilbage til arbejdspladsen efter endt kemoterapi.

Efter en sygdomsperiode på otte måneder er Hanne tilbage på arbejdet på nedsat tid. Hun har genvundet sin nor-

male vægt og fortsætter sine nye vaner omkring motion. Samspillet mellem behandling og rehabilitering kombineret med god støtte fra en ressourcestærk familie og venner har betydet, at Hanne nu er tilbage i et velfungerende og mere balanceret hverdags- og arbejdsliv. ”

› **Figur 9.1. Udbredelse af patientrettede forebyggelsestilbud i kommunerne (pct.)**



Kilde. KL's dataindsamling, 2014.

Målet er, at kræftramte som Hanne systematisk tilbydes rehabilitering, der tilrettelægges sammen med patientforeninger og evt. arbejdspladsen.

Der er fortsat barrierer for indsatsen Kommunerne har med afsæt i Kræftplan III igangsat kræftrehabilitering, og næsten samtlige kommuner har i dag tilbud til kræftramte, jf. fig. 9.1.

En række kommuner er begyndt at samarbejde om kræftrehabilitering for at kunne tilpasse tilbuddene til de specifikke kræfttyper, jf. kommuneboks 9.1.

Det er kommunernes indsats på kræftrehabiliteringsområdet og i jobcentrene, der gør, at borgere som Hanne kan vende tilbage til arbejdspladsen. Samtidig frigør indsatsen ressourcer i kommunerne til at støtte de borgere, der – som eksempelvis Carl fra kapitel fire – har behov for intensiv pleje og behandling.

› **KOMMUNEBOKS 9.1. SEKS KOMMUNER HAR SLÅET DERES KRÆFTTILBUD SAMMEN**

Ballerup, Gladsaxe, Herlev, Furesø, Egedal og Rødovre er gået sammen om at tilbyde kræftramte rehabilitering. Samarbejdsprojektet hedder 'Vi samler kræfterne' og er med til at skabe nye rammer for, hvordan kommunerne kan tilbyde kræftramte borgere rehabilitering af høj faglig kvalitet.

Med samarbejdet er det samlede befolkningsgrundlag oppe omkring 300.000, og der kommer årligt 1.700 nye kræftramte borgere til i de seks kommuner, hvoraf en del vil have behov for rehabilitering. Dermed er der kommet volumen til, at kommunerne kan tilbyde en bredere og mere nuanceret vifte af tilbud, hvilket gør det muligt at sammensætte rehabiliteringsforløb, der er tilpasset den enkelte borgers behov. Desuden er der tilstrækkelig aktivitet på de enkelte indsatser til at opnå, vedligeholde og udvikle erfaring og kompetencer hos de involverede faggrupper.

› **BARRIERER I DAG FOR, AT BORGERE SOM HANNE KAN FÅ ET SAMMENHÆNGENDE BEHANDLINGS- OG REHABILITERINGSFORLØB:**

- › Ikke alle kræftramte med lægefagligt begrundet behov modtager en genoptræningsplan.
- › Når en patient skal henvises til kommunal rehabilitering, er henvisningsprocedurerne for uklare.
- › Der er uklarhed om, hvad kommunerne som et minimum fagligt set skal tilbyde kræftramte.

KL ANBEFALER:

- › **At regeringen skal sikre, at Kræftplan IV styrker kræftrehabilitering i kommunerne.** Det vil sikre en god overgang fra kræftbehandling tilbage til et værdigt og aktivt hverdagsliv i familien og på arbejdspladsen.
- › **At regeringen udstikker klarere mål og retningslinjer for rehabiliteringsforløb** i kommunerne. Det omfatter bl.a. beskrivelse af indholdet i det gode rehabiliteringsforløb, så der skabes et fælles sprog i kommunerne om, hvad patienterne kan forvente ift. kræftrehabilitering samt klare retningslinjer for, hvad kommunerne skal tilbyde i forhold til den fysiske genoptræning, bearbejdelse af angst i forbindelse med sygdommen og inddragelse af patienters pårørende.
- › **At henvisningen af kræftpatienter til kommunale rehabiliteringstilbud forenkles** for de henvisende sygehusafdelinger.
- › **At Kræftplan IV sikrer en opkvalificering af medarbejderne i kommunerne, så de sundhedsfaglige kompetencer svarer til opgaverne.**
- › **At kommunerne i højere grad går sammen om kræftrehabilitering** for at sikre stor nok volumen i antallet af patienter, men også i forhold til at sikre ensartethed i tilbuddene.



10 / DE STYRINGS- MÆSSIGE RAMMER

Skal kommunerne levere en rettidig og tværfaglig indsats til borgeren og i videst muligt omfang sikre borgeren et tilbud i de nære omgivelser, er det afgørende, at kommunerne råder over de nødvendige kompetencer og den nødvendige kapacitet. Det er også helt centralt, at de styringsmæssige rammer og finansieringsmekanismerne er i orden samt, at data er tilgængelige, så kommunernes muligheder for at planlægge indsatserne understøttes bedst muligt.

Kommunal medfinansiering

Når en borger er i kontakt med et sygehus, en praktiserende læge eller med den regionale psykiatri medfinansierer

borgerens kommune en del af udgiften. Denne kommunale medfinansieringsmodel har på mange måder fremmet samarbejdet mellem sygehus og kom-

mune samt motiveret kommunerne til at prioritere indsatsen i det nære sundhedsvæsen.

Der er imidlertid behov for, at medfinansieringsmodellen på flere områder bliver justeret, så kommunernes incitamenter til at forebygge bliver endnu stærkere. Det gælder i forhold til kommunernes mulighed for at forebygge indlæggelser, hvor kommunernes incitament bliver styrket, hvis medfinansieringen differentieres på forskellige målgrupper. Det gælder også i forhold til at justere regionernes incitament til at opretholde en høj aktivitet på sygehusene, der i praksis betyder, at kommunerne har vanskeligt ved at påvirke deres eget niveau for medfinansiering.

› **FAKTABOKS 10.1. DIFFERENTIERET MEDFINANSIERING**

Kommunerne betaler i dag fast 34 pct. af DRG-taksten for indlagte somatiske patienter, dog maksimalt 14.621 kr. pr. indlæggelse.

Differentieret medfinansiering indebærer, at kommunerne betaler mere til regionerne på områder, hvor det kommunale forebyggelsespotentiale er størst. Fx har kommunerne særligt ift. de ældre borgere en tæt og daglig kontakt via plejeindsatsen. Kommunerne har derved også bedre muligheder for at forebygge unødige indlæggelser i netop denne gruppe.

Iflg. aftale om kommunernes og regionernes økonomi for 2016 skal der ske en kortlægning af fordele og ulemper ved mulige modeller for at differentiere medfinansieringen målrettet afgrænsede grupper af borgere.



Incitamenterne til kvalitet skal styrkes

Som det er i dag bliver sygehusene belønnet for deres aktivitet, og sygehusene har år for år har øget aktiviteten og fremstået stadig mere produktive. Der har ikke været tilsvarende økonomiske incitament til at øge kvaliteten. Det giver en ubalance i sundhedsvæsenet. Incitamenterne i sundhedsvæsenet bør vende ens. Sygehusene skal – som kommunerne – have økonomiske incitament til at fremme kvalitet i behandlingen.

Ledelsesinformation

For at kunne målrette og dimensionere forebyggelsesindsatsen har kommunerne behov for pålidelig og retvisende ledelsesinformation. Det kan fx være mere pålidelig information fra sygehusene om antallet af forebyggelige indlæggelser eller genindlæggelser samt om patienters færdigmeldingsdatoer.

› FAKTABOKS 10.2. FÆRDIGMELDINGER PRESSER DET KOMMUNALE BEREDSKAB

En del af det tværsektorielle samarbejde mellem sygehus, praktiserende læger og kommuner består i, at sygehusene melder færdigmeldingsdatoer, så kommunerne kan planlægge, at det nødvendige beredskab står klar til at modtage borgeren, når denne udskrives fra sygehus.

Kommunerne oplever imidlertid ofte, at sygehusene meget sent i behandlingsforløbet annullerer færdigmeldingsdatoerne. Det kan der fagligt være gode grunde til. Konsekvenserne for kommunerne er imidlertid, at der afsættes uforholdsmæssigt mange ressourcer til beredskab.

I forbindelse med den årlige budgetlægning og -opfølgning er det ligeledes helt afgørende, at kommunerne har pålidelig og retvisende ledelsesinformation. Det kan fx være informationer om planlagt udvidelse af aktiviteter på sygehusene, analyser af uventede udviklinger for fx udvalgte diagnoser eller aldersgrupper eller kampagner, hvor regionen tilbyder

alle borgere i udvalgte kommuner en screening. Ændringer i sygehusenes aktiviteter påvirker direkte kommunernes udgifter til medfinansiering og i nogle tilfælde de ydelser og indsatser, som kommunerne skal levere i fx hjemmesygeplejen. Kommunerne oplever i dag, at denne ledelsesinformation er utilstrækkelig.

En særskilt udfordring i den løbende opfølgning på fx genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser er, at sygehusene kan foretage omregistreringer af aktivitet. Det betyder, at sygehusene kan ændre og tilføje registreringer flere måneder efter, at borgeren har været indlagt. Det

medfører i praksis store ændringer i kommunernes afregninger. Ledelsesinformation, som ligger til grund for tilrettelæggelse og prioritering af indsatser, er derfor heller ikke tidstro og er dermed svær at anvende i den løbende opfølgning.

› FAKTABOKS 10.3. REGIONALE EFTERREGISTRERINGER.

Sygehusene har mulighed for at ændre i registreringer af de ydelser, som patienterne modtager i op til 14 måneder efter fx en operation har fundet sted. Det giver store udfordringer, når kommunerne skal tilrettelægge indsatsen i det nære sundhedsvæsen.

Nogle kommuner har oplevet, at der på nogle sygehuse sker en "oprydning" i registreringer i september. Den ledelsesinformation, som ligger til grund for løbende justeringer af indsatsen, bliver ændret. Kommunernes grundlag for at handle proaktivt er dermed utilstrækkeligt. Og mulighederne for at nedbringe eksempelvis forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser markant forringet.

KL ANBEFALER

- › **At regeringen justerer den kommunale medfinansiering**, så der skabes en større sammenhæng mellem kommunernes mulighed for at påvirke forbruget af ydelser og graden af medfinansiering. Justeringen skal kombineres med, at efterregulering af afregnet medfinansiering, der ligger over det regionale loft, tilbageføres kommunerne dér, hvor overskridelsen har fundet sted.
- › **At regeringen differentierer taksterne for kommunal medfinansiering**, så medfinansieringen i højere grad afspejler kommunernes påvirkningsmulighed. Regeringen bør også vurdere muligheder og potentialer i forløbstakster for udvalgte behandlingsforløb og sikre, at regionerne ikke afregnes for genindlæggelser inden for fx to døgn.
- › **At regeringen sikrer, at der ikke kan opkræves kommunal medfinansiering, når patienter bliver overflyttet mellem afdelinger eller sygehuse.**
- › **At regeringen ændrer mekanismen for fastsættelse af lofterne for regionernes indtægt fra kommunal medfinansiering.** Dels skal regionerne tidligere opnå deres finansiering fra medfinansiering, fx ved at lofterne ligger lavere end aktivitetspuljen. Dels skal fastsættelsen af regionernes lofter ikke (alene) defineres af seneste opgjorte aktivitetsniveau.
- › **At regeringen ændrer det grundlæggende styringsparadigme for sygehusene**, så der ikke alene er incitament til at øge aktiviteten. Styringsparadigmet skal også fokusere på kvalitet. Regeringen bør derfor skabe et styringsparadigme med incitamenter, der understøtter kvalitet i sygehusbehandlingen.
- › **At KL og Danske Regioner i samarbejde udarbejder skabelon og retningslinjer for ledelsesinformationer, der skal tilgå kommunerne.** Det skal indeholde informationer om planlagt aktivitet til brug ved budgetlægning og løbende information om aktivitetsudviklingen.
- › **At regeringen på baggrund af en kortlægning gennemfører initiativer, der sikrer mere tidstro aktivitetsregistreringer på sygehusene. Herunder gennemføre initiativer, der sikrer mere pålidelige færdigmeldingsdatoer på sygehusene.**
- › **At regeringen sikrer, at kommunerne får adgang til relevante data og relevante koblingsmuligheder på relevant niveau til brug for planlægning og opfølgning af forebyggelsesindsatsen.**

11 / KVALITET I DE KOMMUNALE INDSATSER

Kommunerne har i de seneste år arbejdet med at udvikle og udbrede koordinerede forløb, kliniske retningslinjer og forløbsprogrammer i det nære sundhedsvæsen. Pakkeforløb, kliniske retningslinjer og forløbsprogrammer er et opgør med forestillingen om, at det sundhedsfaglige skøn i alle tilfælde skal råde. Der, hvor der er evidens for at noget virker bedre end andet, skal alle gøre det. Dette princip gælder naturligvis også for kommunerne.

Trods udviklingen siden strukturreformen 2007 har kommunerne fortsat forskellige forudsætninger i deres arbejde på sundhedsområdet. Borgerne har imidlertid de samme behov uafhængigt af hvilken kommune, de bor i. Derfor er der fortsat brug for at samle kommunerne om at levere en mere ensartet kvalitet. Det kan gøres på flere måder. Den enkelte kommune kan fx styrke sin egen sundhedsindsats; kommunerne kan gå sammen om indsatser og regionen kan bidrage til etablering af et mere ensartet fagligt niveau.

Vi ser allerede flere eksempler på, at kommuner samarbejder på områder, hvor målgruppen er så lille, at den enkelte kommune kan have svært ved at opbygge ekspertise til at løse opgaverne selv. Det er fornuftigt, at kommunerne i stigende grad arbejder sammen for at opnå et pa-

tient- 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. Men dette er blot én vej i forhold til at hæve kvaliteten i de kommunale tilbud. I andre tilfælde skal kommunerne indgå samarbejde med regionen i forhold til at sikre den fornødne kvalitet. Her kan samarbejdet med regionale udgående funktioner eller anvendelse af ambulante tilbud være løsningen. Det centrale er hensynet til borgerens behov for høj ensartet kvalitet, og så må vi vælge den mest hensigtsmæssige vej uagtet, hvem der står for løsningen, eller hvorledes opgaven tilrettelægges i øvrigt.

En forudsætning for fortsat kvalitetsudvikling af de kommunale sundhedsopgaver er, at indsatserne evalueres. Kommunerne har arbejdet for 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. KL's forskningsudspil fra 2014 omfatter en spørgeskemaundersøgelse, der viser et øget samarbejde mellem kommuner, enkeltvis men også i foreninger, og forskningsinstitutioner¹⁴. Dette er en positiv udvikling, der bør fortsætte. Det er imidlertid klart, at

14 Mere forskning i de kommunale sundhedsopgaver, KL, 2014

trods mange kommuners engagement i at indgå i forskningssamarbejder, er det vanskeligt at se for sig, at et systematisk løft af den samlede vidensbase kan opnås ad denne vej.

Kvalitet i de kommunale sundhedsydelser fordrer også løbende kompetenceudvikling og videndeling blandt de medarbejdere, der til dagligt har ansvaret for at løfte flere og mere komplicerede opgaver tæt på borgerne. Medarbejderne skal rustes til at kunne håndtere de flere nye opgaver knyttet til mere syge borgere med et komplekst sygdomsbillede. De skal derfor kunne skelne mellem flere typer af symptomer knyttet til flere sygdomme. Dertil skal medarbejderne være i stand til at integrere den rehabiliterende indsats, det forebyggende og tværfaglige arbejde. Det er det, som skaber sammenhæng i indsatser for borgeren, og som kræver betydeligt mere samarbejde mellem medarbejdergrupperne end tidligere. Dertil kommer det tværsektorielle samarbejde, hvor eksperter fra det regionale sundhedsvæsen og kommunalt sundhedspersonale gensidigt understøtter og udveksler viden om borgernes forløb.

› **BOKS 10.1. KOMMUNEEKSEMPEL: SAMARBEJDE MELLEM REGION MIDTJYLLAND OG KOMMUNERNE OM KVALITETSUDVIKLING**

Region Midtjylland og kommunerne har i regi af sundhedsaftalerne og det tværsektorielle samarbejde aftalt at anvende Triple Aim tilgangen. Tilgangen er bygget op om tre måleparametre: 1. Sundhedstilstanden for en population 2. Klinisk og brugeroplevet kvalitet. 3. omkostning pr. capita. Der sættes fælles mål og indsatser følges op og vurderes. Triple Aim-tilgangen er udviklet af den amerikanske organisation IHI. Region Midtjylland og kommunerne har taget tilgangen til sig og omsat den til en dansk version.

› **BOKS 10.2. FÆLLES SPROG III – KVALITET I DOKUMENTATIONEN**

Med Fælles Sprog III (FSIII) indføres en ny fælleskommunal dokumentationsmetode, der skal styrke kommunernes dokumentationspraksis. Første version af FSIII dækker dokumentation af en borgers tilstand(e) og de leverede indsatser i forbindelse med hjemmepleje, træning og rehabilitering efter serviceloven samt hjemmesygepleje efter sundhedsloven. FSIII understøtter medarbejderne i at fremfinde, genanvende, opdatere og kommunikere oplysninger om borgeren på en overskuelig måde på tværs af faggrupper og lovgivninger. Data kan desuden udveksles struktureret mellem kommunerne, uafhængigt af, hvilken it-løsning (eoj-system) kommunen anvender. Det betyder, at borgeren kan tage sine data med sig på tværs af kommunegrænser, f.eks. ved en flytning. Samtidig giver den strukturerede dokumentation bedre grundlag for valid ledelsesinformation. Ambitionen er, at borgerens data på sigt kan udveksles struktureret til andre aktører såsom regionerne. FSIII understøtter tværfagligt samarbejde og medvirker til en fortsat høj kvalitet i den kommunale og tværsektorielle indsats. FSIII skal dermed bidrage til, at borgeren oplever indsatsen som sammenhængende og koordineret, også når der er flere aktører, faggrupper og funktioner involveret i opgaveløsningen. Kommunerne skal senest have implementeret FSIII ved udgangen af 2017.



KL ANBEFALER:

- › **At kommunerne fortsat medvirker til udviklingen af standarder og retningslinjer** for at sikre en mere ensartet praksis i kommunerne baseret på bedste viden. En plan for det nære sundhedsvæsen, der præciserer opgaver og kompetencer, vil samtidig gøre det nemmere at prioritere, hvilke standarder der særligt bør udvikles.
- › **At kommunerne fortsat har fokus på borgernes behov for høj kvalitet**, hvilket fx kan opnås ved at gå sammen med henblik på at øge det faglige niveau, når patientvolumen er lavt i den enkelte kommune. Dette kan fx også danne grundlag for forskningsbase-rede evalueringer, hvis resultater og anbefalinger senere kan ud-bredes til hele landet.
- › **At kommunerne søger samarbejde med forskningsinstitutio-ner** med henblik på at styrke forskningen i de kommunale sund-hedsindsatser. Partnerskaber med forskningsinstitutioner kan samtidig bane vejen til forskningsfonde. Kommunerne skal samti-dig arbejde systematisk med at stille data og viden til rådighed for de forskningsinstitutioner, som vil samarbejde.
- › **At regeringen sikrer, at der investeres og fokuseres mere mar-kant på forskning i de nære sundhedsydelse**. Et systematisk løft af vidensbasen vedrørende de kommunale sundhedsydelse kan ikke sikres alene ved, at kommunerne indgår samarbejder med forskningsinstitutioner.
- › **Kommunerne skal fortsat arbejde på at professionalisere kom-petenceudviklingen, der involverer de medarbejdergrupper, som indgår i arbejdet med de enkelte borgerforløb**. Praksis-nærhed er en forudsætning for, at kompetenceudvikling har en betydning for udviklingen af kvaliteten for borgeren. Desuden er videndeling mellem faggrupper i kommunen, men også på tværs af sektorer, også kompetenceudvikling. Der er i denne sammen-hæng behov for at udvikle nye og effektive modeller for, hvordan ny viden kan spredes via medarbejdernes praksis og samarbejde med hinanden.



KL
Weidekampsgade 10
2300 København S
Tlf. 3370 3370
kl@kl.dk
www.kl.dk

Produktionsnr. 830136
ISBN 978-87-93365-13-6