

Effektiv kommunal forebyggelse

**– med fokus på forebyggelse af indlæggelser
og genindlæggelser**

April 2013

KL
Danske Regioner
Finansministeriet
Økonomi- og Indenrigsministeriet
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. INDLEDNING OG SAMMENFATNING	5
1.1 INDLEDNING	5
1.2 SAMMENFATNING	5
1.2.1 Lovgrundlag	6
1.2.2 Stor variation i kommunale medfinansieringsudgifter	7
1.2.3 Stor variation i omfanget af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser	8
1.2.4 Behov for styrket indsats for ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom	10
1.2.5 Borgere med kontaktflade til både det regionale og kommunale sundhedsvæsen	12
1.2.6 Kommunale forebyggelsesindsatser med effekt.....	12
1.2.7 Bedre dokumentation af den patientrettede forebyggelse	14
1.2.8 Snitfladeproblematikker i den patientrettede forebyggelse.....	14
1.2.9 Anbefalinger til en mere effektiv kommunal forebyggelsesindsats	17
2. RAPPORTENS AFGRÆNSNING OG METODE	21
2.1 AFGRÆNSNING	21
2.2 METODE OG DEFINITIONER.....	22
2.2.1 Metode	22
2.2.2 Definitioner	22
3. REGELGRUNDLAG FOR DE KOMMUNALE OG REGIONALE FOREBYGGELSES- OG PLEJEAKTIVITETER 27	
3.1 SAMMENFATNING	27
3.2 OPGAVEFORDELINGEN MELLEM STAT, KOMMUNER OG REGIONER	28
3.2.1 De formelle rammer for samarbejdet mellem kommuner, regioner og almen praksis	30
3.3 DE KOMMUNALE FOREBYGGELSES- OG PLEJETILBUD.....	31
3.4 FINANSIERINGSMODELLEN PÅ SUNDHEDSOMRÅDET	33
3.5 UDVIKLINGEN I UDGIFTSFORDELINGEN PÅ SUNDHEDSOMRÅDET	35
3.6 UDVIKLINGEN I ANTALLET AF ANSATTE I DET KOMMUNALE SUNDHEDSVÆSEN	38
4. DE KOMMUNALE UDGIFTER TIL MEDFINANSIERING AF DET REGIONALE SUNDHEDSVÆSEN	39
4.1 SAMMENFATNING	39
4.2 UDGIFTERNE TIL AKTIVITETSBESTEMT KOMMUNAL MEDFINANSIERING	40
4.2.1 Kommunal medfinansiering og demografi	41
4.2.2 Kommunal medfinansiering og sygdomskategorier.....	42
4.3 KOMMUNALE FORSKELLE I UDGIFTERNE TIL KOMMUNAL MEDFINANSIERING	43
4.3.1 Kommunal medfinansiering og geografi	45
4.3.2 Variation i kommunal medfinansiering på regions- og kommuneniveau.....	46
4.4 VARIATIONEN I KOMMUNAL MEDFINANSIERING 2007 – 2010.....	47
4.5 KOMMUNAL MEDFINANSIERING OG SOCIOØKONOMISKE FORHOLD	50
4.5.1 Kommunal medfinansiering og det sociale indeks	50
4.5.2 Øvrige analyser af sammenhængen mellem kommunale medfinansieringsudgifter og socioøkonomiske faktorer	53
4.6 SAMMENHÆNG MELLEM UDVALGTE INDIKATORER OG REGIONS- OG SYGEHUSSPECIFIKKE FAKTORER.....	55
5. AKTIVITET I DET REGIONALE SUNDHEDSVÆSEN	58
5.1 SAMMENFATNING	58
5.2 AKTIVITET I DET REGIONALE SUNDHEDSVÆSEN	59
5.2.1 Indlæggelser	60
5.2.2 Sengedage	62
5.2.3 Ambulante besøg.....	63
5.2.4 Ydelser i praksissektoren	64
5.3 UDVALGTE INDIKATORER TIL BELYSNING AF KOMMUNALE INDSATSER	64

5.3.1 Udvalgte forebyggelige indlæggelser	66
5.3.2 Genindlæggelser	69
5.3.3 Korttidsindlæggelser	74
6. UDVALGTE PATIENTGRUPPER.....	78
6.1 SAMMENFATNING.....	78
6.2 BORGERE MED KRONISK SYGDOM OG ÆLDRE MEDICINSKE PATIENTER	79
6.2.1 Antallet af borgere med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter	81
6.2.2 Karakteristika for personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter	82
6.3 PERSONER MED KRONISK SYGDOM OG ÆLDRE MEDICINSKE PATIENTERS FORBRUG AF SUNDHEDSYDELSE.....	86
6.4 UDVALGTE INDIKATORER FOR PERSONER MED KRONISK SYGDOM OG ÆLDRE MEDICINSKE PATIENTER.....	94
6.4.1 Udvalgte forebyggelige indlæggelser	94
6.4.2 Genindlæggelser	96
6.4.3 Korttidsindlæggelser	98
7. KOMMUNALE KONTAKTFLADER OG FORLØB PÅ TVÆRS AF SEKTORER	100
7.1 SAMMENFATNING.....	100
7.2 KOMMUNALE SUNDHEDSRELATEREDE KONTAKTFLADER	100
7.3 MODTAGERE AF KOMMUNALE PLEJE- OG OMSORGSYDELSE	104
7.3.1 Modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser	104
7.4 UDVALGTE INDIKATORER FOR MODTAGERE AF VARIGE KOMMUNALE YDELSER	112
7.5 FORLØBSBESKRIVELSE AF DIABETIKERE.....	115
7.5.1 Kortlægning.....	116
7.5.2 Standardforløb.....	116
7.5.3 Udvalgte indikatorer til beskrivelse af forløb.....	117
8. AFDÆKNING AF PATIENTRETTEDE FOREBYGGELSESIKTSATSER I KOMMUNERNE	120
8.1 SAMMENFATNING.....	120
8.2 UDBREDELSE AF KOMMUNALE FOREBYGGELSESIKTSATSER	121
8.2 KOMMUNAL FOREBYGGELSE I TI UDVALGTE KOMMUNER	123
8.2.1 Generelle indsatser	124
8.2.2 Indsatser målrettet ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom.....	126
8.3 HVILKE FOREBYGGELSESIKTSATSER VIRKER?	133
8.3.1 Hvad siger forskningen?.....	133
8.3.2 Hvad siger aktørerne selv?.....	136
9. DOKUMENTATION AF DEN PATIENTRETTEDE FOREBYGGELSESIKTSATSE.....	144
9.1 SAMMENFATNING.....	144
9.2 DOKUMENTATION MED RELEVANS FOR OPFØLGNING PÅ OG MONITORERING AF DE KOMMUNALE IKTSATSER	144
9.2.1 Dokumentation i det regionale sundhedsvæsen.....	145
9.2.2 Dokumentation i kommunerne	147
9.3 REDSKABER TIL OPFØLGNING PÅ OG MONITORERING AF KOMMUNALE IKTSATSER	149
9.4 KOMMUNALØKONOMISK SUNDHEDSINFORMATIONSGRUNDLAG (KØS).....	151
9.4.1 Dataindhold i KØS	152
9.4.2 Anvendelsesmuligheder	153
9.5 UDFORDRINGER OG MANGLER I NUVÆRENDE DOKUMENTATION OG REDSKABER	154
9.6 VIDEREUDVIKLING	157
10. SNITFLADEPROBLEMATIKKER I DEN PATIENTRETTEDE FOREBYGGELSE	159
10.1 SAMMENFATNING.....	159
10.1.1 Den patientrettede forebyggelse	159
10.1.2 Sundhedsaftalerne	160
10.2 SNITFLADEPROBLEMATIKKER I DEN PATIENTRETTEDE FOREBYGGELSE.....	161
10.2.1 Gråzoner i arbejdsdelingen og risiko for overlappende tilbud	162
10.2.2 Utilstrækkelig rådgivning, videndeling og evidens.....	163

10.2.3	Organisatoriske udfordringer, kompetencer og kommunikation	164
10.2.4	Uhensigtsmæssige incitamentsstrukturer	167
10.3	GENERISKE PROBLEMSTILLINGER VED DE NUVÆRENDE SUNDHEDSAFTALER	168
10.3.1	Sundhedsaftalerne er ikke tilstrækkeligt forpligtende, herunder i forhold til almen praksis.....	168
10.3.2	Sundhedsaftalernes form – 98 sundhedsaftaler kan give for stor variation.....	169
10.3.3	Sundhedsstyrelsens godkendelse af sundhedsaftalerne.....	170
10.3.4	Implementeringsudfordringer – langt fra aftale til praksis i mødet med borgerne.....	171
10.3.5	Mål, indikatorer og opfølgning.....	172
10.3.6	Sundhedsaftalernes indhold – obligatoriske indsatsområder	173
11.	EN MERE EFFEKTIV KOMMUNAL FOREBYGGELSESIKTSATS	177
11.1	SAMMENFATNING	177
11.2	OVERORDNEDE MÅL OG SUNDHEDSAFTALER	181
11.3	KOMMUNALE INDSATSER	184
11.4	ØGET GENNEMSIGTIGHED OG BEDRE DOKUMENTATION.....	188
11.6	TÆTTERE SAMARBEJDE MELLEM REGIONER, KOMMUNER OG PRAKSISSEKTOR	190
BILAG 1.	KOMMISSORIUM	197
BILAG 2.	UDVALGETS SAMMENSÆTNING	199
BILAG 3.	EKSEMPLER TIL FÆLLES OPFØLGNING PÅ MÅLSÆTNINGER I SUNDHEDSAFTALEN.....	200
BILAG 4.	FORELØBIG AFRAPPORTERING, JULI 2012.....	204
LITTERATURLISTE		211

1. Indledning og sammenfatning

1.1 Indledning

Det blev med aftalen for kommunernes økonomi for 2012 aftalt at igangsætte et analysearbejde med henblik på at identificere potentialer for forbedret kommunal forebyggelse. Derfor blev der i efteråret 2011 nedsat et udvalg bestående af repræsentanter fra KL, Danske Regioner, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet samt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand).

Udvalget fik til opgave at identificere potentialer for en mere effektiv forebyggelsesindsats på det somatiske område samt udarbejde anbefalinger til at styrke grundlaget for at dokumentere, sammenligne og analysere kommunernes indsats med henblik på at udbrede gode eksempler mere systematisk, herunder ved anvendelse af Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS). For udvalgets kommissorium og foreløbige afrapportering fra juni 2012 henvises til bilag 1. Nærværende rapport indeholder udvalgets endelige afrapportering. Rapporten har fokus på den kommunale indsats, men da der ikke fra centralt hold er adgang til data for kommunernes indsats på sundhedsområdet er analyserne i rapporten opgjort på baggrund af borgernes forbrug af det regionale sundhedsvæsen.

Med kommunalreformen har kommunerne fået ansvaret for den borgerrettede forebyggende indsats, mens ansvaret for den patientrettede forebyggelse er delt mellem kommuner og regioner. Den kommunale forebyggelses- og plejeindsats er således et centralt element i den videre udvikling af sundhedssektoren, hvor kommunernes forebyggende og opfølgende indsats skal fungere i samspil med sygehusenes behandlingsindsats.

Formålet med nærværende afrapportering er således, at afdække konkrete indsatsområder, hvor der eksisterer et potentiale for forbedret kommunal forebyggelse med henblik på at sikre et omkostningseffektivt sundhedsvæsen, hvor borgerne er i centrum og modtager sammenhængende sundhedsydelser af høj kvalitet.

1.2 Sammenfatning

Analyserne har peget på en række områder, hvor forebyggelsesindsatsen i kommunerne bør fokuseres, ligesom kommunernes samarbejde med almen praksis og sygehusene bør fokuseres herpå. Forebyggelsespotentialet vurderes særligt stort blandt de ældre medicinske patienter og blandt personer med kronisk sygdom, særligt i forhold til en række bestemte typer af sygehuskontakt. Det gælder indlæggelser med såkaldt forebyggelige diagnoser, akutte indlæggelser af ældre medicinske patienter og genindlæggelser blandt ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom.

Mens ældre (65+ årige) personer med kronisk sygdom udgør omkring 10 pct. af befolkningen forekommer omkring 30 pct. af alle udvalgte forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser hos denne befolkningsgruppe.

Forebyggelsespotentialet er størst blandt de borgere, som kommunerne i forvejen er i kontakt med. Analyserne har på baggrund af en afdækning i 10 kommuner vist, at kommunerne kender en stor del af de ældre borgere, der indlægges akut på medicinsk afdeling, genindlægges og som indlægges med såkaldt forebyggelige diagnoser. Forebyggelsespotentialet vurderes at være særligt stort blandt disse modtagere.

Analyserne har endvidere vist, at intensiteten af den kommunale pleje- og sygeplejeindsats har betydning for borgernes sygehusforbrug. Analyserne peger dermed på, at det kommunale forebyggelsespotential er størst,

der hvor kommunerne i dag har en særlig intensiv pleje- og sygeplejefaglig indsats for eksempel på plejecentrene.

Grupperne af borgere på plejecentre og modtagere af personlig pleje i eget hjem (2,4 pct. af den samlede befolkning) har et sundhedsforbrug svarende til i alt 11,2 pct. af det samlede regionale sundhedsforbrug. Både borgere på plejecentre og modtagere af personlig pleje i eget hjem har dermed et højere sundhedsforbrug end ældre borgere i almindelighed. Kommunen har via disse indsatser kontakt med omkring 45 pct. af de ældre (65+ årige), der indlægges med en forebyggelig diagnose og mere end 40 pct. af de ældre, der genindlægges.

Der foreligger kun få evidensbaserede evalueringer af, hvilke kommunale forebyggelsesindsatser, der har positiv effekt. For at indsamle yderligere viden om virkningen af kommunale indsatser har COWI gennemført en kvalitativ analyse, der vurderer udvalgte forebyggelsesindsatseres potentiale i forhold til at forebygge unødige sygehusforbrug. Der er i analysen særligt fokus på forebyggelsesindsatser i ældreplejen rettet mod ældre patienter.

Det fremgår af analysen, at de indsatser, der vurderes at have størst potentiale for at forebygge u hensigtsmæssig sygehuskontakt generelt er: den tidlige opsporing og handling i ældreplejen i form af tæt dialog og samarbejde mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen samt kompetenceudvikling af frontpersonale.

Derudover peges der på potentialet i den sygeplejefaglige indsats, herunder kompetencer indenfor den akutte sygepleje og i form af akutte/subakutte kommunale tilbud. Tilbud som også indgår i handlingsplanen for den ældre medicinske patient, hvor der bl.a. er udarbejdet en definition af disse tilbud.

I forhold til forebyggelse af genindlæggelser peges den eksisterende viden på, at fokus bør rettes mod at sikre bedre- og mere sammenhængende udskrivningsforløb. For eksempel har opfølgende hjemmebesøg (samarbejde mellem sygeplejen og almen praksis) en dokumenteret effekt. Der peges i rapporten også på forskellige former for udskrivningskoordination, blandt andet i form af udskrivningskoordinatorer og fremskudt visitation. Dette er i tråd med indsatsområderne i handlingsplanen for den ældre medicinske patient, der har til formål at løfte forløbskoordineringen omkring de ældre medicinske patienter i samarbejde mellem kommuner og regioner.

1.2.1 Lovgrundlag

Med sundhedsloven fra 2007 blev regionernes og kommunernes ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme for første gang eksplicit fastsat i lovgivningen. Det blev fastlagt i sundhedsloven, at kommunerne har ansvaret for den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme, der skal forebygge, at sygdom og ulykker opstår, mens ansvaret for den patientrettede forebyggelse, som skal forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere og begrænse eller udskyde komplikationer, er delt mellem regioner og kommuner. Regionerne har desuden en rådgivningsforpligtelse overfor kommuner.

Sundhedsloven er en rammelov, som kun i mindre omfang pålægger kommunerne at tilbyde borgerne bestemte forebyggende og sundhedsfremmende tilbud. Omfanget og antallet af indsatser på forebyggelsesområdet varierer således også fra kommune til kommune alt efter den kommunalpolitiske prioritering, ligesom indsatserne varierer fra tæt samarbejde med sygehus og almen praksis. Med henblik på at tilskynde kommunerne til en effektiv indsats på sundhedsområdet og særligt i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme indførtes der med kommunalreformen i 2007 kommunal medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen. Efter

lov om regionernes finansiering betaler kommunerne derfor et bidrag for egne borgeres brug af ydelser i henholdsvis praksissektoren og på sygehus. I alt finansierer kommunerne ca. 20 pct. af det regionale sundhedsvæsen. Den kommunale medfinansiering har til hensigt at skabe et yderligere incitament til en effektiv kommunal varetagelse af forebyggelses- og plejeopgaven.

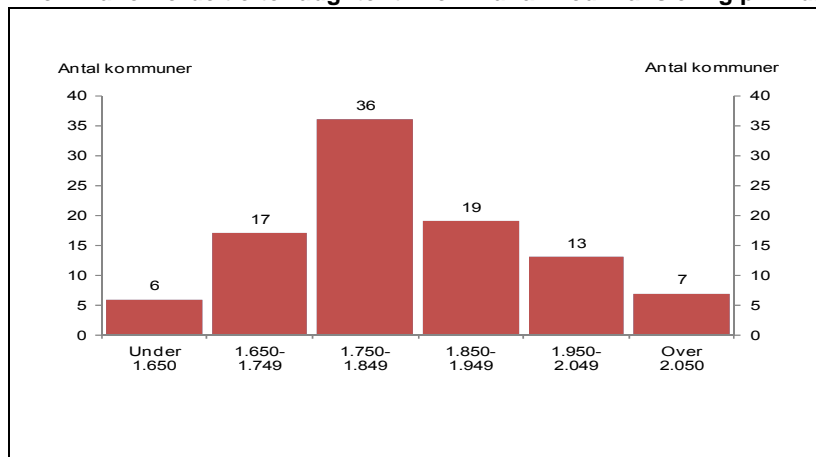
For yderligere at sikre sammenhæng mellem regionernes og kommunernes indsats på sundhedsområdet, er regioner og kommuner ifølge sundhedslovens § 204 og § 205 forpligtet til at samarbejde i regionale sundhedskoordinationsudvalg, der skal sikre en dialog om sammenhæng i behandling, genoptræning, forebyggelse og pleje, og til at indgå sundhedsaftaler om varetagelse af opgaver på sundhedsområdet. Et af de seks obligatoriske indsatsområder i sundhedsaftalerne er forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse,

1.2.2 Stor variation i kommunale medfinansieringsudgifter

Analyserne i kapitel 4 viser, at der eksisterer betydelig variation i kommunernes medfinansieringsudgifter på tværs af og indenfor regionerne. Analyserne fastslår endvidere, at befolkningens køns- og alderssammensætning samt socioøkonomiske og sygehusspecifikke forhold har betydning for forskellene kommunerne imellem. Analysen viser dog også, at en del af den kommunale variation ikke kan forklares af disse forhold.

Figur 1.1

Kommuner fordelt efter udgifter til kommunal medfinansiering pr. indbygger, år 2010.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

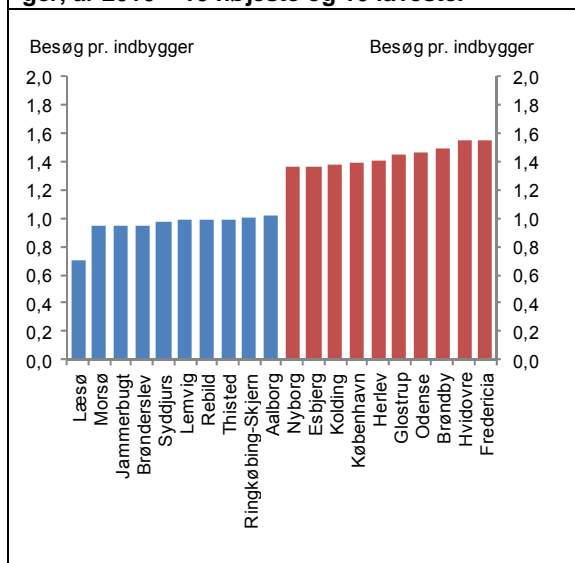
Der er således en betydelig uforklaret variation, der i et vist omfang må formodes at skyldes forskelle i kommunernes prioritering og tilrettelæggelse af forebyggelsesindsatsen, herunder bl.a. forskelle i samarbejdet med det regionale sundhedsvæsen. På den baggrund indikerer analysen, at der er potentiale for en mere effektiv kommunal forebyggelsesindsats grundet de konkrete forskelle i kommunernes sundhedsforbrug.

Forskellen i kommunernes udgifter kan som beregningseksempel illustreres ved, at kommunernes udgifter til medfinansiering isoleret set ville være knap ½ mia. kr. lavere, hvis alle kommuner med højere medfinansieringsudgifter pr. indbygger end kommunen med de 40. laveste medfinansieringsudgifter – standardiseret for køn og alder – fik nedbragt deres borgeres sundhedsforbrug (og dermed medfinansieringsudgifter) til dette niveau. En sådan reduktion i det regionale sundhedsforbrug indebærer tilsvarende en reduktion af produktionsværdien i sygehusvæsenet og bruttohonoraret i praksissektoren på samlet set omkring 3,2 mia. kr. Eksemplet tager ikke højde for eventuelle omkostninger forbundet med forebyggelsesindsatser i kommunalt og regionalt regi i forhold til at nedbringe sundhedsforbruget til det lavere niveau.

1.2.3 Stor variation i omfanget af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser

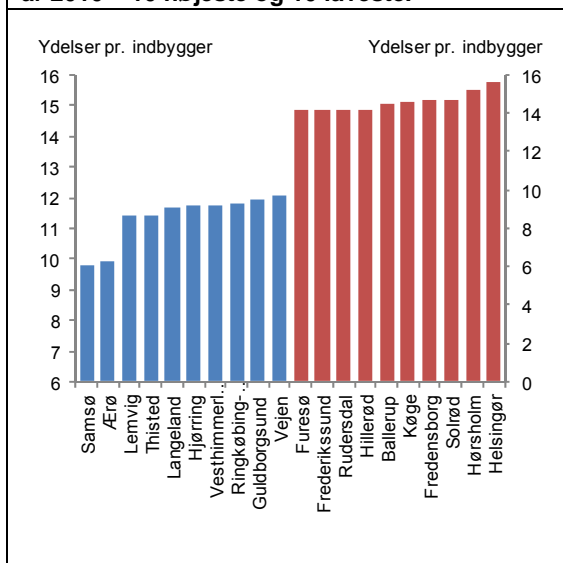
I forlængelse heraf viser analyserne i kapitel 5, at antallet af indlæggelser per indbygger varierer med godt 40 pct. på tværs af kommunerne. Samtidig er forskellen mellem kommunen med flest og færrest indlæggelser i alle regioner mere end 15 pct., hvorved variationen ikke alene kan henføres til sygehusemønstre. For ambulante besøg er forskellen mellem kommunerne med det højeste forbrug og kommunerne med det laveste forbrug omkring 40-50 pct., mens variationen inden for alle regioner med undtagelse af Region Sjælland er på mere end 30 pct. Endelig varierer antallet af ydelser leveret i praksissektoren i størrelsesordenen 25 pct. på tværs af landets kommuner.

Figur 1.2
Antal somatiske ambulante besøg pr. indbygger, år 2010 – 10 højeste og 10 laveste.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
 Kilde: Statens Serum Institut

Figur 1.3
Antal ydelser i praksissektoren pr. indbygger, år 2010 – 10 højeste og 10 laveste.

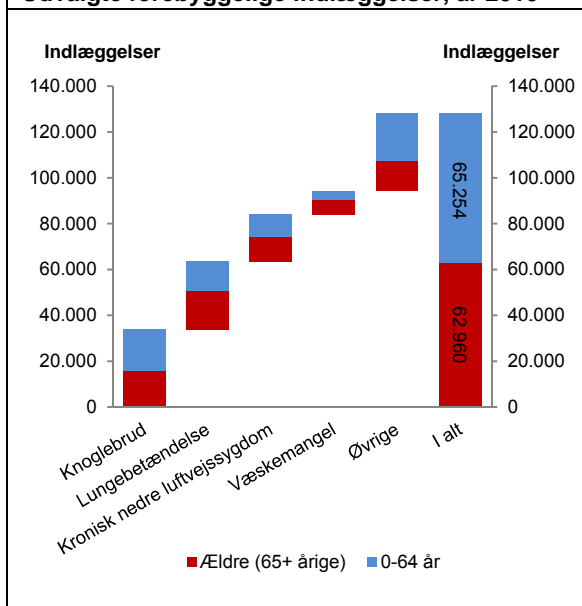


Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
 Kilde: Statens Serum Institut

Analysen belyser endvidere tre udvalgte indikatorer, der vurderes som særligt relevante for kommunernes forebyggelsesindsats: udvalgte forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og akutte medicinske korttidsindlæggelser. En andel af disse indlæggelser vil have et forebyggelsespotentiale i den forstand, at de ville kunne forebygges ved enten indsatser i kommunerne, i praksissektoren, på sygehusene eller i samarbejdsfladerne. Særligt for kommunerne gælder at forebyggelse af indlæggelser primært vil kunne ske hos de borgere som kommunen er i plejerelateret kontakt med.

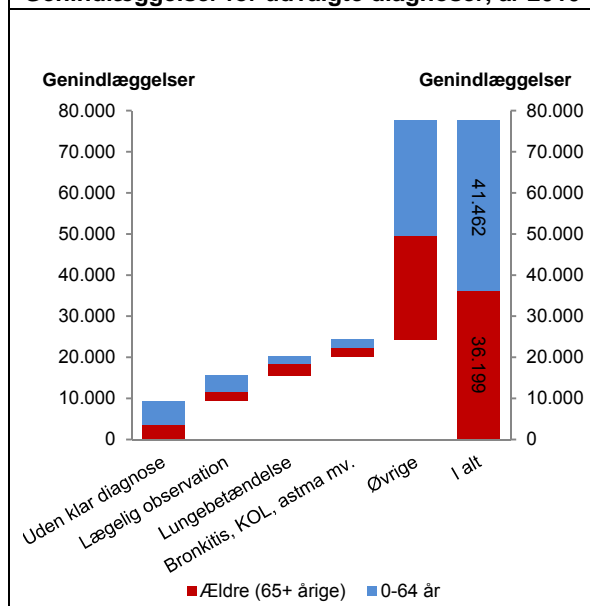
Udvalgte forebyggelige indlæggelser omfatter indlæggelser med diagnoser, der vurderes at være særligt forebyggelige. Årligt forekommer der omkring 128.000 forebyggelige indlæggelser, svarende til 16 pct. af det samlede antal akutte indlæggelser, heraf er godt halvdelen blandt ældre på 65 år eller derovre. Særligt knoglebrud, lungebetændelse og KOL udgør en væsentlig del af disse diagnoser, og for den ældre del af befolkningen kan hertil tilføjes væskemangel, jf. figur 1.4. Forekomsten af forebyggelige indlæggelser er forholdsvis ensartet på tværs af regioner. Derimod er der en betydelig kommunal variation blandt kommuner beliggende i den samme region, hvor forskellen typisk er på mere end 30 pct. mellem kommunen med hhv. færrest og flest forebyggelige indlæggelser. Niveaue af og variationen mellem kommunerne indikerer dog et væsentligt potentiale for at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser.

Figur 1.4
Udvalgte forebyggelige indlæggelser, år 2010



Kilde: Statens Serum Institut

Figur 1.5
Genindlæggelser for udvalgte diagnoser, år 2010



Kilde: Statens Serum Institut

Genindlæggelser kan være udtryk for et uhensigtsmæssigt forløb og kan skyldes kvalitetsproblemer ved den ydede behandling og pleje under og efter indlæggelse. Genindlæggelser kan dog være nødvendige som led i et patientforløb i eget hjem, og som del af en terminal fase for patienten. I 2010 var der 78.000 genindlæggelser på landsplan, svarende til at næsten 7 pct. af alle indlæggelser efterfulgtes af en genindlæggelse inden for 30 dage. For ældre på 65 år eller derover var genindlæggelsesfrekvensen på næsten 9 pct. og for de ældste aldersgrupper på mere end 10 pct. En betydelig del af det samlede antal genindlæggelser sker blandt borgere, der genindlægges uden en klar diagnose kan fastslås (12 pct.) eller til lægelig observation (8 pct.), ligesom et betydeligt antal personer genindlægges med lungebetændelse (6 pct.), KOL og astma mv. (5 pct.). Risikoen for genindlæggelse er størst i dagene lige efter udskrivning, idet 38 pct. af genindlæggelserne sker inden for fire dage. Genindlæggelser der sker hurtigt efter udskrivning skyldes typisk problemer ved overgangen fra sygehus til hjem eller problemer ved den initiale behandling og pleje i hjemmet.

Antallet af genindlæggelser varierer betydeligt mellem regionerne og særligt Region Syddanmark har en høj genindlæggelsesfrekvens, herunder en klar overhyppighed af genindlæggelser inden for de første fire dage.

Ligeledes er der en betragtelig variation mellem kommuner beliggende i samme region. For genindlæggelser inden for fire dage er forskellen mellem kommunen med det højeste og laveste niveau i alle regioner mere end 75 pct. Det høje niveau af og den kommunale variation i antallet af genindlæggelser indikerer et potentiale for at nedbringe omfanget af genindlæggelser via et styrket fokus på og samarbejde omkring overgangen fra sygehus til hjem samt en mere effektiv kommunal patientrettede forebyggelsesindsats for særlige risikogrupper.

Akutte, medicinske korttidsindlæggelser er karakteriseret ved, at patienten udskrives samme dag eller dagen efter indlæggelse. En høj forekomst af disse korttidsindlæggelser kan indikere et højt niveau af uhensigtsmæssige indlæggelser, der kunne være undgået ved de rette kommunale indsatser og samarbejde på tværs. Der var i 2010 omkring 160.000 korttidsindlæggelser, hvoraf halvdelen forekom blandt ældre på 65 år eller derover. En betydelig del af det samlede antal korttidsindlæggelser sker hos borgere, der indlægges kortvarigt til observation (19 pct.) eller uden en klar diagnose kan fastslås (13 pct.). På tværs af kommuner er der en betydelig variation i forekomsten af korttidsindlæggelser, og indenfor den samme region varierer andelen af kort-

tidsindlæggelser typisk med mere end 100 pct. Variationer i den størrelsesorden indikerer et betydeligt potentiale for at kommunale indsatser kan reducere omfanget af uhensigtsmæssige akutte korttidsindlæggelser på de medicinske afdelinger.

Overordnet viser analysen i kapitel 5, at der eksisterer en betydelig kommunal variation både på tværs af og inden for regionerne for de tre indikatorer: udvalgte forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og akutte medicinske korttidsindlæggelser. Kombineret med et generelt højt niveau af disse indlæggelsestyper, indikerer det væsentlige potentialer for, at en mere effektiv kommunal forebyggelsesindsats kan nedbringe niveauet af uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehusene.

Analysen har imidlertid ikke belyst de kommunale forebyggelsesudgifter, der er forbundet med realiseringen af potentialet, hvorfor nettopotentialet er usikkert.

1.2.4 Behov for styrket indsats for ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom

Enkelte patientgrupper er i nærværende sammenhæng særligt relevante. Kapitel 6 indeholder en analyse af udvalgte patientgrupper: personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter.

Omkring 1 mio. danskere eller knap 25 pct. af den voksne befolkning lider af en eller flere af fire udvalgte kroniske sygdomme; diabetes, knogleskørhed og leddegigt, hjertekarsygdomme og kroniske lungesygdomme.¹ Heraf er omkring halvdelen personer på 65 år eller derover. Personer med kronisk sygdom er ikke en homogen gruppe, da den enkeltes sygelighed og funktionsevne kan variere betydeligt.

Tabel 1.1

Antal personer med kronisk sygdom, herunder ældre medicinske patienter, år 2010, tusinde personer

	1.000 personer
Personer med kroniske sygdomme	1.029
Ikke gensidigt udelukkende kategorier af kronisk sygdom:	
- heraf med diabetes	284
- heraf med hjerte-karsygdomme	656
- heraf med kroniske lungesygdomme	279
- heraf med knogleskørhed og leddegigt	125
Ældre medicinske patienter²	103
- heraf personer med kronisk sygdom	91

Anm: Den samme person kan have mere end én kronisk sygdom, hvorfor antallet af personer i de enkelte sygdomsgrupper ikke summer til antallet af personer med kronisk sygdom i alt.

Kilde: Statens Serum Institut

Omkring 25 pct. af alle personer med kronisk sygdom har to eller flere samtidige kroniske sygdomme, mens det er tilfældet for omkring 33 pct. af personer med kronisk sygdom på 65 år eller derover. Godt 100.000 personer kan kategoriseres som ældre medicinske patienter, hvoraf omkring 90 pct. har en eller flere kroniske sygdomme.

Ressourcetrækket i det regionale sundhedsvæsen er markant højere blandt personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter. Kommunernes udgifter til medfinansiering af personer med kronisk sygdom udgør således omkring 45 pct. af de samlede medfinansieringsudgifter, mens udgifterne til personer med kronisk

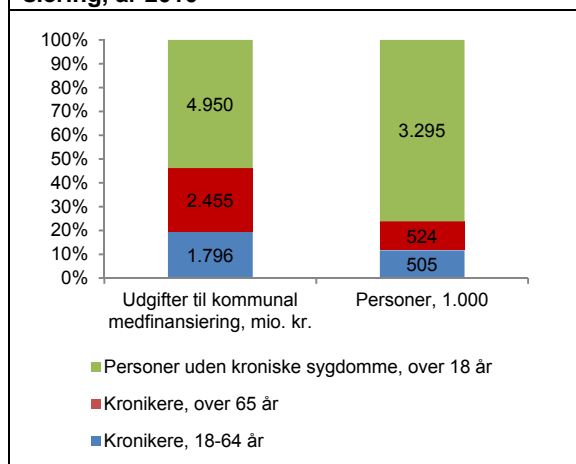
¹ Bemærk, at Sundhedsstyrelsen desuden inkluderer personer med udvalgte kroniske psykiske sygdomme i deres opgørelse af antallet af personer med kronisk sygdom (Monitorering af kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen, 2011). Inkluderes endvidere psykiske sygdomme er der ca. 1,3 mio. personer med kronisk sygdom pr. ultimo 2010.

² Defineres som personer over 65 år der har været indlagt på en medicinsk afdeling i løbet af det seneste år.

sygdom på 65 år eller derover alene udgør ¼. På trods af, at gruppen af ældre medicinske patienter kun udgør omkring 2 pct. af befolkningen, udgør deres sundhedsforbrug omkring 15 pct. af kommunernes udgifter til medfinansiering. Der er således tale om patientgrupper hvis størrelse og tyngde af sundhedsforbruget betyder, at de er særlig interessante i forebyggelsesøjemed.

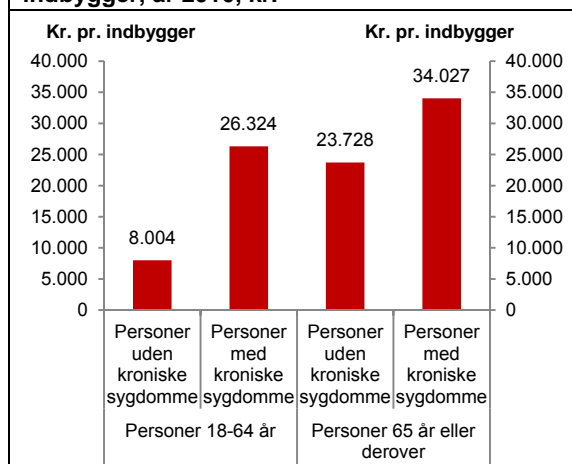
Det høje ressourcetræk blandt personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter materialiserer sig i en betydeligt højere indlæggeshyppighed, flere ambulante besøg, flere kontakter til almen praksis samt ydelser i praksissektoren i øvrigt. Samlet set er de gennemsnitlige sundhedsudgifter omkring tre gange højere for personer med kronisk sygdom i forhold til den resterende befolkning for personer på 18-64 årige, mens de er halvanden gange højere for personer på 65 år eller derover. De ældre medicinske patienter har i gennemsnit mere end tre gange højere sundhedsudgifter end den resterende ældre befolkning.

Figur 1.6 Kommunernes udgifter til medfinansiering, år 2010



Kilde: Statens Serum Institut

Figur 1.7 Gennemsnitlige sundhedsudgifter pr. indbygger, år 2010, kr.



Kilde: Statens Serum Institut

Der er betydelig kommunal variation i forbruget af sundhedsydelser blandt personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter. Kommunerne imellem varierer de gennemsnitlige sundhedsudgifter med ca. 40 pct. fra knapt 25.000 til 35.000 kr. pr. person med kronisk sygdom.

Fokuseres på de tre udvalgte indlæggelsestyper – udvalgte forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser - hvor forebyggelsespotentialer er særlig stort, er merforbruget blandt personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter endnu mere markant. Således forekommer godt halvdelen af henholdsvis de forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser blandt personer med kronisk sygdom. Til sammenligning udgør gruppen omkring ¼ af den voksne befolkning. Gruppen af ældre medicinske patienter, som kun udgør ca. 2 pct. af den samlede befolkning, tegner sig alene for med end ¼ af alle de tre indlæggelsestyper. I arbejdet med at nedbringe omfanget af disse indlæggelsestyper – som i et vist omfang må opfattes som uhensigtsmæssige – er det således hensigtsmæssigt at fokusere på personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter.

På tværs af kommuner og regioner er der således betydelig forskel i omfanget af de tre indlæggelsestyper for personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter, hvilket også understøtter konklusionen om, at der er potentiale for forbedret kommunal forebyggelse for netop disse patientgrupper.

1.2.5 Borgere med kontaktflade til både det regionale og kommunale sundhedsvæsen

Et væsentligt aspekt i afdækningen af potentialerne for en mere effektiv patientrettet forebyggelsesindsats i kommunerne handler om, hvilke kontaktflader der er mellem patienter i det regionale sundhedsvæsen og borgere i kommunale tilbud.

Kapitel 7 handler både om de områder, hvor kommunerne med en tidlig opsporing fx i ældreplejen kan forebygge indlæggelser, og om de kommunale sundhedsindsatser, der er en del af en borgers samlede forløb. En afdækning af kontaktfladerne mellem borgere, der modtager kommunale ydelser og samtidig trækker på det regionale sundhedsvæsen, kan dermed bidrage til at tydeliggøre, hvor den kommunale forebyggelsesindsats har særlige potentialer.

I forhold til forebyggelsesindsatsen målrettet ældre borgere, herunder personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter, er særligt kontaktflader med den kommunale hjemmepleje og den kommunale hjemmesygepleje relevant i forhold til at undgå unødvendige kontakter med sygehusvæsenet. For et forholdsvist repræsentativt udsnit af kommunerne, er det opgjort, at omkring 2,4 pct. af borgerne, fortrinsvist ældre, modtager varige kommunale pleje- og omsorgsydelser i form af tilbud om plads på plejecenter eller personlig pleje i eget hjem.

Gruppen har et markant forbrug af ydelser i det regionale sundhedsvæsen, og udgifterne til gruppen udgør tilsammen omkring 11 pct. af de regionale sundhedsudgifter til somatisk behandling. Særligt har gruppen forholdsvis mange ambulante sygehuskontakter samt forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser. Kommunerne har via deres plejecentre og i form af personlig pleje i eget hjem kontakt med omkring 45 pct. af de ældre (65+ årige), der indlægges med en forebyggelig diagnose og mere end 40 pct. af de ældre, der genindlægges.

På baggrund af oplysninger fra fem kommuner kan det konstateres, at en betydelig del af de borgere, der modtager varige kommunale pleje- og omsorgsydelser ligeledes modtager kommunale sygeplejeydelser. Kommunerne har således en flersidet kontaktflade til disse borgere, og derved et særligt potentiale for en effektiv forebyggelsesindsats.

1.2.6 Kommunale forebyggelsesindsatser med effekt

Spørgsmålet er så, hvilke indsatser kommunerne skal igangsætte for at udnytte det identificerede potentiale for en mere effektiv forebyggelsesindsats, hvilket belyses i kapitel 8.

Der foreligger imidlertid kun få studier, der kan dokumentere effekten af kommunale indsatser, der søger at forebygge indlæggelser. Dette skal blandt andet ses i lyset af, at det kan være vanskeligt at gennemføre sådanne analyser, herunder som følge af mangelfuld dokumentation af den kommunale indsats på sundhedsområdet. Dansk Sundhedsinstitut³ fremhæver i en sammenfatning af den eksisterende viden på området to indsatser, hvor der er nogen dokumentation for en effekt på indlæggelsesmønstret. De to indsatser er:

- Opfølgende hjemmebesøg
- Følge-hjem-ordninger

For at indsamle yderligere viden om virkningen af kommunale indsatser har COWI gennemført en kvalitativ analyse af forebyggelsesindsatsen i ti udvalgte kommuner (Furesø, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Vordingborg, Esbjerg, Kerteminde, Odder, Viborg og Aalborg Kommuner). Analysen har fokuseret på indsatser målrettet ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom⁴. COWI vurderer på baggrund af interviews med

³ Forebyggelse af indlæggelser. Oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer og effekter. Dansk Sundhedsinstitut, 2011.

⁴ COWI's analyse omhandler også nyfødte, men denne målgruppe belyses ikke i nærværende rapport.

kommunale og regionale repræsentanter, at nedenstående kommunale indsatser har størst potentiale for at forebygge indlæggelser og ambulante kontakter i det regionale sundhedsvæsen. Indsatserne skal dog sammenholdes med udgifterne forbundet hermed.

Boks 1.1

Indsatser med størst potentiale for at forebygge indlæggelser og ambulante kontakter i det regionale sundhedsvæsen⁵

Indsatser med *størst* potentiale for at forebygge indlæggelser og ambulante kontakter i det regionale sundhedsvæsen:

- Tæt dialog og samarbejde mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen
- Kompetenceudvikling af frontpersonale
- Akutte/subakutte kommunale tilbud
- Opfølgende hjemmebesøg

Der foreligger – med undtagelse af opfølgende hjemmebesøg – ikke dokumentation for effekten af de nævnte indsatser. Dette skal blandt andet ses i lyset af, at det kan være vanskeligt at foretage analyser af effekten af de nævnte tiltag, herunder som følge af mangelfuld dokumentation af kommunernes indsats på sundhedsområdet.

COWI vurderer endvidere, at en række indsatser målrettet ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom har et *mellemstort* potentiale for at forebygge indlæggelser og ambulante kontakter i det regionale sundhedsvæsen. Det drejer sig om følgende indsatser:

- Faldforebyggelse
- Indsatser vedr. medicin håndtering
- Telemedicinske initiativer
- Diagnostiserettede forebyggelsestilbud/rehabiliteringstilbud
- Genoptræning og vedligeholdende træning
- Udskrivningskoordinatorer og fremskudt visitation

De ti kommuner, der indgår i COWI's analyse, har selv vurderet⁶, at en række konkrete indsatser har nogen eller mærkbar betydning i forhold til at forebygge borgernes forbrug af regionale sundhedsydelser. Disse indsatser er:

- Den sygeplejefaglige indsats – fra konkrete opgaver med medicin håndtering og mindre behandlingsopgaver i hjemmesygeplejen til kommunale akuttilbud
- Generelle indsatser i form af bl.a. tidlig opsporing i ældreplejen
- Dialog og konkrete samarbejdskonstruktioner mellem kommune, sygehus og almen praksis
- Midlertidige akutpladser og døgnrehabiliteringstilbud rettet mod at kunne modtage patienter hurtigt efter udskrivning og medvirke til at undgå indlæggelser
- Patientrettede forebyggelsesindsatser overfor bl.a. personer med kronisk sygdom (patientuddannelse, rehabiliteringsforløb, genoptræning, opfølgende hjemmebesøg)

Ved at sammenholde de kvantitative resultater med de kvalitative kan det konkluderes, at der ikke kan spores en klar sammenhæng mellem indsats og medfinansieringsniveau. Det ses dog, at flere kommuner med en høj

⁵ Kvalitativ analyse af potentialet for forbedret kommunal forebyggelse af sygehuskontakt, COWI, 2012.

⁶ Vurderingerne er kommunernes egne og er ikke nødvendigvis underbygget med evalueringer.

indsatsintensitet i forhold til personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter tilsvarende har relativt lavt medfinansieringsniveau, ligesom flere kommuner med en lav indsatsintensitet har relativt højt medfinansieringsniveau. Resultaterne tager imidlertid ikke højde for de kommunale udgifter forbundet med indsatserne.

1.2.7 Bedre dokumentation af den patientrettede forebyggelse

Som nævnt eksisterer der kun begrænset viden om patientrettede forebyggelsesindsatser, men hvis kommunerne skal igangsætte effektive kommunale forebyggelsesindsatser kræver det mere og bedre viden om, hvilke indsatser der reelt virker og har en positiv effekt. En forudsætning for at vide, hvilke indsatser der er effektive, er at indsatserne dokumenteres, og at udviklingen i borgernes sygehusforbrug og udgifterne forbundet med kommunernes indsats ligeledes dokumenteres.

Dokumentationen på sundhedsområdet er generelt god i Danmark. Der eksisterer en høj dokumentationskomplethed og detalje på behandlingsområdet særligt på sygehusene, mens det tilsvarende i forhold til både regionale og kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser ikke har samme niveau. Dette er blandt andet medvirkende til, at der mangler viden om kommunernes sundhedsindsatser og udgifterne hertil. Kommunerne har hidtil ikke haft tradition for at dokumentere sine indsatser.

Det vurderes, at der er et stort potentiale i, at arbejdet med dokumentation af kommunernes sundhedsindsats og udgifter særligt omkring patientrettede forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser intensiveres. Ligeledes vurderes det, at en øget gennemsigtighed i de kommunale sundhedsstræk og en mere konsistent kommunal anvendelse af data som en integreret del af den kommunale indsats for en effektiv forebyggelses- og plejeindsats kan medvirke til at effektivisere indsatserne over for særligt ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom. Der kan samlet set peges på en række muligheder for videreudvikling, der kan medvirke til at understøtte arbejdet med dokumentation, evidens og vidensdeling i sundhedsvæsenet særligt i forhold til patientrettede forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. Disse er:

- Arbejdet med at standardisere ydelser og retningslinjer for indsatser og dokumentation intensiveres
- Bedre information om tilbud og indsatser
- Systematisk opfølgning på parametre
- Deling af dokumentation mellem relevante aktører
- Bedre overensstemmelse ml. sygehusforbrug og datagrundlag
- Bedre og mere brugervenlige analysemuligheder i eSundhed/KØS
- Øget viden om hvilke indsatser der har effekt og hvad indsatserne koster

1.2.8 Snitfladeproblematikker i den patientrettede forebyggelse

Med kommunalreformen blev den patientrettede forebyggelse et delt ansvar mellem regioner og kommuner, hvorfor indsatsen er koblet op på et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde mellem disse myndigheder. Samarbejdet er bl.a. forankret i sundhedsaftalerne mellem kommuner og regioner, og der eksisterer en række samarbejdsprojekter og samarbejdsmodeller mellem regioner og kommuner.

Samarbejdet fungerer godt mange steder, og der er sket en positiv udvikling i samarbejdet i regi af bl.a. sundhedsaftalerne. Der kan dog stadig identificeres en række udfordringer i forbindelse med den patientrettede forebyggelse. Det skyldes blandt andet, at behandlingsforløbet for personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter ofte er karakteriseret ved længere, tværsektorielle og ikke-lineære forløb med vekslende behov for tilbud på sygehus, i almen praksis og i det kommunale sundhedsvæsen. Derfor er kommuner og regioner, herunder praksissektoren, gensidigt afhængige af hinandens indsats i forhold til forebyggelse samt behandling og pleje.

Boks 1.2 sammenfatter snitfladeproblematikker i forhold til den patientrettede forebyggelse, jf. kapitel 10.

Boks 1.2

Snitfladeproblematikker i forhold til den patientrettede forebyggelse

Gråzoner i arbejdsdelingen og risiko for overlappende tilbud

- Risiko for overlappende tilbud, for eksempel rygestoptilbud, patientuddannelser mv.
- Uensartet organisering på tværs af kommuner og sygehuse kan vanskeliggøre samarbejdet om større tværgående projekter, for eksempel organiseringen af patientuddannelser eller den telemedicinske indsats.
- Teknologien stiller nye krav til samarbejdet og den traditionelle arbejdsdeling mellem regioner og kommuner, hvis patienten for eksempel skal kunne blive længere i sit eget hjem.
- Uklarhed om hvilke opgaver, der løses af for eksempel almen praksis og kommunen, hvilket indebærer en risiko for, at patienter håndteres på et højere specialiseret niveau end nødvendigt.

Utilstrækkelig rådgivning, videndeling og evidens

- Regionernes rådgivningsforpligtelse udnyttes ikke godt nok, ligesom viden generelt ikke deles i tilstrækkeligt omfang.
- Manglende kendskab til hinandens tilbud på tværs af sektorer.
- Manglende systematisk registrering og dokumentation af patientrettede forebyggelsesindsatser, fx manglende monitorering af forløbsprogrammerne.
- Eksisterende oplysninger om patienterne deles ikke i tilstrækkeligt omfang.

Organisatoriske udfordringer, kompetencer og kommunikation

- Kommuner og sygehuse har ikke tilstrækkelig fokus på forebyggelige (gen)indlæggelser.
- Utilstrækkelig udveksling af relevant information om patienter mellem sektorer før, under og efter indlæggelse.

Uhensigtsmæssige incitamentsstrukturer

- Manglende incitament til at løse opgaver i overensstemmelse med LEON-princippet.
- Honoreringssystemerne i almen praksis og på sygehusområdet tilskynder ikke tilstrækkeligt fokus på sammenhængende forløb og kvalitet.

For at understøtte samarbejdet på tværs af sektorer og sikre sammenhængende patientforløb blev det med sundhedsloven gjort lovpligtigt for regionsråd og kommunalbestyrelser at etablere Sundhedskoordinationsudvalg og indgå sundhedsaftaler om varetagelse af opgaver på sundhedsområdet. Sundhedsaftalerne er i dag den overordnede politiske ramme for det tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet, herunder den patientrettede forebyggelsesindsats.

Sundhedsstyrelsen har i 2011 gennemført en evaluering af sundhedsaftalerne, som viser, at sundhedsaftalerne generelt er et velegnet redskab til at sikre dialog og samarbejde mellem kommuner og regioner. Evalueringen viser ligeledes, at der har været en positiv udvikling i samarbejdet og i indholdet i de konkrete aftaler fra de første sundhedsaftaler til de nuværende sundhedsaftaler.

Sundhedsaftalerne har imidlertid i deres nuværende form og tilrettelæggelse har en række svagheder. Boks 1.3 sammenfatter de generiske problemstillinger ved de nuværende sundhedsaftaler.

Boks 1.3
Generiske problemstillinger ved de nuværende sundhedsaftaler
Sundhedsaftalerne er ikke tilstrækkeligt forpligtende, herunder i forhold til almen praksis <ul style="list-style-type: none">• Det nuværende aftalesystem sikrer ikke tilstrækkeligt effektivt, at de praktiserende læger indgår på forpligtende vis i det integrerede sundhedsvæsen.• Der ses i både kommuner, regioner og almen praksis udfordringer i forhold til at implementere forløbsprogrammer for kroniske patienter op til det aftalte ambitionsniveau.
Sundhedsaftalernes form – 98 sundhedsaftaler kan give for stor variation <ul style="list-style-type: none">• Der findes i dag 98 sundhedsaftaler, som er indgået med afsæt i en regional grundaftale udarbejdet af Sundhedskoordinationsudvalget. Det betyder, at der kan være variation i sundhedsaftalerne indenfor den enkelte region, hvilket kan vanskeliggøre samarbejdet og betyde for stor uensartethed i tilbuddene.
Sundhedsstyrelsens tilbagemelding i forbindelse med godkendelse af sundhedsaftalerne <ul style="list-style-type: none">• Sundhedsstyrelsen fokuserer i sin godkendelse på, om sundhedsaftalerne opfylder bekendtgørelsens obligatoriske krav eller ej. Nogle kommuner og regioner har efterspurgt en individuel tilbagemelding på de enkelte sundhedsaftaler i forbindelse med godkendelsen.
Implementeringsudfordringer – langt fra aftale til praksis i mødet med borgerne <ul style="list-style-type: none">• Der er fortsat udfordringer i forhold til at sikre kendskab og ejerskab til aftalernes konkrete indhold hos medarbejderne i de udførende led.
Mål, indikatorer og opfølgning <ul style="list-style-type: none">• Der er fortsat behov for at styrke opfølgningen på sundhedsaftalerne med henblik på at sikre en løbende vurdering af, om sundhedsaftalerne virker som tilsigtet samt skabe et kvalificeret grundlag for dialog om udvikling af indsatsen og samarbejdet mellem aftalparterne.
Sundhedsaftalernes indhold – obligatoriske indsatsområder <ul style="list-style-type: none">• De nuværende sundhedsaftaler indeholder seks obligatoriske indsatsområder, som generelt har meget forskellig karakter. Samtidig sker en løbende udvikling af sundhedsvæsenet og af patienternes behov og krav til sundhedsvæsenet.• Sundhedsaftalerne anvendes ikke i tilstrækkeligt omfang til at sikre lokale forpligtelser mellem regioner og kommuner i forhold til udbredelse og implementering af sundheds-it.

1.2.9 *Anbefalinger til en mere effektiv kommunal forebyggelsesindsats*

Den økonomiske situation sætter snævre grænser for væksten i de offentlige udgifter. Der skal derfor overalt i den offentlige sektor ske en løbende nytænkning og effektivisering, der kan frigøre ressourcer og sikre et højt serviceniveau og en bedre kvalitet i den offentlige velfærd.

På sygehusområdet pågår et arbejde med at samle den specialiserede behandling på færre sygehuse. Samtidig udvikler sygehuse en række tilbud i form af udgående teams, regionale akut- og sundhedshuse, informations-, uddannelses- og rådgivningsmuligheder til patienter og primærsektoren, telemedicinske løsninger mv.

I den videre udvikling af sundhedsvæsenet er det vigtigt, at kommunernes forebyggelses⁷- og plejeindsats fungerer i samspil med regionernes indsats og bl.a. skal ses i lyset af sygehusvæsenets tilbud, udviklingen i demografi og sygdomsmønstre med flere kronikere og flere ældre medicinske patienter, ny og mere skånsom behandlingsteknologi, kortere indlæggelser/accelererede patientforløb og øget ambulant behandling.

Med den gennemførte analyse kan det konkluderes, at der inden for de eksisterende og aftalte økonomiske rammer er et potentiale for at styrke og fokusere forebyggelsesindsatsen og dermed reducere antallet af sygehuskontakter. Forebyggelsespotentialet vurderes særligt stort blandt de ældre medicinske patienter og blandt personer med kronisk sygdom, særligt i forhold til indlæggelser med såkaldt forebyggelige diagnose, akutte uhensigtsmæssige indlæggelser af ældre medicinske patienter og genindlæggelser blandt ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom. Forebyggelsespotentialet er størst blandt de borgere, som kommunerne i forvejen er i kontakt med.

På baggrund heraf har udvalget peget på en række anbefalinger, som skal bidrage til at sikre en bedre og mere effektiv kommunal forebyggelse, jf. boks 1.4. Indsatserne forudsættes ikke at medføre offentlige merudgifter, og kan derfor implementeres inden for de eksisterende og aftalte økonomiske rammer. I forbindelse med evalueringen af kommunalreformen⁸ er der peget på en række anbefalinger, som har til formål at styrke den patientrettede forebyggelse. De relevante anbefalinger indgår også nedenfor.

Det bemærkes, at der ikke er udarbejdet business cases for specifikke indsatser, dvs. det ikke er afdækket, hvorvidt specifikke indsatser kan anbefales ud fra en bredere økonomisk synsvinkel. Endvidere har udvalget ikke forholdt sig til, hvordan og i hvilket omfang kommunale variationer i det regionale forbrug af sundhedsydelser mest hensigtsmæssigt kan reduceres, herunder hvorvidt dette mest hensigtsmæssigt, ud fra en sundhedsfaglig og økonomisk synsvinkel, sker via indsatser i kommunalt eller regionalt regi. Udvalget har alene analyseret grundlaget for en mere effektiv forebyggelsesindsats i kommunerne, mens regionernes forebyggelsesindsats på sygehuse og i praksissektoren ikke er belyst.

Udvalgets anbefalinger omhandler 4 overordnede temaer. For det første peger udvalget på en række anbefalinger vedrørende overordnede mål og sundhedsaftaler. For at styrke den patientrettede forebyggelse kan der aftales nationale mål og lokale målsætninger for samarbejdet om den patientrettede forebyggelsesindsats. I

⁷ Både den borgerrettede forebyggelse, som skal medvirke til at forhindre, at sygdom opstår, og den patientrettede forebyggelse, der skal medvirke til at borgere, som har fået konstateret en kronisk sygdom eller en anden sygdom, bliver i stand til at håndtere og leve med deres sygdom, herunder undgå eller begrænse følgerne og komplikationerne af sygdommen.

⁸ Evaluering af kommunalreformen, Økonomi- og Indenrigsministeriet, 2013

den forbindelse er det også væsentligt at styrke sundhedsaftalerne, da de danner rammen om samarbejdet mellem regioner og kommuner.

For det andet peger udvalget på en række anbefalinger vedrørende en styrket kommunal indsats. Den kommunale forebyggelsesindsats kan med fordel målrettes bestemte grupper og indsatser. For eksempel viser nærværende analyse at der er et særligt potentiale for at forebygge sygehuskontakter for indlæggelser med såkaldte forebyggelige diagnoser, unødvendige akutte korttidsindlæggelser og genindlæggelser af ældre medicinske patienter og borgere med kronisk sygdom. Kommunerne skal desuden styrke deres indsatser vedrørende medicinbehandling, faldforebyggelse, tidlig opsporing og fokusere på organisering og kompetenceudvikling.

For det tredje peger udvalget på en række anbefalinger vedrørende øget gennemsigtighed og bedre dokumentation. Det vurderes således hensigtsmæssigt, at Sundhedsstyrelsen udarbejder konkrete anbefalinger vedrørende den patientrettede forebyggelsesindsats. Desuden skal der ske en bedre og mere systematisk dokumentation af aktiviteten og kvaliteten af af de kommunale sundhedstilbud herunder registrering af aktiviteten i hjemmesygeplejen samt at der gennemføres mere evidensbaserede studier af den kommunale sundhedsindsats. Endelig skal adgangen og tilgængeligheden af data, herunder også på tværs af sektorer, forbedres.

For det fjerde peger udvalget på en række anbefalinger vedrørende tættere samarbejde mellem regioner, kommuner og praksissektor. Det kan være hensigtsmæssigt at afsætte fælles midler til at finansiere sammenhængende sundhedsløsninger og målrettet patientbehandling, hvor sundhedspersonalet arbejder sammen på tværs af fag- og myndighedsgrænser, og særligt målrettes personer med kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter. LEON-princippet skal understøttes og der skal derfor udvikles en model til brug for at dokumentere og kvantificere de kliniske, organisatoriske og økonomiske effekter af tiltag og interventioner ved patientrettet forebyggelse. Derudover skal regionernes rådgivningsforpligtelse styrkes, og der skal sikres større fleksibilitet i forhold til at benytte hinandens kompetencer på tværs af sundhedsvæsenet.

Nedenstående anbefalinger forudsættes ikke at medføre offentlige merudgifter.

Boks 1.4

Udvalgets anbefalinger til at styrke den kommunale forebyggelse

Overordnede mål og sundhedsaftaler

Udvalget anbefaler:

- At stat, regioner og kommuner i fællesskab drøfter muligheden for at fastsætte nationale mål for samarbejdet på tværs af sektorer. Målene kan for eksempel omhandle nedbringelse af sygehuskontakter på områder, hvor der er særligt potentiale for at forebygge, herunder indlæggelser med forebyggelige diagnoser, akutte uhensigtsmæssige korttidsindlæggelser og unødvendige genindlæggelser.
- At der udarbejdes 5 sundhedsaftaler – én i hver region – med mulighed for at indarbejde supplerende elementer for den enkelte kommune.
- At der forud for, at der skal udarbejdes nye sundhedsaftaler, sker en revurdering af sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder, så der fastsættes nye indsatsområder med fokus på den stigende kronikerudfordring og patientrettede forebyggelse.
- At der udvikles dækkende, nationale indikatorer for sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder med fokus på tværsektorielle patientforløb, monitorering og årlige offentliggørelser af data.
- At regioner og kommuner bl.a. med afsæt i de nationale mål og indikatorer for sundhedsaftalerne, opstiller konkrete målsætninger for samarbejdet på sundhedsområdet, herunder i forhold til almen praksis og

de enkelte indsatsområder i sundhedsaftalerne.

- At kommuner og regioner i fællesskab følger systematisk op på disse målsætninger

Kommunale indsatser

Udvalget anbefaler:

- At kommunernes forebyggelsesindsats primært fokuserer på de områder, hvor potentialet for at forebygge sygehuskontakter er størst, dvs. særligt indlæggelser med såkaldte forebyggelige diagnoser, uhenigtsmæssige akutte korttidsindlæggelser og genindlæggelser af ældre medicinske patienter og borgere med kronisk sygdom.
- At alle kommuner har patientrettede forebyggelsestilbud til borgere med diabetes type 2, KOL og hjertekarsygdom samt rehabilitering til kræfttramte.
- At kommunerne styrker, videreudvikler og implementerer forebyggelsesindsatsen på følgende områder:
 - Tidlig opsporing i ældreplejen, herunder systematisk opsporing, vurdering af handling og sikring af effektive handlemuligheder.
 - Systematisk faldforebyggelse med fokus på de faktorer, som kan udløse fald, herunder manglende ernæring og væskeindtag, medicin, sygdom, boligindretning, adfærd og psykiske forhold.
 - Opfølgende hjemmebesøg efter indlæggelse i et samarbejde mellem kommune, sygehus og almen praksis hos de målgrupper, hvor opfølgende hjemmebesøg har vist effekt..
 - God medicin håndtering i samarbejde med almen praksis og sygehus.
 - Generel kompetenceudvikling af kommunalt frontpersonale, herunder indenfor udvalgte sygeplejefaglige områder, tidlig opsporing og medicin håndtering.
 - En hensigtsmæssig brug af akutte/subakutte kommunale tilbud, hvor kommunerne udarbejder en beskrivelse af grundindholdet i de kommunale akut- og aflastningstilbud, der bidrager til indsatser baseret på den bedste viden på området.
 - Hjemmepleje og hjemmesygepleje organiseres, så tæt dialog og samarbejde mellem enhederne styrkes blandt andet for at understøtte tidlig opsporing og hverdagsrehabilitering.
 - Den kommunale sygeplejes kompetencer og kapacitet styrkes indenfor de eksisterende og aftalte økonomiske rammer.

Øget gennemsigtighed og bedre dokumentation

Udvalget anbefaler:

- At Sundhedsstyrelsen i samarbejde med kommuner og regioner og med udgangspunkt i den eksisterende viden, der er opnået i den forstærkede indsats over for personer med kronisk sygdom, udarbejder faglige anbefalinger for patientrettede forebyggelse og tidlig opsporing.
- At staten årligt udarbejder sammenligninger af sundhedsforbruget blandt patienter, der er omfattet af forløbsprogrammerne for kronisk sygdom på tværs af sygehuse, almen praksis og kommunerne.
- At der fortsat arbejdes med at gøre information om sygehuses og kommunernes patientrettede forebyggelsestilbud lettere tilgængeligt på sundhed.dk for alle aktører i sundhedsvæsenet med henblik på at sikre borgerne det rette tilbud og undgå etablering af parallelle tilbud.
- At sundhedsindsatsen i kommunerne registreres og dokumenteres systematisk med henblik på at styrke kvaliteten og gennemsigtigheden i de kommunale sundhedstilbud, herunder belysning af aktivitet og kvalitet i hjemmesygeplejen.
- At kommunerne har ansvaret for, at effekten af kommunale tiltag evalueres i de tilfælde, hvor der endnu ikke er etableret evidens. Evalueringerne skal dokumentere og kvantificere de kliniske, organisatoriske og økonomiske effekter af tiltagene.
- At staten i samarbejde med kommuner og regioner forbedrer anvendeligheden af eSundhed og KØS i form af en brugervenlig brugerflade, standardiserede analysemuligheder og bedre grundlag for analyser

af sundhed på tværs, herunder inddragelse af data fra ældre- og beskæftigelsesområdet.

- At kommuner og regioner – under hensyntagen til persondataloven – gives adgang til individbaserede data om patienters forbrug af sundhedsydelser fra de offentlige registre fra eSundhed til brug for tilrettelæggelse og planlægning af sundhedsindsatsen.

Tættere samarbejde mellem regioner, kommuner og praksissektor

Udvalget anbefaler:

- At der inden for de eksisterende og aftalte økonomiske rammer på sundhedsområdet prioriteres midler til at finansiere sammenhængende sundhedsløsninger, målrettet patientbehandling, hvor sundhedspersonalet arbejder sammen på tværs af fag- og myndighedsgrænser, herunder særligt personer med kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter. Midlerne kan hermed understøtte de indsatsområder, der fastsættes i de (5) nye sundhedsaftaler. Analyserne i nærværende rapport peger i særlig grad på, at løsningerne for eksempel kan have fokus på forebyggelse af visse:
 - akutte medicinske indlæggelser
 - Medicinske ambulante besøg
 - Genindlæggelser
 - Medicinske korttidsindlæggelser for personer med kronisk sygdom
 - Indlæggelser grundet diffuse symptomer blandt modtagere af kommunal pleje
- At der udarbejdes en generisk model til brug for at dokumentere og kvantificere de kliniske, organisatoriske og økonomiske effekter af tiltag og interventioner ved patientrettet forebyggelse. Tiltag, der for eksempel medvirker til realisering af gevinster på tværs af sektorer, kan herefter udbredes på landsplan.
- At kommuner og regioner i regi af sundhedsaftalerne vurderer de faglige og økonomiske konsekvenser af større fælles samarbejdsprojekter samt den konkrete arbejdsdeling, herunder eventuelle opgaveoverdragelser, mellem sygehuse, almen praksis og de kommunale sundhedstilbud. Det skal understøtte LEON-princippet og udbrede bedste praksis på tværs af kommuner, regioner og almen praksis.
- At regionernes rådgivningsforpligtelse systematiseres og målrettes kommunernes behov for rådgivning, samt at kommunerne i højere grad forpligtes til at gøre brug af den viden, der stilles til rådighed. Dette foreslås aftalt mellem regioner og kommuner i sundhedsaftalerne. Sundhedsstyrelsens vejledning om regionernes forebyggelsesopgaver skal på den baggrund revideres.
- At der sikres større fleksibilitet i forhold til at benytte hinandens kompetencer på tværs af sundhedsvæsenet, herunder at kommunerne mere systematisk og efter aftale med regionen får mulighed for at trække på de faglige kompetencer i almen praksis og sygehusregi med henblik på at styrke fagligheden og skabe en mere fleksibel opgavevaretagelse blandt andet inden for sygepleje, rehabilitering og genoptræning. Og at almen praksis får bedre adgang til at trække på kompetencerne i sygehusvæsenet.
- At regionerne får øgede planlægnings- og styringsmuligheder i forhold til almen praksis. Det skal i højere grad være muligt for regionen at definere almen praksis' opgaver, som en integreret del af det regionale og kommunale sundhedsvæsen, herunder øget muligheder for opfølgning på, om den enkelte læge leverer de ydelser, der aftales.

2. Rapportens afgrænsning og metode

Nærværende kapitel indeholder en beskrivelse af rapportens afgrænsning samt en redegørelse for den metode og de definitioner der er anvendt i analysen.

2.1 Afgrænsning

Forebyggelse defineres som en *sundhedsrelateret aktivitet*, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker og dermed fremmer folkesundheden⁹. I begrebsapparatet opereres ligeledes med underterminerne *primær*, *sekundær* og *tertiær* forebyggelse. *Den primære forebyggelse* har til formål at hindre sygdom mv. i at opstå. *Den sekundære forebyggelse* har til formål at opspore og begrænse sygdom og risikofaktorer tidligst muligt. Endeligt har *den tertiære forebyggelse* til formål at bremse tilbagefald af sygdom og forhindre udvikling og forværring af kroniske tilstande.

Der opereres endvidere med en række andre begreber inden for feltet forebyggelse og sundhedsfremme, bl.a. begreberne patientrettet forebyggelse og borgerrettet forebyggelse. *Den borgerrettede forebyggelse* er først og fremmest rettet mod den raske del af befolkningen med det formål at mindske risikoen for, at sygdom opstår – der er således i forhold til ovenstående begreber tale om primær forebyggelse. Den borgerrettede forebyggelse involverer eksempelvis indsatser i forhold til rygning, alkohol, kost, fysisk inaktivitet, svær overvægt og smitsomme sygdomme. *Den patientrettede forebyggelse* handler om at forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere, og om at begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer – dvs. sekundær eller tertiær forebyggelse og rehabilitering.

Indsatserne inden for forebyggelse deles traditionelt op i tre typer af strategier, der kan anvendes i både den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse:

- **Strukturel strategi** – har fokus på at skabe sunde rammer gennem lovgivning, reguleringer og tilgængelighed. Det skal være nemmere for borgerne at foretage de sunde valg.
- **Individorienteret strategi** – også kaldet højrisikostراتيجier, har fokus på, at den borger/patient, som er i risiko for at udvikle sygdom, modtager individuel vejledning og hjælp til forbedring af sin sundhedsadfærd.
- **Massestrategi** – også kaldet informationsstrategi, sigter mod at informere borgeren om den rette sundhedsadfærd via kampagner.

Som det fremgår af ovenstående dækker forebyggelsesbegrebet over en bred vifte af indsatser og strategier med forskellige tidsperspektiver.

Rapportens fokus og afgrænsning

Analyserne i denne rapport er særligt fokuseret omkring den sekundære og tertiære forebyggelse. Fokus er særligt på kommunernes muligheder for at forebygge indlæggelser, genindlæggelser og ambulante aktiviteter i det regionale, somatiske sygehusvæsen. Ligeledes omfatter analysen praksissektoren. I forhold til indsatser og strategier vil analysen primært være koncentreret omkring de individorienterede strategier – eller højrisikostراتيجier – men også de to andre typer af strategier berøres ligeledes.

På baggrund af disse analyser ønskes identificeret potentialer for en mere effektiv forebyggelsesindsats på det somatiske område. Herudover ønskes grundlaget for at dokumentere, sammenligne og analysere kommunernes indsats styrket ligesom mulighederne for at udbrede de gode eksempler mere systematisk belyses.

⁹ Terminologi – Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. Sundhedsstyrelsen, 2005.

2.2 Metode og definitioner

2.2.1 Metode

Analysen benytter sig grundlæggende af en eksplorativ tilgang, der starter bredt og løbende fokuseres. De to grundelementer i analysen er en kvantitativ og en kvalitativ tilgang – og kombinationen af disse.

Den *kvantitative* tilgang belyser variationer mv. i kommunale forskelle i sundhedsforbruget i det regionale sundhedsvæsen. Denne del af analysen baseres på opgørelser af aktivitet og ressourceforbrug i de nationale sundhedsregistre. I analysen inddrages bl.a. data fra det *kommunaløkonomiske sundhedsinformationsgrundlag – KØS*.

I den kvantitative analyse belyses variationerne i aktiviteten i det regionale sundhedsvæsen ved antallet af udskrivninger, ambulante besøg, ydelser i praksissektoren og tilhørende produktionsværdi eller udgifter. Ligeledes analyseres tre udvalgte indikatorer nærmere – *forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser* – da en belysning af særligt disse tre kan medvirke til at give en kvantitativ vurdering af kommunale potentialer i forhold til at forebygge indlæggelser.

Den sidste del af den kvantitative analyse har fokus på en række udvalgte populationer og disses forbrug i det regionale sundhedsvæsen. Populationerne er afgrænset således, at hvis de er blevet defineret som en person med kronisk sygdom, ses på hele deres sundhedsforbrug. Således vil sundhedsforbrug der er relateret til den kroniske sygdom, men hvor aktionsdiagnose ikke er den kroniske sygdom indgå i opgørelserne. Derudover kan deres sundhedsforbrug følges på tværs af sygehuse og praksissektor.

Den *kvalitative* tilgang belyser forebyggelsesindsatsen i 10 udvalgte kommuner, hvor kommuner med et højt såvel som lavt forbrug i det regionale sundhedsvæsen er repræsenteret. Gennem dybdegående interviews med repræsentanter fra forskellige dele af kommunen samt regionerne og sygehusene kortlægges og analyseres de kommunale indsatser og deres forklaringskraft vurderes.

Ved at sammenholde resultaterne fra den kvantitative og kvalitative analyse ønskes det at finde faktorer, der kan medvirke til at forklare niveauet for sundhedsforbruget samt vurdere de forskellige indsatsers potentialer.

En lang række faktorer kan have betydning for borgernes forbrug af sundhedsydelser i det regionale sundhedsvæsen. Det kan være befolkningens køns- og alderssammensætning, socio-økonomiske og sociale forhold, sygehustilgængelighed, antallet af praktiserende læger og deres henvisningspraksis, regionale og kommunale sundheds- og socialindsatser mv.

Der hvor det er muligt, tages der højde for disse forhold. I de kvantitative analyser er tallene således køns- og aldersstandardiseret. Ligeledes vurderes betydningen af ovennævnte mulige forklaringsfaktorer i de indledende kapitler, men det er ikke muligt at regulere for disse forhold i samme grad som det er for køns- og alderssammensætningen.

2.2.2 Definitioner

Et hovedfokus i analysen er at identificere potentialer for reduktion af u hensigtsmæssige indlæggelser. Begrebet *uhensigtsmæssige indlæggelser* dækker over en række forskellige problemstillinger og det er således vigtigt at skelne mere præcist mellem de forskellige typer. Nedenfor i boks 2.1 præsenteres en række af de definitioner, der anvendes i analysen.

Boks 2.1

Uhensigtsmæssige indlæggelser

Grundlæggende dækker begrebet *uhensigtsmæssige indlæggelser* over følgende typer indlæggelser¹⁰:

- Indlæggelser der kunne have været *forebygget*, hvis problemstillingen havde været opsporet tidligere, og der havde været *handlet* virkningsfuldt.
- Indlæggelser der kun er nødvendige, fordi der *mangler kommunale alternativer til indlæggelse* i form af mere akut og intensiv hjælp i hjemmet eller i andet kommunalt regi.
- Indlæggelser der kun er nødvendige, fordi der *mangler regionale alternativer til indlæggelse* i form af fx (sub)akutte ambulante muligheder for udredning / behandling.
- Indlæggelser der sker som følge af, at *henviser ikke er opmærksom på, at der findes relevante alternativer* uden for hospitalsregi, eller hvis de eksisterende tilbud er fuldt belagte.
- Indlæggelser der sker som følge af *usikkerhed hos plejepersonalet* i primærsektoren eller som følge af *hensynet til pårørende*, eller fordi *indlæggende læge er usikker* på, om patienten kan håndteres forsvarligt i primærsektoren.
- Indlæggelser hvor færdigbehandlede patienter forbliver indlagt i kortere eller længere tid, som følge af *ventetid til kommunale tilbud/plejehjem*.

De ovenstående indlæggelser kan siges at fordele sig på tre typer af *uhensigtsmæssige indlæggelser*. Disse er indlæggelser, der er *forebyggelige, forkerte eller forlængede*.

Forebyggelige indlæggelser dækker over indlæggelser som det er muligt at forebygge ved at ændre eller forbedre indsatsen i en den kommunale og/eller regionale sektor – denne inkluderer således både indlæggelser og genindlæggelser.

Forkerte indlæggelser dækker indlæggelser betinget af ikke-somatiske årsager - det kan eksempelvis være sociale og/eller plejemæssige årsager. Således er der tale om borgere uden et medicinsk begrundet behov for udredning eller behandling.

Forlængede indlæggelser dækker over indlæggelser som ikke længere er somatisk begrundede – borgeren er færdigbehandlet - fordi borgeren ikke kan udskrives. Det kan eksempelvis være patienter, der venter i længere tid på plejehjem eller i kort tid, fordi det ikke i praksis er muligt for hospitalet at udskrive, idet kommunen ikke kan modtage med så kort frist. Siden strukturreformen i 2007 er der sket et væsentligt fald i omfanget af færdigbehandlede patienter på sygehuse og således behandles denne del af de uhensigtsmæssige indlæggelser ikke i analysen.

I den kvantitative analyse af den kommunale forebyggelsesindsats er udvalgt tre indikatorer, der vurderes at have et særligt potentiale i forhold til at belyse forebyggelsesindsatserne. Disse er 1) *udvalgte forebyggelige indlæggelser*, 2) *genindlæggelser* og 3) *korttidsindlæggelser*. Fælles for disse er, at det er indlæggelsestyper, hvor overhyppigheder kan indikere, at en række af indlæggelserne er uhensigtsmæssige. Det vurderes ligeledes at være indlæggelser som målrettede kommunale indsatser kan være særligt effektive i forhold til at forebygge.

Det er væsentligt at notere, at fokus er på overhyppigheder i de tre indikatorer. Det er ikke muligt at forebygge alle forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser. Dog kan observerede overhyppig-

¹⁰ Forebyggelse af indlæggelser – oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer og effekter. DSI, 2011.

heder i de tre indikatorer fra kommune til kommune indikere en uhensigtsmæssig indlæggelse og dermed et særligt potentiale i forhold til at forebygge disse.

På samme vis gør det sig gældende, at blot fordi en indlæggelse ikke optræder som en af de tre typer af indlæggelse, betyder det ikke, at den ikke kan forebygges. Det er blot generelt set vurderet, at potentialet er mindre i forhold til at forebygge en sådan type indlæggelse sammenlignet med de tre typer i boks 2.2.

Boks 2.2

Indikatorer for kommunernes forebyggelsesindsats

Udvalgte forebyggelige indlæggelser

Det er vurderet, at kommunerne for en række udvalgte diagnosers vedkommende har en særlig mulighed for at forebygge indlæggelse. Potentialet er hovedsageligt i forhold til de borgere, kommunen har løbende kontakt med i dagligdagen – dvs. eksempelvis beboere på de kommunale plejecentre eller modtagere af kommunale plejeydelser – og hvor kommunalt plejepersonale har mulighed for at screene for tidlige indikationer på sygdom eller funktionstab og dermed forebygge indlæggelse.

De udvalgte forebyggelige indlæggelser omfatter akutte indlæggelser med følgende diagnoser (ICD-10 diagnosekoder i parentes):

- Ernæringsbetinget blodmangel (DD50-53)
- Knoglebrud (DS02, DS12, DS22, DS32, DS42, DS52, DS62, DS72, DS82, DS92)
- Tarminfektion (DA09)
- Blærebetændelse (DN30 – undtagen DN303 og DN304)
- Lungebetændelse (DJ12-15, DJ18)
- Akut bronkitis o.l. (DJ20-22)
- Kronisk nedre luftvejssygdom (DJ40-47)
- Forstoppelse (DK590)
- Væskemangel (DE869)
- Tryksår (DL89)
- Sociale og plejemæssige forhold (DZ59, DZ74-DZ75)
- Diabetes (DE10-14)

De forebyggelige indlæggelser opgøres som andel af det samlede antal akutte indlæggelser.

Genindlæggelser

Almindeligvis betragtes genindlæggelser som udtryk for uhensigtsmæssige forløb og kan skyldes kvalitetsproblemer ved den ydede behandling og pleje under og/eller efter indlæggelse. De kan dog også skyldes nyopstået sygdom og forværring i kronisk sygdom eller at der er tale om terminale patienter, hvorfor en genindlæggelse i nogle tilfælde er hensigtsmæssig. Dette forbehold gør sig gældende i den resterende del af rapporten når der tales om genindlæggelser.

En genindlæggelse defineres som en akut indlæggelse, der finder sted inden for 30 dage efter udskrivelse fra den primære indlæggelse. Genindlæggelser som følge af ulykker ekskluderes fra opgørelsen, idet det generelt skønnes ikke at have relation til den primære indlæggelse. Ligeledes ekskluderes genindlæggelser, hvor patienten indlægges med en kræftdiagnose.

Genindlæggelserne opgøres som andel af samlede antal indlæggelser. Indikatorer en således tilnærmelsesvist et udtryk for andelen af indlæggelser, der efterfølgende fører til genindlæggelse – dvs. genindlæggelsesfrekvensen.

Korttidsindlæggelser

En korttidsindlæggelse defineres som en akut, medicinsk indlæggelse, hvor udskrivning enten finder sted på samme dag som indlæggelse eller dagen efter indlæggelse (én overnatning). I denne gruppe findes patienter med forholdsvis ukomplicerede behandlingsforløb, hvor indlæggelsen muligvis kunne være blevet forebygget enten ved indsatser/handlinger i praksissektoren, i det ambulante sygehusregi eller kommunale tilbud og indsatser.

Korttidsindlæggelser opgøres som andel af det samlede antal akutte indlæggelser.

Udgangspunktet for analysen er en registerbaseret opgørelse af patientgrupperne og deres forbrug af sundhedsydelser på tværs af kommuner. Analysen af en veldefineret og afgrænset population har en særlig styrke, idet det giver mulighed for at følge borgere med særlige karakteristika – en given population – på tværs af sygdomme, sygehuse, praksissektor og kommuner. Analysen fokuserer på personer med kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter. Nedenfor defineres disse patientgrupper.

Boks 2.3

Definition af personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter

Definition af personer med kronisk sygdom

Personer med kronisk sygdom er defineret på baggrund af Sundhedsstyrelsens algoritme for monitorering af kronisk sygdom. I nærværende publikation belyses følgende kroniske sygdomme:

- Diabetes
- Hjertekarsygdomme
- Kroniske lungesygdomme
- Knogleskørhed og leddegigt

Til identifikation af patientgrupperne er anvendt de nationale sundhedsregistre inden for tre områder; sygehuskontakt, lægemiddelforbrug og ydelser omfattet af den offentlige sygesikring. En borger inkluderes i en given patientgruppe, hvis et eller flere inklusionskriterier er opfyldt. Sygehuskontakter op til fem år før opgørelsestidspunktet inkluderes, mens der ses på det seneste års lægemiddelforbrug og det seneste års sygesikringsydelser. Identifikation af patientgruppen af diabetikere er baseret på Sundhedsstyrelsens Diabetesregister.

Kun personer der er 18 år eller derover på opgørelsestidspunktet inkluderes. Ligeledes inkluderes alene borgere, som er levende på opgørelsestidspunktet, dvs. pr. 31. december 2010. Det bemærkes, at den samme borger kan have mere end én kronisk sygdom, og derved indgå i flere af de ovenstående patientgrupper.

Bemærk, at Sundhedsstyrelsen desuden inkluderer personer med udvalgte kroniske psykiske sygdomme i deres opgørelse af antallet af personer med kronisk sygdom. Bortset fra dette afviger nærværende opgørelse ikke fra Sundhedsstyrelsens.

Definition af ældre medicinske patienter

Ældre medicinske patienter afgrænses til personer på 65 år og derover, som i løbet af et givent år har været indlagt på en medicinsk afdeling.

Patienter, som i året er behandlet for kræft, indgår ikke i afgrænsningen.

For at sikre overensstemmelse med afgrænsningen af personer med kronisk sygdom inkluderes alene borgere, som er levende på opgørelsetidspunktet, dvs. pr. 31. december 2010.

3. Regelgrundlag for de kommunale og regionale forebyggelses- og plejeaktiviteter

3.1 Sammenfatning

Dette kapitel beskriver opgavefordelingen mellem kommuner og regioner på forebyggelses- og plejeområdet. Derudover beskrives sundhedslovens og servicelovens mest centrale paragraffer vedrørende den kommunale forebyggelsesindsats og hvor relevant også regionernes forpligtelser i forbindelse med den patientrettede forebyggelsesindsats.

Den formelle styring og planlægning af sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende indsatser bygger på centralt fastsatte regler og overenskomster, som angiver kompetencefordelingen mellem stat, regioner og kommuner. Typisk har staten ansvaret for folkeoplysning, tilsyn med bl.a. sundhedspersonale og institutioner samt påvirknings- og godkendelsesfunktion i relation til overenskomster og aftaler, herunder fx overenskomster med de praktiserende læger og sundhedsaftaler mellem region og kommune.

Med sundhedsloven fra 2007 blev regionernes og kommunernes ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme for første gang eksplicit fastsat i lovgivningen. Det blev fastlagt, at kommunerne har ansvaret for den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme, der skal forebygge, at sygdom og ulykker opstår, mens ansvaret for den patientrettede forebyggelse, som skal forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere og begrænse eller udskyde komplikationer, er delt mellem regioner og kommuner. Regionerne har desuden en rådgivningsforpligtelse overfor kommuner.

Nedenfor i boks 3.1 opridses de væsentligste regler i sundhedsloven vedrørende forebyggelse.

Boks 3.1

Regler om forebyggelse

Sundhedslovens § 5 og § 79 vedr. behandling

Bopælsregionen er efter sundhedsloven forpligtet til at tilbyde vederlagsfri sygehusbehandling ved egne sygehuse, ved sygehuse i andre regioner eller ved de i sundhedslovens § 79 nævnte specialsygehuse.

Efter sundhedslovens § 5 omfatter behandling: Undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient.

Sundhedslovens § 119

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

Af Sundhedsstyrelsens vejledning "Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 3" defineres patientrettet forebyggelse som forebyggelse, der søger at undgå, at sygdom udvikler sig yderligere og at begrænse eller udskyde eventuelle komplikationer. Af vejledningen fremgår, at sygehuse skal integrere forebyggelse i behandlingsforløbene. I relation til patientforløbet bør sygehusets forebyggelsesindsats omfatte bl.a. etablering af relevante, forebyggende tilbud i tilknytning til længerevarende forløb

på sygehuse, evt. i samarbejde med kommunen og almen praksis.

Sundhedsstyrelsen har endvidere udgivet en vejledning om den forebyggende indsats i kommunerne, "Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 1 og 2", hvoraf det fremgår, at kommunen får ansvaret for den del af den patientrettede forebyggelse, der finder sted, når patienten ikke er i behandling på sygehus eller hos den praktiserende læge.

Sundhedslovens § 119 pålægger ikke kommunerne at tilbyde borgerne bestemte forebyggende og sundhedsfremmende tilbud. Omfanget og antallet af indsatser varierer således også fra kommune til kommune, ligesom indsatserne varierer fra tæt samarbejde med sygehus og almen praksis til mere isolerede kommunale sundhedstilbud. Eksempler på samarbejdsindsatser kan være opfølgende hjemmebesøg eller konkrete telemedicinske initiativer, mens eksempler på rent kommunale sundhedstilbud omfatter specialiserede sygeplejetilbud, døgnrehabilitering og patientrettede forebyggelsestilbud (SOFT-tilbud), træning og genoptræning, forebyggelse i ældreplejen mv.

For at sikre sammenhæng mellem regionernes og kommunernes indsats på sundhedsområdet bl.a. i forhold til den patientrettede forebyggelse, er regioner og kommuner ifølge sundhedslovens § 204 og § 205 forpligtet til at samarbejde i regionale sundhedskoordinationsudvalg, der skal sikre en dialog om sammenhæng i behandling, genoptræning, forebyggelse og pleje, og til at indgå sundhedsaftaler om varetagelse af opgaver på sundhedsområdet. Et af de seks obligatoriske indsatsområder i sundhedsaftalerne er forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse,

Som en yderligere tilskyndelse til kommunernes indsats på sundhedsområdet og særligt i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme indførtes der med kommunalreformen i 2007 kommunal medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen. Efter lov om regionernes finansiering betaler kommunerne et bidrag for egne borgeres brug af ydelser i henholdsvis praksissektoren og på sygehus. I alt finansierer kommunerne ca. 20 pct. af det regionale sundhedsvæsen. Bidragene er indført som økonomisk incitament, der skal tilskynde kommunerne til at etablere indsatser, der kan forebygge egne borgeres behov for specialiseret sygdomsbehandling, altså indsatser inden for sygepleje, genoptræning og ikke mindst forebyggelse og sundhedsfremme.

Den kommunale medfinansiering blev ændret i sommeren 2011, og trådte i kraft 1. januar 2012. Formålet med omlægningen af den kommunale medfinansieringsordning var at understøtte kommunernes økonomiske incitament til at forebygge, at deres borgere får behov for behandling i sygehusvæsenet, herunder særlig fokus på at reducere antallet af uhenigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser. Incitamentsstrukturen i den nye ordning er de samme som i den tidligere ordning, men er generelt blevet styrket, idet kommunerne fremover kan komme til at betale op til ca. 14.000 kr. pr. indlæggelse mod tidligere ca. 5.000 kr.

3.2 Opgavefordelingen mellem stat, kommuner og regioner

Sundhedsvæsenets opgaver udføres overordnet af regionernes sygehusvæsen, praksissektoren, herunder de alment praktiserende læger, og af kommunerne. Kommuner og praksissektor udgør tilsammen den primære sundhedssektor, mens sygehuse betegnes som den sekundære sundhedssektor.

Regionernes sygehuse har ansvar for behandling, pleje- og forebyggelsesaktiviteter som led i sygehusbehandling. Regionerne har samtidig ansvaret for at levere specialiseret genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Regionerne er herudover ansvarlige for at rådgive kommunerne om fx patientrettet forebyggelse, kvalitet og forskning på sundhedsområdet samt for indsatser i praksissektoren via overenskomstregulerede aftaler

med privatpraktiserende læger og speciallæger, fysioterapeuter¹¹, kiropraktorer, fodterapeuter og psykologer, tandlæger- og plejere.

Regionerne har ifølge sundhedsloven ansvaret for at tilvejebringe tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner, herunder almen praksis. Almen praksis er borgerens primære indgang til sundhedsvæsenet. I kraft af den praktiserende læges særlige generalistkompetencer skal almen praksis udfylde en funktion som gatekeeper til det øvrige sundhedsvæsen og som tovholder for patienten. Tovholderfunktionen betyder, at almen praksis skal have en proaktiv, planlæggende og koordinerende rolle i hver enkelt patients undersøgelses- og behandlingsforløb over tid. Koordinationen er nødvendig for samle trådene og sikre, at der er sammenhæng i de tilbudte undersøgelser og behandlinger. Almen praksis kan herudover gennem den hyppige kontakt til borgerne screene for uhensigtsmæssig livsstil og på et tidligt tidspunkt forebygge udvikling af livsstilssygdomme/forværring af allerede opståede livsstilssygdomme og fx henvise til kommunale tilbud til borgere med risikoadfærd/ kronisk sygdom.

Kommunerne har ansvar for forebyggelses- og plejeaktiviteter samt genoptræning, der ikke foregår som led i sygehusbehandling og som ikke er en del af indsatsen i praksissektoren¹². Kommunerne har ansvaret for den borgerrettede forebyggelsesindsats, som kan række ind over andre områder end sundhed. Ligeledes varetager kommunerne sammen med regionerne patientrettede forebyggelsesopgaver. Patientrettede forebyggelses- og plejeaktiviteter i kommunerne er særligt relevant i forhold til plejkrævende ældre, herunder ældre med et genoptrænings- og rehabiliteringsbehov og ældre medicinske patienter samt visse personer med kronisk sygdom.

Nedenstående oversigt viser opgavefordelingen på sundhedsområdet.

Boks 3.2		
Opgavefordelingen på sundhedsområdet		
<u>Staten</u>	<u>Regionerne</u>	<u>Kommunerne</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Lovgivningsmæssige rammer • Specialeplanlægning • Øvrig sundhedsfaglig vejledning og regulering, fx dataformidling • Regulering på medicinområdet og apotekersektoren • De økonomiske rammer 	<p>Sygehusvæsen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Somatisk behandling • Psykiatrisk behandling • Sygehusmedicin • Præhospital indsats • Ansvar for at levere specialiseret ambulans genoptræning (kommunalt myndighedsansvar) • Patientrettet forebyggelse (delt med kommunerne) • Rådgivning ift. kommunernes forebyggelsesindsats • Forskning og uddannelse <p>Praksisområdet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Praktiserende læger • Praktiserende speciallæger • Andre privatpraktiserende sundhedspersoner 	<ul style="list-style-type: none"> • Myndigheds- og finansieringsansvar for genoptræning efter indlæggelse • Ansvar for at levere almen, ambulans genoptræning • Borgerrettet forebyggelse • Patientrettet forebyggelse (delt med regionerne) • Misbrugsbehandling • Hjemmesygepleje • Sundhedspleje • Socialpsykiatri • Børnetandpleje og omsorgstandpleje

¹¹ Fysioterapi i praksissektoren er et delt ansvar mellem regioner og kommuner, da kommunerne har ansvaret for den vederlagsfri fysioterapi.

¹² Det bemærkes, at et regionsråd iflg. sundhedslovens § 239 kan indgå aftale med en kommunalbestyrelse om betaling for personer, der henvises til tilbud i kommunalt regi som alternativ til sygehusindlæggelse.

3.2.1 De formelle rammer for samarbejdet mellem kommuner, regioner og almen praksis

Kommunernes forebyggelses- og plejeindsats er for nogle patienter en integreret del af det samlede behandlingsforløb. For at sikre sammenhæng mellem regionernes og kommunernes indsats på sundhedsområdet bl.a. i forhold til den patientrettede forebyggelse, er regioner og kommuner iflg. sundhedslovens § 204 og § 205 forpligtet til at samarbejde i regionale sundhedskoordinationsudvalg, der skal sikre en dialog om sammenhæng i behandling, genoptræning, forebyggelse og pleje, og til at indgå sundhedsaftaler om varetagelse af opgaver på sundhedsområdet.

Et af de obligatoriske indsatsområder i sundhedsaftalerne er forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse, jf. boks 3.3. Den konkrete arbejdsdeling vedrørende den patientrettede, forebyggende indsats skal regionsråd og kommunalbestyrelse derfor fastlægge lokalt i sundhedsaftaler med henblik på at sikre koordinering og sammenhæng for de patienter, der bevæger sig på tværs af sektorer og/eller er samtidige modtagere af ydelser fra både kommune sygehus og almen praksis.

Boks 3.3

Sundhedskoordinationsudvalg (sundhedslovens § 204) og sundhedsaftaler (sundhedsloven s § 205)

Regionsrådet nedsætter i samarbejde med kommunalbestyrelserne i regionen et sundhedskoordinationsudvalg vedrørende den regionale og kommunale indsats på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

Sundhedskoordinationsudvalget består af repræsentanter for regionen, kommunerne i regionen og praksissektoren. Den nærmere sammensætning kan aftales mellem regionsrådet og kommunekontaktrådet i regionen. Dog skal mindst ét medlem udpeges af praksisudvalget for almen praksis i regionen.

Sundhedskoordinationsudvalget skal varetage følgende obligatoriske opgaver:

- Udarbejde et generelt udkast til de sundhedsaftaler, der efter sundhedslovens § 205 skal indgås mellem regionen og de enkelte kommuner i regionen.
- Efter behov følge og drøfte sundhedsaftalernes praktiske gennemførelse og stille sine vurderinger heraf til rådighed for aftaleparterne.
- vurdere udkast til regionens sundhedsplan og kan fremkomme med anbefalinger til, hvordan planen kan fremme sammenhæng i indsatsen mellem sygehuse, praksissektor og kommuner.
- i øvrigt drøfte emner, der er relevante for sammenhængen i patientforløb mellem sygehuse, praksissektor og kommuner.
- informere sundhedskoordinationsudvalgene i de øvrige regioner om forhold vedrørende samarbejdet mellem sygehuse, praksissektor og kommuner i regionen, hvor kendskab hertil kan fremme koordineringen af behandlingsforløb, der omfatter flere regioner.

Sundhedsaftalernes formål er at bidrage til sammenhæng og koordinering af indsatsen i de patientforløb, der går på tværs af sygehuse, almen praksis og kommune. Målet er, at den enkelte patient og borger modtager en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for.

Sundhedsstyrelsen vurderer sundhedsaftalerne på, om de lever op til en række krav inden for nedenstående seks obligatoriske indsatsområder:

- Indlæggelses- og udskrivningsforløb
- Træningsområdet
- Behandlingsredskaber og hjælpemidler
- Forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse
- Indsatsen for mennesker med sindslidelser
- Opfølgning på utilsigtede hændelser.

Sundhedsstyrelsen godkendte i marts 2011 alle 98 sundhedsaftaler for 2011-14 mellem regioner og kommuner.

3.3 De kommunale forebyggelses- og plejetilbud

Med kommunalreformen har kommunerne fået et større ansvar på sundhedsområdet. Det øgede kommunale ansvar omfatter bl.a. den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse, ansvaret for den del af den patientrettede forebyggelse, som ikke foregår i tilknytning til behandling i sygehusvæsenet og i praksissektoren, samt for genoptræning efter udskrivning fra sygehus. Kommunerne har også ansvaret for de forebyggende sundhedsydelse for børn og unge, for den kommunale hjemmesygepleje og tandpleje, jf. boks 3.4.

I forhold til de kommunale forebyggelses- og plejeaktiviteter har kommunerne efter den sociale lovgivning også ansvar for bl.a. at levere personlig og praktisk hjælp og støtte til nødvendige opgaver i hjemmet, for genoptræning forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse, for forebyggende hjemmebesøg til ældre og for at tilbyde borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne midlertidige botilbud¹³. Formålet med disse indsatser er at gøre borgeren i stand til at klare sig selv i videst muligt omfang. Nærheden til borgerne giver kommunerne gode muligheder for at følge op på og påvirke borgerens sundhed. Kommunerne har således mulighed for at tilrettelægge en helhedsorienteret og sammenhængende forebyggelses- og plejeindsats integreret i deres borgernære tilbud på f.eks. ældre-, social-, undervisnings- og beskæftigelsesområde.

De mest centrale ydelser i den kommunale forebyggelses- og plejeindsats – som fremgår af sundhedsloven og serviceloven - er beskrevet kort i boks 3.4.

Boks 3.4

Relevante ydelser i den kommunale forebyggelses- og plejeindsats¹⁴

- **Sundhedslovens § 119 om (borger- og) patientrettet forebyggelse.**
Patientrettet forebyggelse handler om at undgå, at sygdom forværres og om at begrænse eller udskyde sygdommens eventuelle komplikationer. Patientrettede forebyggelsestilbud vil ofte indgå som del af et samlet rehabiliteringsforløb og vil typisk bestå af tilbud om kostvejledning, fysisk træning, rygestoptilbud og vejledning i at leve med kronisk sygdom. Patientrettet forebyggelse er et delt ansvar mellem kommuner og regioner og vil derfor ofte starte under indlæggelse eller i det ambulante behandlingsforløb og fortsættes i kommune og almen praksis, når patienten udskrives fra sygehus.
- **Sundhedslovens §§ 120-126 om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge (sundhedspleje)**
Den kommunale sundhedstjeneste har fokus på barnets og den unges udvikling, sundhed og trivsel i bl.a. hjemmet, dagtilbud og i skole. Den kommunale sundhedstjeneste tilbyder både en individorienteret indsats over for det enkelte barn/unge og en særlig indsats over for børn med særlige behov.
- **Sundhedslovens §§ 127-134 om tandpleje til børn og unge, omsorgstandpleje og specialtandpleje**

¹³ Vejledning om kommunal rehabilitering, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Social- og Integrationsministeriet, Beskæftigelsesministeriet samt Ministeriet for Børn og Undervisning, juni 2011.

¹⁴ Ibid.

Kommunerne skal tilbyde alle børn og unge under 18 år med bopæl i kommunen vederlagsfri forebyggende og behandlende tandpleje. Kommunerne skal tilbyde omsorgstandpleje til personer, der på grund af nedsat førlighed eller vidtgående fysisk eller psykisk handicap kun vanskeligt kan benytte de almindelige tandplejetilbud. Kommunerne skal herudover tilbyde et specialiseret tandplejetilbud til sindslidende, psykisk udviklingshæmmede m.fl., der ikke kan benytte de almindelige tandplejetilbud eller omsorgstandplejen. For børn og unge under 18 år med odontologiske lidelser, der ubehandlede medfører varig funktionsnedsættelse, skal regionen stille et specialiseret tandplejetilbud til rådighed.

- **Sundhedslovens §§ 84 og 140 om genoptræning efter udskrivning fra sygehus**

Patienter, der har været indlagt på sygehus eller været i kontakt med skadestue eller sygehusambulatorium, skal senest ved udskrivningen tilbydes en genoptræningsplan, såfremt der er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Når patienter udskrives fra sygehus med et lægefagligt begrundet behov for genoptræning er al ambulant genoptræning, herunder også specialiseret ambulant genoptræning, et kommunalt myndigheds- og finansieringsansvar. Kommunens myndighedsansvar indebærer, at kommunen har ansvaret for at tilbyde genoptræning vederlagsfrit på baggrund af den lægefaglige vurdering af genoptræningsbehovet, som er indeholdt i genoptræningsplanen. I tilfælde, hvor genoptræningsplanen henviser til specialiseret ambulant genoptræning på et sygehus, er det sygehusets/regionens ansvar at træffe afgørelse om indsatsen.

- **Sundhedslovens §§ 138 og 139 om hjemmesygepleje**

Formålet med den kommunale hjemmesygepleje er at forebygge sygdom, fremme sundhed, yde sygepleje og behandling, rehabilitering og palliation til borgere, der har behov for det. Hjemmesygeplejen kan ydes på klinikker, i sundhedscentre samt i borgerens eget hjem.

- **Sundhedslovens § 140 a om vederlagsfri fysioterapi**

Vederlagsfri fysioterapi gives efter lægehenvielse til børn og voksne med varigt svært fysisk handicap eller med funktionsnedsættelse som følge af progressiv sygdom. Den vederlagsfri fysioterapi har til formål at forbedre funktioner, vedligeholde funktioner eller forhale forringelse af funktioner.

- **Sundhedslovens §§ 141 og 142 om kommunal alkoholbehandling og lægelig behandling for stofmisbrug**

Kommunerne har ansvar for at tilbyde behandling for alkohol- og stofmisbrug. Det er kommunens ansvar at sikre den fornødne sammenhæng mellem den sundhedsfaglige og den socialfaglige behandling og indsatsen målrettet de sociale problemer, herunder i forhold til tilknytning til arbejdsmarkedet, som alkohol- og stofmisbrugeren i øvrigt måtte have.

- **Sundhedslovens § 239 om tilkøb af kommunale tilbud**

Regionen kan indgå aftale med en kommune om betaling for personer, der henvises til tilbud i kommunalt regi som alternativ til sygehusindlæggelse.

- **Servicelovens § 83 om personlig og praktisk hjælp til børn, unge og voksne**

Kommunen har pligt til at sikre, at alle med behov herfor får tilbudt personlig hjælp og pleje og/eller praktisk hjælp og støtte til nødvendige opgaver i hjemmet. Personlig og praktisk hjælp kan være relevant som led i en rehabiliteringsindsats og skal tilrettelægges i nært samarbejde med modtageren med henblik på at støtte denne i at vedligeholde eller genvinde et fysisk eller psykisk funktionsniveau.

- **Servicelovens § 79a om forebyggende hjemmebesøg**

Alle borgere, der er fyldt 75 år, og som bor i kommunen, skal tilbydes forebyggende hjemmebesøg. Formålet med tilbud om hjemmebesøg er at opprioritere den forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for ældre ved at skabe tryghed og trivsel samt yde råd og vejledning om aktiviteter og støttemuligheder. Formålet er også at styrke de ældres muligheder for at øge det sociale netværk. De ældre kan på den måde få hjælp til bedre at udnytte egne ressourcer og til at bevare funktionsniveauet længst muligt

- **Servicelovens § 86 om genoptræning,**

Kommunen skal tilbyde genoptræning til voksne på 18 år og derover med behov for genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til en sygehusindlæggelse. Målgruppen for genoptræning efter denne bestemmelse er typisk ældre borgere, der efter sygdom, som ikke er behandlet i sygehusregi, er midlertidig svækket.

- **Serviceovens § 107 om midlertidige botilbud**

Kommunen skal tilbyde midlertidigt ophold i botilbud til borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har behov for omfattende hjælp til almindelige daglige funktioner eller for pleje, eller som i en periode har behov for særlig behandlingsmæssig støtte. Bestemmelsen sikrer kommunerne mulighed for at tilbyde midlertidige ophold af forskellig varighed, herunder weekendophold, til borgere med behov for bl.a. optræning, afprøvning af fremtidige bomuligheder og udslusning.

Kommunerne har efter sundhedslovens § 119 pligt til at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne, jf. boks 3.4. Kommunale sundhedstilbud, der er rettet mod at forebygge indlæggelser og ambulante besøg på sygehus, dækker over et bredt spektrum af indsatser. Sundhedslovens § 119 pålægger ikke kommunerne at tilbyde borgerne bestemte forebyggende og sundhedsfremmende tilbud. Indsatserne varierer fra tæt samarbejde med sygehus og almen praksis til mere isolerede kommunale sundhedstilbud. Eksempler på samarbejdsindsatser kan være opfølgende hjemmebesøg eller konkrete telemedicinske initiativer, mens eksempler på rent kommunale sundhedstilbud omfatter specialiserede sygeplejetilbud, døgnrehabilitering og patientrettede forebyggelsestilbud (SOFT-tilbud), træning og genoptræning, forebyggelse i ældreplejen mv.

Kommunerne er desuden ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter lægehenvielse til personer med ophold i kommunen, jf. sundhedslovens § 138. Indsatserne i den kommunale hjemmesygepleje kan både have karakter af almen (grundlæggende) sygepleje og specialiseret (kompleks) sygepleje. Hjemmesygeplejens formål er at forebygge sygdom, fremme sundhed, yde sygepleje og behandling, rehabilitering og lindring af døende (palliation) til patienter, der har behov for det.

Hjemmesygepleje ydes til patienter i alle aldre i tilfælde af akut eller kronisk sygdom, hvor sygeplejefaglig indsats er påkrævet. Målet er at skabe mulighed for, at patienten kan blive i eget hjem, herunder i plejebolig mv., hvad enten der er tale om midlertidig eller kronisk sygdom, forskellige handicap eller situationer, hvor døden er nært forestående, når det ud fra en lægefaglig, sygeplejefaglig og social vurdering skønnes forsvarligt.

Der er udviklet 12 indsatstyper for sygeplejen, der omfatter sygeplejefaglig udredning og opfølgning, aktivitet, ernæring, hud og slimhinder, kommunikation, psykosociale forhold, respiration og cirkulation, seksualitet, smerte og sansendeindtryk, søvn og hvile, viden og udvikling, udskillelse af affaldsstoffer, medicinbehandling og andet. På tværs af disse indsatstyper kan der være tale om komplekse opgaver i akutteams, som nogle kommuner har oprettet.

Endvidere vil en række indsatser på tværs af patientgrupper og lovgivningsområder bestå af bl.a. genoptræning efter sundhedsloven og serviceoven, træning og rehabilitering, både i form af egentlige døgnrehabiliteringstilbud samt mindre intensive træningsforløb. Derudover foregår en række forebyggelsesindsatser i ældreplejen. For nærmere beskrivelse af forebyggelsesindsatserne i kommunerne henvises der til kapitel 8.

3.4 Finansieringsmodellen på sundhedsområdet

Kommunerne fik med kommunalreformen i 2007 et delvist økonomisk ansvar for finansiering af regionernes udgifter på sundhedsområdet. Finansieringen sker i praksis gennem et kommunalt grundbidrag pr. indbygger og et kommunalt aktivitetsafhængigt bidrag, hver gang en borger har modtaget en regionalt finansieret sundhedsydelse.

Rationalet bag denne model for kommunal medfinansiering var at styrke kommunernes incitament til forebyggelse, herunder en mere effektiv varetagelse plejeopgaver med henblik på at forebygge u hensigtsmæssige (gen)indlæggelser af bl.a. ældre medicinske patienter og mennesker med kronisk sygdom.

Med virkning fra 1. januar 2012 er den hidtidige model for kommunal medfinansiering på sundhedsområdet blevet ændret fra at bestå af et grundbeløb og en aktivitetsafhængig afregning til udelukkende at være aktivitetsafhængig med en højere sats. Ændringen var begrundet i et ønske om at understøtte kommunernes forebyggende indsatser yderligere.

Nedenfor i tabel 3.1 fremgår en oversigt over finansieringen af regionernes udgifter på sundhedsområdet. Regionernes udgifter til sundhedsområdet dækkes hovedsageligt af staten, mens kommunerne medfinansierer omkring 20 pct. af udgifterne.

Tabel 3.1
Oversigt over finansieringen af regionernes udgifter på sundhedsområdet (2012)

	Generelle tilskud	Aktivitetsafhængige midler	I alt
Stat	Generelt bloktilskud fra staten fordelt efter objektive kriterier (ca. 77 pct.)	Aktivitetsafhængig pulje fordelt mellem regionerne efter samme kriterier som bloktilskuddet (ca. 3 pct.)	Ca. 80 pct.
Kommuner	Intet kommunalt grundbidrag fra og med 2012. (0 pct.)	Aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering af sundhedsområdet baseret på indbyggerens forbrug af sundhedsydelser (ca. 20 pct.)	Ca. 20 pct.
I alt	Ca. 77 pct.	Ca. 23 pct.	100 pct.

Anm.: De faktiske procenter kan afvige fra de her angivne.
Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

I aftalerne om kommunernes økonomi fastlægges de forventede udgifter til medfinansiering på sundhedsområdet. Kommunerne kompenseres for dette niveau i aftalen. Den forventede kommunale medfinansiering er udregnet sådan, at der er sammenhæng mellem kommunernes forventede medfinansiering på sundhedsområdet og det aftalte udgiftsniveau for regionerne.

Med omlægningen af den kommunale medfinansiering fra 2012 indførtes et loft for *regionernes indtægter* fra aktivitetsbestemt medfinansiering. Loftet for regionernes maksimale indtægter fastsættes på baggrund af de enkelte regions aktivitet i det foregående år med tillæg af økonomiaftalens vækstforudsætning. Ændringen indebærer ligeledes, at kommunerne tilbageføres eventuelt statsligt opsamlet kommunal medfinansiering, som kan tilskrives *merproduktivet* i en eller flere regioner ud over det forudsatte. Efterreguleringens størrelse kan ikke overstige det i regnskabsåret opsamlede beløb i staten. En *beregnet positiv* efterregulering vil blive fordelt mellem alle kommuner via en forhøjelse af bloktilskuddet.

Kommunerne skal som hidtil afregne med regionerne hver gang en borger har fået en regionalt finansieret sundhedsydelse. Bidragets størrelse afspejler antallet af indlæggelser og ambulante behandlinger på sygehuse og hos de praktiserende læger og speciallæger mv. Det betyder overordnet, at jo mindre borgerne i en

kommune trækker på det regionale sundhedsvæsen, jo mindre vil kommunen skulle betale i kommunal medfinansiering.

Ændringen indebærer imidlertid, at det kommunale grundbidrag til regionerne afskaffes og omlægges til kommunal aktivitetsbestemt medfinansiering. Ændringen medfører en forøgelse af loftet for betalingen pr. stationær sygehusbehandling fra knap 5.000 kr. til omkring 13.750 kr. (2011-pris- og lønniveau), og for ambulante sygehusbehandlinger fra godt 330 kr. til omkring 1.357 kr. (2011-pris- og lønniveau), jf. tabel 3.2.

Tabel 3.2

Oversigt over procentsatser og lofter for den kommunale medfinansiering (2012 pris- og lønniveau)

	År 2011 og førhen	År 2012 og fremadrettet
Somatik		
Stationær behandling	30 pct. af DRG-takst (ekskl. langliggertakst), dog maksimalt 5.072 kr. pr. indlæggelse	34 pct. af DRG-takst (ekskl. langliggertakst), dog maksimalt 14.025 kr. pr. indlæggelse
Ambulant behandling	30 pct. af DAGS-takst, dog maksimalt 339 kr. pr. besøg. Det maksimale beløb for gråzonepatienter udgør 5.072 kr.	34 pct. af DAGS-takst, dog maksimalt 1.384 kr. pr. besøg. Det maksimale beløb for gråzonepatienter udgør 14.025 kr.
Genoptræning under indlæggelse	70 pct. af genoptræningstakst	70 pct. af genoptræningstakst
Psykiatri		
Stationær behandling	60 pct. af sengedagstakst, dog maksimalt 8.113 kr. pr. indlæggelse	60 pct. af sengedagstakst, dog maksimalt 8.113 kr. pr. indlæggelse
Ambulant behandling	30 pct. af besøgstakst	30 pct. af besøgstakst
Praksissektoren		
Speciallægebehandling	30 pct. af honorarer, dog maksimalt 339 kr. pr. ydelse	34 pct. af honorarer, dog maksimalt 1.384 kr. pr. ydelse
Øvrig behandling i praksissektoren	10 pct. af honorarer	10 pct. af honorarer

Kilde: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Analyserne af det kommunale sundhedsforbrug i denne rapport vedrører årene 2007-2010, dvs. på baggrund af den på daværende tidspunkt gældende model for kommunal medfinansiering.

3.5 Udviklingen i udgiftsfordelingen på sundhedsområdet

Nedenstående tabel 3.3. viser udviklingen i det offentlige forbrug på sundhedsområdet fordelt på sektorer. I 2007 udgjorde det samlede offentlige forbrug på sundhedsområdet ca. 132 mia. kr., fordelt på ca. 100 mia. kr. i regionerne, 31 mia. kr. i kommunerne og ca. 1,5 mia. kr. i staten. Denne fordeling er omtrentlig fastholdt i perioden frem til 2011. I 2011 udgjorde det regionale forbrug således 105 mia. kr., det kommunale forbrug ca. 33 mia. kr. og det statslige forbrug på sundhedsområdet knapt 1,5 mia. kr., jf. tabel 3.1. Det skal bemærkes, at det kommunale forbrug også omfatter personlig pleje.

Tabel 3.3**Offentligt forbrug på sundhedsområdet. (12-pl)**

	2007	2008	2009	2010	2011
Stat	1,2	1,1	1,2	1,5	1,3
Region (Amt)	100,5	103,8	107,7	106,5	105,6
Kommune	30,6	31,1	32,8	33,2	32,9
Total	132,3	135,9	141,7	141,1	139,8

Kilde: Danmarks Statistik

Anm: Afgrænsningen af sundhedsopgaver svarer til Danmarks Statistiks afgrænsning af sundhedsområdet og dermed i overensstemmelse med internationale statistikkonventioner.

Kommunerne fik med kommunalreformen en større rolle på sundhedsområdet, jf. ovenstående. Samlet set overtog kommunerne opgaver svarende til ca. 1,2 mia. kr. (12-pl) hvor genoptræningsområdet udgjorde den største andel på knapt 600 mio. kr. Hertil kommer den kommunale medfinansiering af regionale sundhedsydelser. Kommunernes samlede udgifter til aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen udgjorde i 2010 ca. 11,1 mia. kr. eller godt 2.000 kr. pr. indbygger¹⁵.

Nedenstående tabel 3.4 opgør udviklingen i udgifterne til forebyggelse for kommuner og regioner på en række specifikke områder. Udgiftsopgørelsen er dog behæftet med en række usikkerheder (for eksempel er udgifterne til kommunal sygepleje ikke dækkende) og er ikke en udtømmende opgørelse af de offentlige udgifter til forebyggelse i regionerne og kommunerne. For eksempel indgår de kommunale udgifter til træning og genoptræning ikke, og det har ikke været muligt at opgøre udgifterne til de regionale patientrettede forebyggelsestilbud.

Tabel 3.4**Udgifter til udvalgte forebyggelses- og sundhedsfremmeområder (2013-PL, mio. kr.)**

	2007	2008	2009	2010	2011
Regional forebyggelse i almen praksis (SuL og OK)*	499	600	673	650	549
Kommunal hjemmesygepleje SuL § 139	2.975	2.695	2.897	2.946	2.908
Kommunal sundhedstjeneste (SuL kap. 36)	927	864	968	984	958
Kommunal sundhedsfremme og forebyggelse (SuL § 119 og 203-205)	297	377	468	469	480
Kommunale forebyggende hjemmebesøg (SeL § 79)	140	137	161	143	118
Generelle kommunale tilbud med aktiverende og forebyggende sigte (SeL § 79)	689	835	832	946	896

Anm.:* Udgiften består af ydelserne 0106, 0120, 0121, 2304, 2305, § 2 aftaler i dagtid og profylaksisydelser

Kilde: Kommunernes regnskaber og CSC Scandihealth

På det regionale område foregår en del af de specifikke forebyggelsesopgaver i almen praksis i henhold til landsoverenskomsten mellem Praktiserende Lægers Organisation og Regionernes Lønnings- og Takstnævn, som repræsenterer staten, regionerne og kommunerne.

Udgifterne i praksis kan opgøres til 549 mio. kr. i 2011 og omfatter bl.a. udgifter til forebyggelsessamtaler, hjemmebesøg, profylaksis-ydelser og § 2-aftaler mellem regionerne og almen praksis. Derudover foregår der

¹⁵ Kilde: eSundhed.

endvidere en ikke ubetydelig forebyggelsesindsats som en integreret del af behandlingsindsatsen i almen praksis. Det er imidlertid ikke muligt at opgøre anvendelsen af ressourcer hertil.

Hertil kommer regionale udgifter til bl.a. igangværende patientuddannelses tilbud, forløbsprogrammer, screeninger for hhv. bryst- og livmoderhalskræft og kvalitetssikring og udvikling samt regionale udgifter til den forebyggelsesindsats, der er en integreret del af behandlingsindsatsen på sygehusene, bl.a. i form af kontrolbesøg. Det har ikke været muligt at opgøre disse udgifter.

På det kommunale område er det muligt at opgøre udgifterne til en række af kommunernes specifikke forebyggelsesopgaver samt de kommunale sundheds og plejeopgaver, der indeholder et væsentligt forebyggelseselement. Det overordnede indtryk er at udgifterne er steget siden 2007.

Som det fremgår af tabel 3.4 er en stor del af de kommunale udgifter til forebyggelse centreret om hjemmesygeplejen, hvor udgifter i 2011 blev opgjort til 2,9 mia. kr. I den forbindelse skal det bemærkes, at opgørelsen ikke medtager kommunale udgifter til sygepleje på botilbud, plejehjem og i plejeboliger eller den sygepleje og øvrige forebyggelsesindsats, der foregår i hjemmeplejen, herunder bl.a. gennem delegering til SOSU-assistenter i hjemmeplejen. Opgørelsen medtager endvidere ikke udgifter til, hjemmesygepleje i de ca. 5 kommuner, hvor hjemmesygeplejen er integreret med hjemmepleje samt sygeplejeudgifter, som kommunerne registrerer på fælles konti (fx sygeplejeartikler fra fælles depoter, fælles personale, biler mv.).

Tabel 3.4 skal ses i lyset af en betydelig stigning i kommunernes sundhedsfaglige personale i denne sammenhæng særligt stigningen i antallet af SOSU-assistenter, jf. nedenstående tabel 3.5. Samlet set skønnes det således, at udgifterne til kommunernes sygepleje og patientrettede forebyggelse er steget siden 2007.

Herudover skal kommunerne i henhold til sundhedslovens § 119 skabe rammerne for sund levevis for borgerne og etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Der er således primært tale om borgerrettede forebyggelsestiltag. Det fremgår af tabel 3.4, at indsatsen er opprioriteret siden 2007, idet udgifterne er steget betydeligt frem mod 2011, hvor de udgjorde 480 mio. kr.

Tilsvarende er kommunerne i henhold til sundhedslovens kapitel 36 forpligtet til at tilbyde børn og unge i kommunen gratis sundhedsfremmende og forebyggende sundhedsydelse og rådgivning, herunder bl.a. obligatorisk tilbud om besøg af sundhedsplejerske efter fødsel og to helbredsundersøgelser for alle skolebørn ved en læge eller sundhedsplejerske. Udgifterne efter kapitel 36 kan på den baggrund opgøres til 958 mio. kr. i 2011, hvilket nogenlunde svarer til niveauet i 2007.

Kommunerne skal i henhold til servicelovens § 79a endvidere tilbyde alle borgere over 75 år minimum et årligt forebyggende hjemmebesøg, ligesom kommunerne efter samme paragraf har ret til at iværksætte eller yde generelle tilbud med aktiverende og forebyggende sigte for ældre. Begge tilbud udgør umiddelbart borgerrettet forebyggelse. Udgifterne til forebyggende hjemmebesøg var i 2011 118 mio. kr. og er dermed faldet siden 2007. Det skyldes dog formentlig, at kommunerne fra 2010 kan vælge at undtage de borgere, der modtager både personlig pleje og praktisk hjælp fra ordningen. Til gengæld er kommunernes generelle forebyggende tilbud til ældre på dagcentre mv., hvori der også indgår forebyggelsesudgifter opprioriteret, idet udgifterne er steget fra ca. 700 mio. kr. til ca. 900 mio. kr.

Tabel 3.4 indeholder ikke de kommunale udgifter til forebyggende tandpleje, der omfatter tandpleje for 0-18 årige samt omsorgs- og specialtandpleje. Ud fra Forebyggelseskommissionens opgørelsesmetode kan udgif-

terne hertil skønnes til ca. 600 mio. kr. i 2011, hvilket svarer omtrent til niveauet i 2007¹⁶. Derudover er det kommunale sundheds- og forebyggelsesområde kendetegnet ved, at en stor del af den forebyggende indsats og dermed også en stor del af de kommunale ressourcer til forebyggelse er integreret i kommunernes almindelige opgaveløsning. Sidstnævnte ressourcer er ikke indeholdt i tabellen som dermed kun udgør et mindre udsnit af de samlede kommunale ressourcer til indsatsen på forebyggelsesområdet.

Afslutningsvist bemærkes, at staten ligeledes oppebærer udgifter til forebyggelse bl.a. i form af satspuljemidler, midler til fremme af motion mv. Forebyggelseskommissionen opgjorde i 2008 de statslige udgifter til knap 2 mia. kr.

3.6 Udviklingen i antallet af ansatte i det kommunale sundhedsvæsen

Nedenstående tabel 3.5 viser udviklingen i antallet af autoriseret sundhedspersonale i kommunerne. Samlet set har der været en stigning på ca. 7.000 i antallet af sundhedspersonale i kommunerne siden 2007. Tabellen viser endvidere, at samtlige personalegrupper har oplevet en stigning. Den største stigning findes dog blandt sosu-assistenten.

Tabel 3.5
Autoriseret sundhedspersonale i kommunerne, ekskl. ekstraordinært ansatte

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ergo- og Fysioterapeuter	4.228	5.233	5.868	6.185	6.325	6.587
Sygeplejersker (inkl. ledere)	9.936	9.966	9.993	10.024	10.157	10.283
Sundhedsplejersker (inkl. ledere)	1.565	1.607	1.629	1.642	1.632	1.631
Sosu-assistenten	14.818	14.949	15.730	16.624	17.842	19.086
I alt	30.548	31.755	33.219	34.475	35.957	37.587

Anm: I 2008 er 2. kvartal udeladt pga. strejke. 2012 kun pba. 1. og 2. kvartal.
Kilde: FLD

¹⁶ Opgjort som 30 pct. af den samlede tandplejeudgifter, svarende til forebyggelseskommissionens skøn for den forebyggende andel.

4. De kommunale udgifter til medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen

4.1 Sammenfatning

Nærværende kapitel belyser de kommunale udgifter til medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen. Der fokuseres på forskelle i niveauet af kommunernes medfinansieringsudgifter samt udgiftssammensætningen i de enkelte sektorer. Der foretages endvidere analyser af mulige forklarende faktorer for variationen i kommunernes medfinansieringsudgifter.

De samlede udgifter til aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering udgjorde i 2010 omkring 11,1 mia. kr., svarende til en gennemsnitlig udgift pr. indbygger på 2.000 kr. Heraf bidrager omkring 1.850 kr. pr. indbygger til medfinansiering af det somatiske sygehusvæsen, som er omdrejningspunktet for denne analyse. Som følge af omlægningen pr. 1. januar 2012 forventes udgifterne til aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering, at udgøre omkring 19 mia. kr. i 2012. Effekten af omlægningen er i størrelsesordenen 7 mia. kr.

Der eksisterer en betydelig variation i kommunernes forbrug af regionale sundhedsydelser og dermed deres udgifter til aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering, også når der tages højde for forskelle i kommunernes køns- og alderssammensætning. Seks kommuner har således medfinansieringsudgifter på mindre end 1.650 kr. pr. indbygger, dvs. minimum 10 pct. under landsgennemsnittet på ca. 1.850 kr. Omvendt har syv kommuner udgifter på mere end 2.050 kr. pr. indbygger, svarende til et udgiftsniveau på minimum 10 pct. over landsgennemsnittet. Der kan desuden konstateres en vis geografisk systematik i kommunernes medfinansieringsudgifter. Generelt er medfinansieringsudgifterne højere i Østdanmark end i Vestdanmark.

En række forhold kan have betydning for kommunernes medfinansieringsudgifter, herunder fx socioøkonomiske, sociale, udbudsmæssige og geografiske faktorer, ligesom kommunernes forebyggelsesindsats kan have indvirkning.

En analyse af betydningen af et sammenvejet indeks af sociale og socioøkonomiske faktorer for kommunernes forbrug af regionale sundhedsydelser viser, at der er begrænset sammenhæng mellem det socioøkonomiske indeks og medfinansieringsudgifterne.

Øvrige analyser foretaget af KL og Økonomi- og Indenrigsministeriets Finansieringsudvalg har dog vist, at forskelle i borgernes sundhedstilstand, sociale forhold samt udbudsmæssige faktorer har væsentlig betydning for kommunernes medfinansieringsudgifter. I nærværende analyse korrigeres der også for disse forhold, og på trods heraf eksisterer der stadig væsentlige forskelle mellem kommunernes udgifter til medfinansiering.

For at få en fornemmelse af, hvorvidt de kommunale variationer kan tilskrives systematiske forskelle på tværs af eller indenfor sygehusenes optageområder, er der set nærmere på variationen i medfinansieringsudgifterne for kommuner, der primært anvender samme sygehus. Sammenligningerne skal tages med forbehold, idet borgerne i de enkelte kommuner i praksis benytter flere forskellige sygehuse, og betydningen af det primære sygehus kan være forskellig fra kommune til kommune. Sammenligningen viser, at der for mange af sygehuse er en relativ stor forskel på størrelsen af kommunernes medfinansieringsudgifter. På de fleste sygehuse er der en forskel på 5-10 procentenheder, men på enkelte sygehuse er forskellene op til mellem 15 og 20 procentenheder.

Overordnet viser analysen i nærværende kapitel, at der er betydelig variation i kommunernes medfinansieringsudgifter på tværs af og indenfor regionerne. Endvidere indikerer analysen, at befolkningens køns- og alderssammensætning samt socioøkonomiske og sygehusspecifikke forhold har nogen betydningen for forskellene kommunerne imellem. Analysen viser dog også, at en vis del af den kommunale variation ikke kan forklares af disse forhold. Der er således en betydelig uforklaret variation, der i et vist omfang må formodes at skyldes forskelle i kommunernes forebyggelsesindsats, herunder bl.a. forskelle i samarbejdet med det regionale sundhedsvæsen. På den baggrund indikerer analysen, at der er potentiale for en mere effektiv kommunal forebyggelsesindsats grundet de konkrete forskelle i kommunernes sundhedsforbrug.

Forskellen i kommunernes udgifter kan som beregningseksempel illustreres ved, at kommunernes udgifter til medfinansiering isoleret set ville være knap ½ mia. kr. lavere, hvis alle kommuner med højere medfinansieringsudgifter pr. indbygger end kommunen med de 40. laveste medfinansieringsudgifter – standardiseret for køn og alder – fik nedbragt deres borgeres sundhedsforbrug (og dermed medfinansieringsudgifter) til dette niveau. En sådan reduktion i det regionale sundhedsforbrug indebærer tilsvarende en reduktion af produktionsværdien i sygehusvæsenet og bruttohonoraret i praksissektoren på samlet set omkring 3,2 mia. kr, jf. afsnit 4.3. Det bemærkes, at der i eksemplet ikke er taget højde for eventuelle omkostningerne ved forebyggelsesindsatser i kommunalt og regionalt regi i forhold til at nedbringe sundhedsforbruget til det lavere niveau.

4.2 Udgifterne til aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering

De 98 kommuners samlede udgifter til aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen udgjorde i 2010 ca. 11,1 mia. kr. eller godt 2.000 kr. pr. indbygger, jf. tabel 4.1.

Tabel 4.1

Kommunernes udgifter til aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering af sundhedsområdet, 2010, årets priser

	Mio. kr.	Pct.	Kr. pr. indbygger
Somatik	8.943	80,4	1.613
Heraf			
- Indlagte	4.912	44,2	886
- Ambulant	3.783	34,0	682
- Genoptræning under indlæggelse	248	2,2	45
Psykiatri	712	6,4	128
Heraf			
- Indlagte	264	2,4	48
- Ambulant	448	4,0	81
Praksis sektor	1.462	13,2	264
Heraf			
- Alm. praktiserende læge	382	3,4	69
- Speciallæge	862	7,8	155
- Øvrige	219	2,0	40
Kommunal medfinansiering i alt	11.118	100,0	2.005

Kilde: eSundhed

Omkring 9 mia. kr. svarende til 80 pct. af kommunernes udgifter til den aktivitetsafhængige kommunale medfinansiering vedrørte somatisk behandling på sygehuse. Heraf udgør udgifterne til medfinansiering af indlagte patienter ca. 4,9 mia. kr., mens udgifterne til ambulant behandling udgør ca. 3,8 mia. kr. Kommunernes udgifter til medfinansiering af deres borgeres forbrug i den primære sundhedssektor udgør knapt 1,5 mia. kr. svarende til godt 13 pct. af de samlede udgifter til kommunal medfinansiering. Størstedelen af udgifterne til

medfinansiering af den primære sektor vedrører finansiering af praktiserende almen- og speciallæger (godt 1,2 mia. kr.).

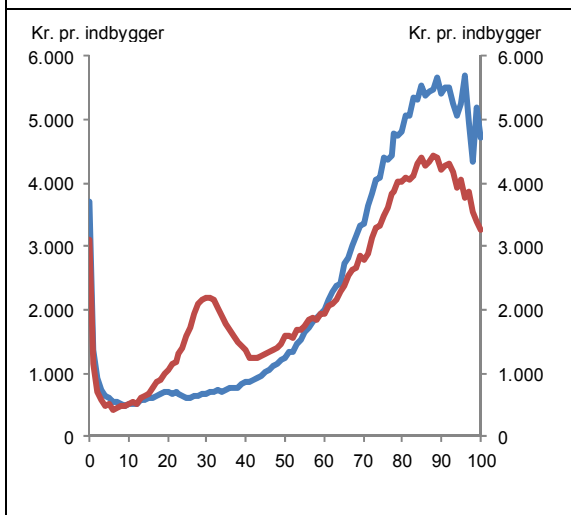
Endelig medfinansierer kommunerne omkring 0,7 mia. kr. af udgifterne til hospitalspsykiatrien fordelt med godt 0,4 mia. kr. vedrørende ambulans behandling og næsten 0,3 mia. kr. vedrørende indlagte psykiatriske patienter. Da analysen har fokus på somatisk sygehusforbrug vil det psykiatriske område ikke blive analyseret yderligere.

I kapitel 2 blev ordningen for kommunal medfinansiering og de ændringer, der trådte i kraft pr. 1. januar 2012 præsenteret. Formålet med omlægningen af den kommunale medfinansieringsordning var at understøtte kommunernes forebyggende indsatser yderligere med henblik på at reducere antallet af uheldsmæssige indlæggelser og genindlæggelser. Incitamentsstrukturen i den nye ordning er de samme som i den tidligere ordning, men er generelt blevet styrket, idet kommunerne fremover kan komme til at betale op til ca. 14.000 kr. pr. indlæggelse mod tidligere ca. 5.000 kr.

4.2.1 Kommunal medfinansiering og demografi

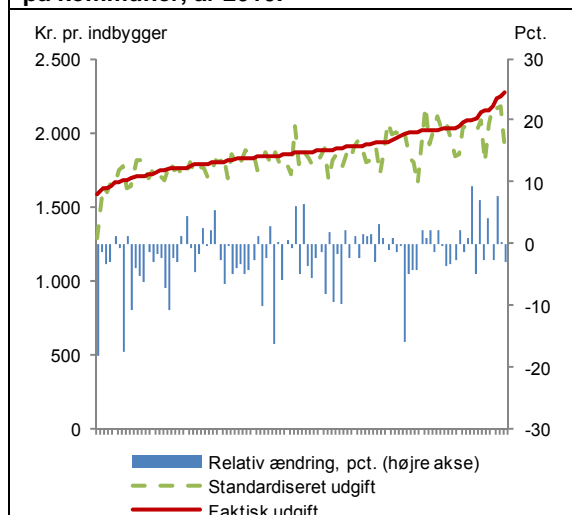
Der er stor variation i det gennemsnitlige aldersbetingede sundhedsforbrug over livsforløbet. Bidraget til kommunal aktivitetsafhængig medfinansiering afhænger således af befolkningens køns- og alderssammensætning, jf. figur 4.1. Med enkelte undtagelser er udgifterne stigende med alderen for både mænd og kvinder. Det gennemsnitlige bidrag til kommunal medfinansiering for 40-44-årige var i 2010 ca. 1.250 kr., mens det gennemsnitlige bidrag for 80-84-årige var ca. 4.500 kr. Fra omkring 90-års alderen ses et fald i udgifterne til kommunal medfinansiering, mens udgifterne er relativt høje i de første leveår bl.a. grundet hyppigere lægekontakt, børnevaccinationer og evt. komplikationer ved fødsel.

Figur 4.1
Kommunal medfinansiering pr. indbygger fordelt på køn og alder, år 2010.



Kilde: Statens Serum Institut

Figur 4.2
Bidrag til kommunal medfinansiering med og uden standardisering for køn og alder fordelt på kommuner, år 2010.



Kilde: Statens Serum Institut

For kvinder er udgifterne forholdsvis høje i aldersgruppen 25-35 år, hvilket primært tilskrives fødsler og aktiviteten op til og efter en fødsel. Fra omkring 70-års alderen er udgifterne højere blandt mænd end blandt kvinder.

Betydning af alder for bidraget til kommunal medfinansiering bevirker, at en kommune med en relativt ung befolkning isoleret set må forventes at have lavere udgifter til kommunal medfinansiering end en kommune med en stor andel af ældre borgere. Figur 4.2 illustrerer den kommunevise ændring i medfinansieringsudgifterne, når der tages højde for alder og køn.¹⁷ For hovedparten af kommunerne er effekten af køns- og aldersstandardisering forholdsvist begrænset (mindre end 5 pct.), hvilket skyldes en ensartet befolkningssammensætning kommunerne i mellem. For en række kommuner er effekten derimod betydelig. Den relative ændring varierer således fra ca. +10 pct. til -15 pct., hvor en negativ relativ ændring indikerer en kommune med en stor andel af ældre borgere. Ved sammenligning af forskellige kommuners udgifter til kommunal medfinansiering, er det derfor hensigtsmæssigt at tage højde for forskelle i befolkningernes køns- og alderssammensætning. Omvendt kan det konstateres, at forskelle i kommunernes køns- og alderssammensætning kun i mindre grad kan forklare variationen i medfinansieringsudgifterne.

4.2.2 Kommunal medfinansiering og sygdomskategorier

De samlede udgifter til kommunal medfinansiering af det somatiske område udgjorde i 2010 godt 9 mia. kr. svarende til 1.613 kr. pr. indbygger. Hvorledes fordelingen er på sygdomsgrupper fremgår af tabel 4.2. Her er medfinansieringsudgifterne kategoriseret efter MDC-grupper (Major Diagnostic Categories), der er en kategorisering af sygdomme, der anvendes i DRG-systemet, jf. boks 4.1.

Boks 4.1

DRG-systemet

Den aktivitetsafhængige finansiering af regionerne tager udgangspunkt i DRG-systemet (Diagnose Relaterede Grupper). DRG-systemet er et redskab til at måle aktiviteten og omkostningerne i sygehusvæsenet. Et centralt element i DRG-systemet er grupperingen af patienter i sygehusvæsenet i godt 700 grupper for indlagte patienter og godt 200 grupper for ambulante patienter og efterfølgende beregne gennemsnitlige landstakster for disse grupper. De godt 700 DRG-grupper for indlagte patienter er hver især kategoriseret i en af godt 25 overordnede MDC-grupper (Major Diagnostic Category).

De kommunale medfinansieringsudgifter er størst for de sygdomsområder, hvor de regionale sundhedsudgifter er højest. Kommunerne har især store udgifter til aktivitetsafhængig medfinansiering af behandlingen af patienter med sygdomme i muskler, skelet og bindevæv (224 kr. pr. indbygger), sygdomme i kredsløbsorganerne (158 kr. pr. indbygger) og sygdomme i fordøjelsesorganerne (131 kr. pr. indbygger), jf. tabel 4.2.

Kommunerne har endvidere væsentlige udgifter i kategorien *øvrige* (132 kr. pr. indbygger). Denne kategori dækker over en række DRG-grupper, såsom rehabilitering, symptomer og fund med komplicerede bidiagnoser, efterbehandling og andre påvirkninger af sundhedstilstanden.

¹⁷ Konkret standardiseres der for køn og alder via indirekte standardisering baseret på 5-årsaldersgrupper opgjort pr. 1. juni i året. Borgere på 85 år eller derover er placeret i samme aldersgruppe.

Tabel 4.2**Kommunernes udgifter til aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering (somatik) fordelt på sygdomsgrupper (MDC), 2010, årets priser – 10 dyreste grupper**

MDC-gruppe	Mio. kr.	Kr. pr. indbygger
Sygdomme i muskel-skeletsystemet og bindevæv	1.240	224
Sygdomme i kredsløbsorganerne	874	158
Øvrige grupper	732	132
Sygdomme i fordøjelsesorganerne	725	131
Sygdomme i åndedrætsorganerne	617	111
Nyre- og urinvejssygdomme	604	109
Sygdomme i hud, underhud og mamma	572	103
Sygdomme i nervesystemet	471	85
Fødsel, barsel og sygdomme under svangerskab	455	82
Øjensygdomme	381	69
Kommunal medfinansiering i alt	8.943	1.613

Kilde: Statens Serum Institut

4.3 Kommunale forskelle i udgifterne til kommunal medfinansiering

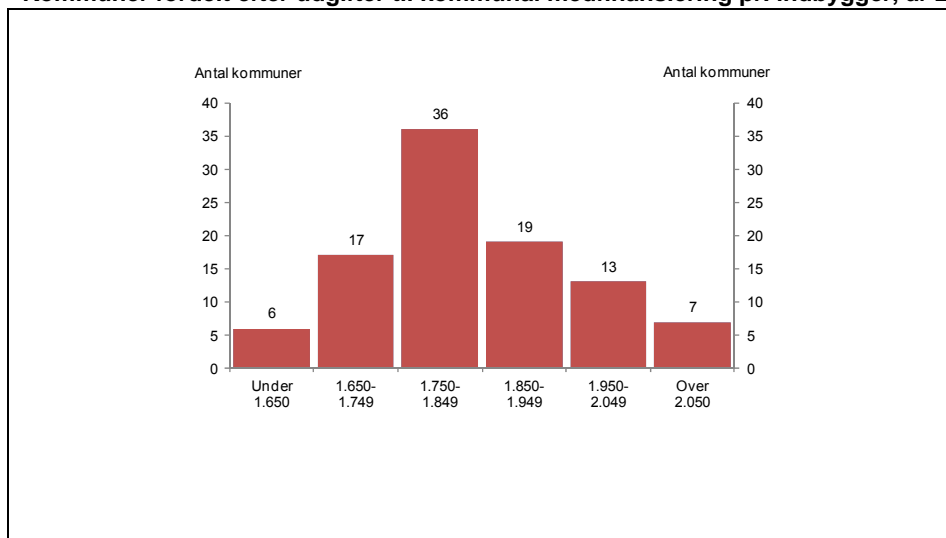
I det følgende belyses forskelle og variation i den kommunale medfinansiering på regions- og kommuneniveau. Da køns- og alderssammensætningen i den enkelte kommune i nogle tilfælde har væsentlig betydning for udgifterne til kommunal medfinansiering, *jf. afsnit 4.2.*, er analyserne i det følgende standardiseret for forskelle i kommunernes køns- og alderssammensætning.

Den gennemsnitlige udgift til aktivitetsafhængig medfinansiering af det somatiske område (inkl. praksis sektoren) udgjorde 1.861 kr. pr. indbygger i 2010. Dette gennemsnit dækker over nogen variation mellem de enkelte kommuners udgifter pr. indbygger.

Efter standardisering for forskelle i kommunerne køns- og aldersfordeling har seks kommuner således udgifter til kommunal medfinansiering på mindre end 1.650 kr. pr. indbygger, dvs. minimum 10 pct. under gennemsnittet på landsplan, *jf. figur 4.3.* Omvendt har syv kommuner udgifter på mere end 2.050 kr. pr. indbygger, svarende til et udgiftsniveau på minimum 10 pct. over landsgennemsnittet.

Figur 4.3

Kommuner fordelt efter udgifter til kommunal medfinansiering pr. indbygger, år 2010



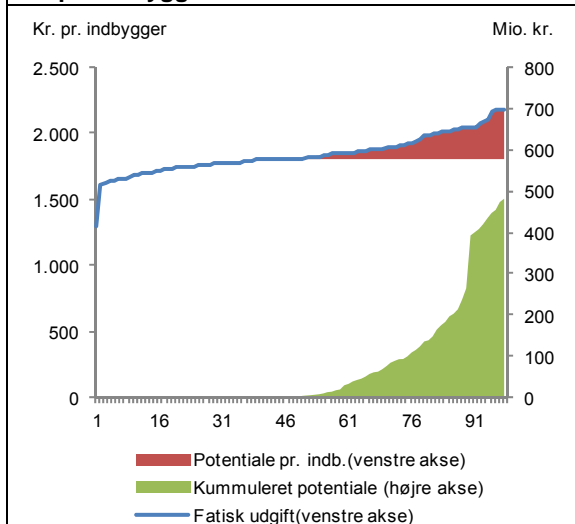
Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

Variationen mellem kommunerne kan yderligere belyses ved et beregningseksempel, hvor det illustreres, hvor meget de samlede udgifter til kommunal medfinansiering ville være, hvis kommuner med højere medfinansieringsudgifter pr. indbygger end kommunen med de 40. laveste medfinansieringsudgifter fik nedbragt deres borgeres sundhedsforbrug til dette niveau. Hvis dette var tilfældet, kunne kommunerne isoleret set reducere udgifterne til kommunal medfinansiering med knapt ½ mia. kr. under den daværende ordning, når der tages højde for forskelle i køns- og alderssammensætningen. Beregningseksemplet er illustreret i figur 4.4 nedenfor. En sådan reduktion i det regionale sundhedsforbrug indebærer tilsvarende en reduktion af produktionsværdien i sygehusvæsenet og bruttohonoraret i praksissektoren på samlet set omkring 3,2 mia. kr. I eksemplet er der ikke taget højde for eventuelle omkostninger ved forebyggelsesindsatser i kommunalt og regionalt regi i forhold til at nedbringe sundhedsforbruget til det lavere niveau.

Grundet forøgelsen af det aktivitetsafhængige bidrag er potentialet for besparelser på medfinansieringsudgifterne større under den nye ordning for kommunal medfinansiering. I figur 4.5 er det beregnet hvad udgifterne til kommunal medfinansiering ville have været såfremt den nuværende ordning var gældende i 2010. Det fremgår, at hvis alle kommuner med en højere udgift pr. indbygger end kommunen med de 40 laveste medfinansieringsudgifter bragte deres udgifter ned til dette niveau, ville det medføre en samlet reduktion af medfinansieringsudgifterne på godt 800 mio. kr. under den nuværende ordning.

Figur 4.4

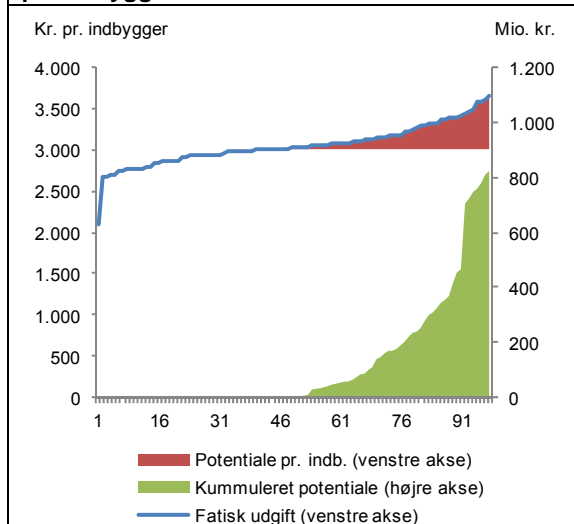
Beregningseksempel: Samlet udgift til kommunal medfinansiering (daværende ordning), hvis alle kommuner havde samme udgift pr. indbygger, som kommunen med x'te laveste udgifter pr. indbygger.



Anm.: Beregningen er udført på baggrund af kommunernes køns- og aldersstandardiserede udgifter til kommunal medfinansiering under antagelse af de daværende (før 2012) lofter og procentsatser for kommunal medfinansiering.
Kilde: Statens Serum Institut

Figur 4.5

Beregningseksempel: Samlet udgift til kommunal medfinansiering (nuværende ordning), hvis alle kommuner havde samme udgift pr. indbygger, som kommunen med x'te laveste udgifter pr. indbygger.



Anm.: Beregningen er udført på baggrund af kommunernes køns- og aldersstandardiserede udgifter til kommunal medfinansiering under antagelse af de nuværende (pr. 2012) lofter og procentsatser for kommunal medfinansiering.
Kilde: Statens Serum Institut

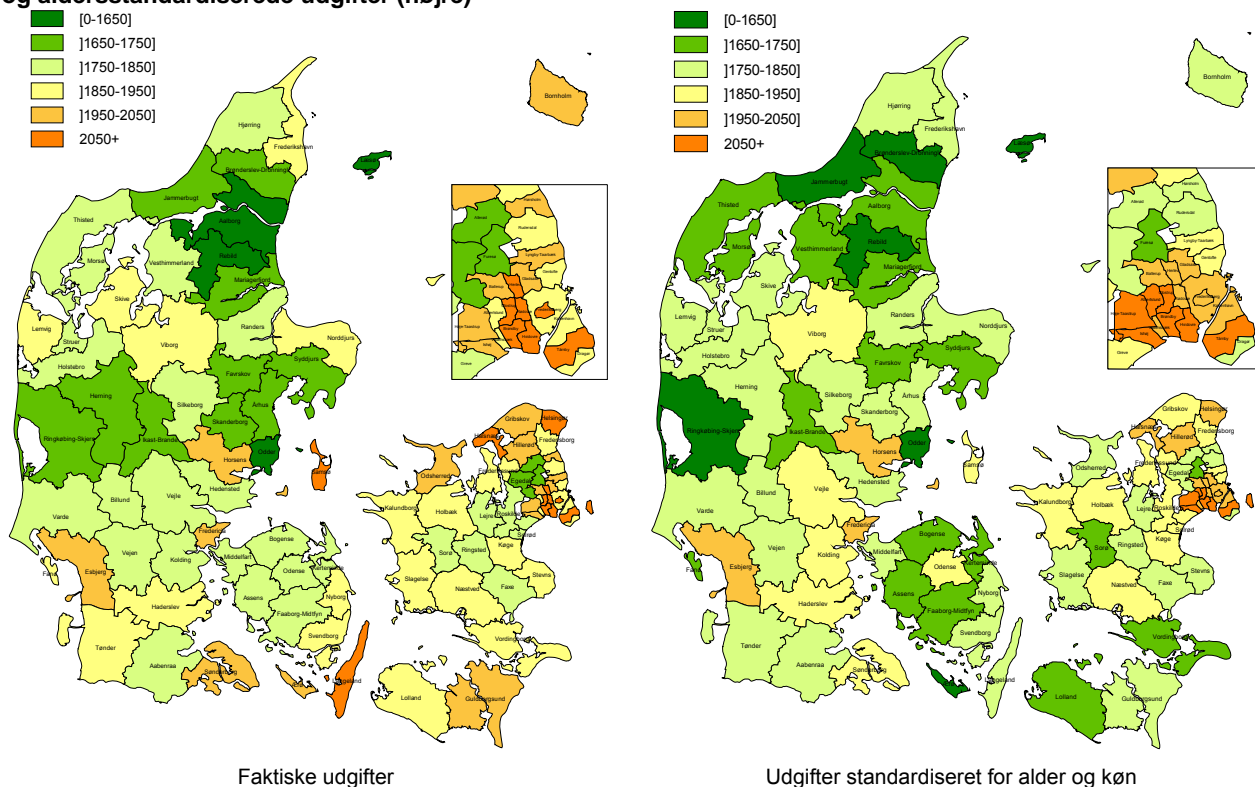
4.3.1 Kommunal medfinansiering og geografi

Udgifterne til aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering er generelt større i kommunerne i Østdanmark end i Vestdanmark. På Sjælland, Lolland, Falster, Bornholm og det østlige Fyn findes en del kommuner med højere medfinansieringsudgifter end det landsgennemsnitlige niveau på 1.861, jf. figur 4.6 (venstre del). I det vestlige og nordlige Jylland findes en del kommuner, hvor medfinansieringsudgifterne ligger under det landsgennemsnitlige niveau.

Efter standardisering for forskelle i kommunernes køns- og aldersfordeling fremstår et lignende billede, jf. Figur 4.6 (højre del), hvilket også andre analyser kommer frem til. Medfinansieringsudgifterne er generelt højere i Østdanmark end i Vestdanmark, om end forskellene er mindre udtalte. Igen ses, at en del kommuner på Sjælland, særligt i hovedstadsområdet, samt i visse kommuner i Midt- og Sønderjylland, fx Esbjerg, Horsens og Fredericia Kommuner ligger over landsgennemsnittet. Det bemærkes endvidere, at efter der er taget højde for køns- og aldersfordelingen, er en del af de kommuner der før lå over landsgennemsnittet nu på niveau med den landsgennemsnitlige udgift. Det ses eksempelvis for nogle af kommunerne på Lolland, Falster, Bornholm og Fyn. Der observeres stadig en tendens til at kommunerne i Nord- og Vestjylland samt på visse mindre øer har medfinansieringsudgifter, der ligger under landsgennemsnittet.

Figur 4.6

Kommunal medfinansiering fordelt på kommuner, kr. pr. indbygger – hhv. faktiske udgifter (venstre) og køns- og aldersstandardiserede udgifter (højre)



Kilde: Statens Serum Institut

4.3.2 Variation i kommunal medfinansiering på regions- og kommuneniveau

Som belyst ovenfor er der betydelig variation i kommunernes udgifter til kommunal medfinansiering. Udgifterne hos de 90. midterste kommuner varierer således fra omkring 1.650 kr. pr. indbygger til 2.100 kr., svarende til en forskel på 28 pct., jf. figur 4.7. Forskelle i kommunernes socioøkonomiske forhold, befolkningens sygelighed, sygehusspecifikke forhold samt kommunernes patient- og borgerrettede forebyggelses- og plejeindsatser kan være medvirkende til at forklare den kommunale variation i de aktivitetsbestemte medfinansieringsudgifter.

Den kommunale variation i medfinansieringsudgifterne i overordnede træk følger det samme billede som for borgernes forbrug på sygehusområdet – opgjort som produktionsværdien pr. indbygger –, jf. figur 4.7 og figur 4.8. Denne sammenhæng følger naturligt af, at den kommunale medfinansiering er aktivitetsafhængig og med enkelte undtagelser afhænger direkte af produktionsværdiens størrelse. Der henvises til kapitel 2 for en beskrivelse af den kommunale medfinansieringsordning.

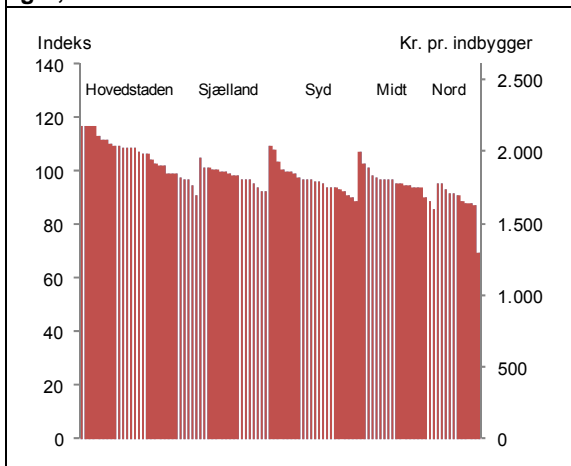
Variationen i udgifterne til kommunal medfinansiering af somatisk patientbehandling er betydelig såvel på tværs af som indenfor de enkelte regioner, jf. figur 4.7. Hovedparten af kommunerne i Region Hovedstaden har medfinansieringsudgifter på et højere niveau end landsgennemsnittet, mens hovedparten af kommunerne i Region Sjælland og Nordjylland har lavere udgifter end gennemsnittet.

Disse overordnede regionale forskelle dækker over en betydelig variation mellem kommunerne i den samme region. Således varierer udgifterne til kommunal medfinansiering fra omkring 90 til 115 pct. af landsgennemsnittet blandt kommunerne i Region Hovedstaden, fra 90-105 blandt kommunerne i Sjælland, fra 90-110 pct.

blandt kommunerne i Syddanmark, fra 85-110 pct. blandt kommunerne i Midtjylland og 70-95 pct. blandt kommunerne i Nordjylland.

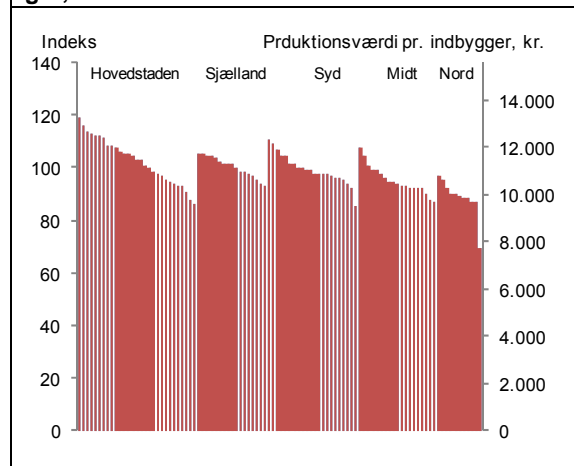
Den betydelige variation mellem kommuner beliggende i den samme region, og derved mellem kommuner som i nogen grad er underlagt de samme udbudsmæssige faktorer i det regionale sundhedsvæsen, indikerer, at kommunernes forebyggelses- og plejeindsats har betydning for niveauet af borgernes forbrug af sundhedsydelser og dermed udgifterne til kommunal medfinansiering.

Figur 4.7
Kommunal medfinansiering af somatisk behandling fordelt på kommuner, kr. pr. indbygger, år 2010



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

Figur 4.8
Produktionsværdi for somatisk sygehusbehandling fordelt på kommuner, kr. pr. indbygger, år 2010.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

4.4 Variationen i kommunal medfinansiering 2007 – 2010

I det følgende ses der på kommunernes forbrug af regionale sundhedsydelser siden kommunalreformen i 2007 frem til 2010.

Siden 2007 er udgifterne i det regionale sygehusvæsen steget med 10 pct. Tilsvarende er de samlede udgifter til aktivitetsbestemt kommunal medfinansiering af det somatiske sundhedsvæsen steget med omkring 10 pct., jf. tabel 4.3. Den største stigning er at finde inden for den ambulante somatik, der i perioden er steget med 19 pct. Omvendt er den stationære somatik steget med 6 pct.

Udgifterne til praksissektoren er i perioden steget 5 pct. fordelt på 3 pct. for alment praktiserende læger og 14 pct. for speciallæger. Omvendt er den relativt lille gruppe af øvrige, der omfatter tandlæger, kiropraktor, fysioterapi, fodterapi mv., faldet med 17 pct. i perioden. Nedgangen skyldes hovedsagligt ændringer omkring vederlagsfri fysioterapi, der slog igennem fra 2007 til 2009.

Tabel 4.3

Kommunernes udgifter til aktivitetsafhængig kommunal medfinansiering af det somatiske sundhedsområde, 2007-2010, 2010-priser

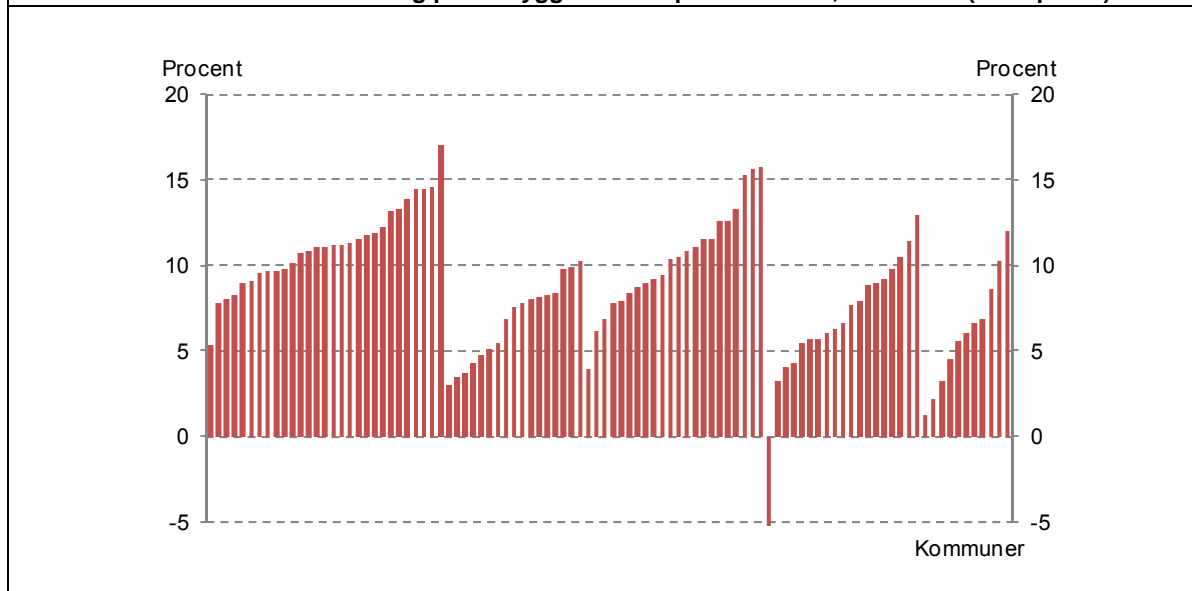
	2007	2008	2009	2010	Vækst, 2007-2010, pct.
Somatik	8.039	7.979	8.589	8.943	11
Heraf					
- Indlagte	4.632	4.624	4.783	4.912	6
- Ambulant	3.188	3.145	3.564	3.783	19
- Genoptræning under indlæggelse	219	211	242	248	13
Praksissektor	1.391	1.437	1.428	1.462	5
Heraf					
- Alm. praktiserende læge	371	385	386	382	3
- Speciallæge	756	804	830	862	14
- Øvrige	263	247	212	219	-17
Kommunal medfinansiering i alt	9.430	9.416	10.017	10.405	10

Kilde: eSundhed

På tværs af kommunerne, er der nogen forskel i stigningen i udgifterne til kommunal medfinansiering, *jf. figur 4.9*. Bortset fra én kommune, har alle kommuner oplevet en positiv vækst i medfinansieringsudgifterne.¹⁸ For hovedparten af kommunerne har stigningen været på mellem 5 og godt 10 pct., mens der i enkelte kommuner er forekommet stigninger på mere end 15 pct.

Figur 4.9.

Vækst i kommunal medfinansiering pr. indbygger fordelt på kommuner, 2007-2010 (2010-priser).



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret. Faldet i Samsø kommune er på 12 pct.
Kilde: Statens Serum Institut

¹⁸ Samsø kommune har oplevet et fald i medfinansieringsudgifterne på 12 pct. Faldet skyldes formentligt, at et antal sengepladser på Samsø Syge- og sundhedshus i 2009 overgik fra regionalt til kommunalt regi.

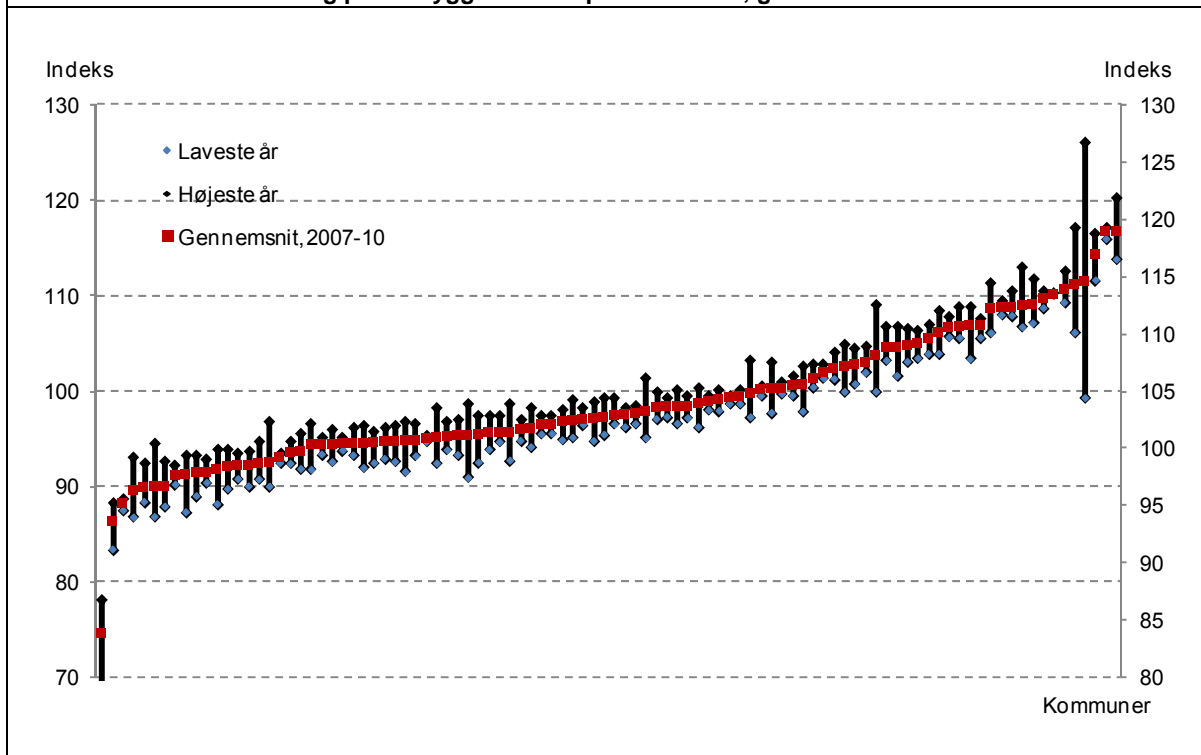
For at få et fingerpeg om betydningen af år-til-år variationen sammenholdes kommunernes udgifter til kommunal medfinansiering (relativt til landsgennemsnittet) for hvert af årene 2007-2010 med det gennemsnitlige forbrug i perioden 2007-2010. I figur 4.10 udgør den røde kurve det gennemsnitlige forbrug i perioden 2007-2010¹⁹ for hver enkelt kommune, mens de horisontale linjer viser variation årene i mellem. Længden af den horisontale linje giver et fingerpeg om betydningen af variationen fra år til år i den enkelte kommune.

En kort linje betyder, at kommunens forbrug kun varierer lidt fra år til år set i forhold til landsgennemsnittet. En forholdsvis lang linje betyder omvendt, at der er store udsving i det kommunale forbrug fra år til år.

Det fremgår af figur 4.10, at for mere end ¾ af kommunerne er variationen i udgifterne til kommunal medfinansiering i perioden 2007 - 2010 mindre end 5 pct.point, mens variationen alene for 2 kommuner er større end 10 pct.point. Til sammenligning varierer de gennemsnitlige medfinansieringsudgifter over perioden med 15 pct. blandt de 90 midterste kommuner.

Figur 4.10

Kommunal medfinansiering pr. indbygger fordelt på kommuner, gennemsnit for årene 2007-2010.



Anm.: De røde punkter angiver kommunens udgifter pr. indbygger i forhold til landsgennemsnittet for årene 2007-10. Punkterne under (over) kurven angiver kommunens udgifter i det år, hvor de er lavest (højest) i forhold til landsgennemsnittet. Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

En yderligere illustration af betydningen af år-til-år variationen kan fås ved, for hvert år, at opdele kommunerne i fire lige store grupper, baseret på deres medfinansieringsudgifter; én gruppe indeholdende de 25 kommuner med de laveste udgifter, én gruppe indeholdende de 24 kommuner med de næstlaveste udgifter osv. Herefter kan det opgøres, hvor mange af kommunerne, der tilhører den samme gruppe år for år.

På den baggrund kan det opgøres, at 88 pct. af de kommuner der i ét år var blandt de 25 kommuner med de højeste udgifter, det næstfølgende år ligeledes er blandt de 25 kommuner med de højeste udgifter. Tilsvarende gælder det, at 76 pct. af de kommuner der i et år var blandt de 25 kommuner med de laveste udgifter, det

¹⁹ Beregnet som et simpelt gennemsnit af forbruget i forhold til landsgennemsnittet i de enkelte år.

næstfølgende år ligeledes er blandt de 25 kommuner med de laveste udgifter. Det skal bemærkes, at blot meget små forskydninger kommunerne imellem, kan betyde at en kommune rykker fra en gruppe til en anden.

Det kan således konstateres, at en kommune der i et givent år fx har relativt høje medfinansieringsudgifter, med meget stor sandsynlighed, ligeledes i det næstfølgende år har relativt høje udgifter. Denne konsistens i kommunernes relative udgiftsniveau bevirker, at forskelle kommunerne imellem i et enkelt år kan analyseres meningsfuldt.

4.5 Kommunal medfinansiering og socioøkonomiske forhold

I den ovenstående gennemgang af forskelle i kommunernes udgifter til kommunal medfinansiering er der taget højde for forskelle i kommunernes køns- og alderssammensætning. De konstaterede forskelle kan imidlertid afspejle andre forhold end køn og alder, eksempelvis socioøkonomiske og udbudsmæssige faktorer. Det er således tænkeligt, at et højt/lavt forbrug af sundhedsydelse i en kommunes befolkning kan afspejle, at kommunens socioøkonomiske forhold er dårligere/bedre end i øvrige kommuner. Ved at sammenholde kommunernes forbrug af regionale sundhedsydelser med fx socioøkonomiske faktorer, er det muligt at danne sig et første indtryk af, hvorvidt disse faktorer kan bidrage til at forklare forskellene mellem kommunerne.

4.5.1 Kommunal medfinansiering og det sociale indeks

I det følgende belyses samvariationen mellem de kommunale forskelle i udgifterne til kommunal medfinansiering samt øvrige indikatorer for den kommunale forebyggelsesindsats, og kommunernes socioøkonomiske udgiftsbehov opgjort ud fra værdien af de socioøkonomiske udgiftsbehovskriterier i den kommunale landsudligning – det såkaldte sociale indeks, jf. boks 4.2.

Boks 4.2

Det sociale indeks

Det sociale indeks er opgjort på baggrund af værdien af de socioøkonomiske udgiftsbehovskriterier i landsudligningen for kommunerne.

I det sociale indeks indgår følgende kriterier (vægt i procent)

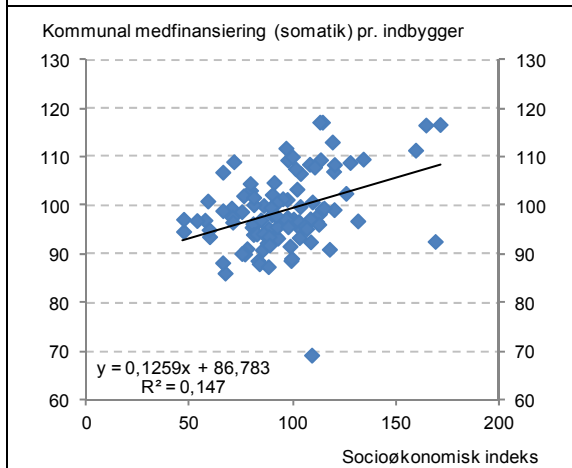
- 20-59 årige uden beskæftigelse over 5 pct. (18 pct.)
- 25-49 årige uden erhvervsuddannelse (17,5 pct.)
- Revideret boligstøttekriterium (5 pct.)
- Psykiatriske patienter (5 pct.)
- Familier i visse boligtyper (15 pct.)
- Børn i familier med højeste uddannelse på grundniveau/uoplyst (15 pct.)
- Enlige over 65 år (2,5 pct.)
- Personer med lav indkomst (10 pct.)
- Antal udviklingshæmmede (5 pct.)
- Antal indvandrere og efterkommere (2,5 pct.)
- Tabte leveår (2,5 pct.)
- Fald i befolkningstal (2 pct.)

Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet: *Kommunal udlicning og generelle tilskud 2012*, juli 2011.

Det fremgår af figur 4.11 til figur 4.14, at det sammenvæjede sociale indeks umiddelbart kun i begrænset omfang kan forklare variationen i de enkelte parametre. Eksempelvis kan variationen i det sociale indeks forklare omkring 15 pct. af den kommunale variation i udgifterne til kommunal medfinansiering af somatikken, mens det sociale indeks ingen forklaringskraft har i forhold til antallet af genindlæggelser, korttidsindlæggelser og

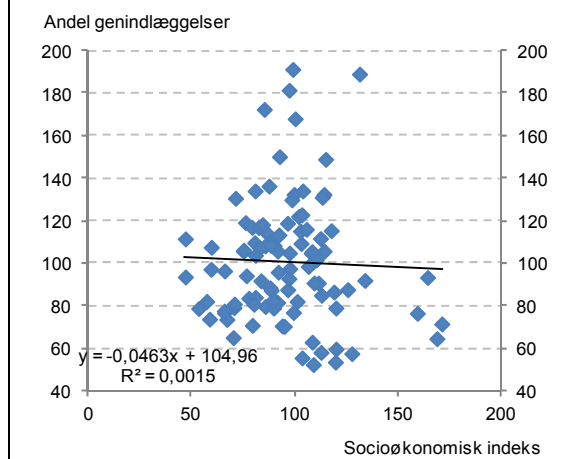
forebyggelige indlæggelser. Forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser behandles nærmere i kapitel 5.

Figur 4.11
Samvariation mellem udgifter til kommunal medfinansiering og socialt indeks, år 2010.



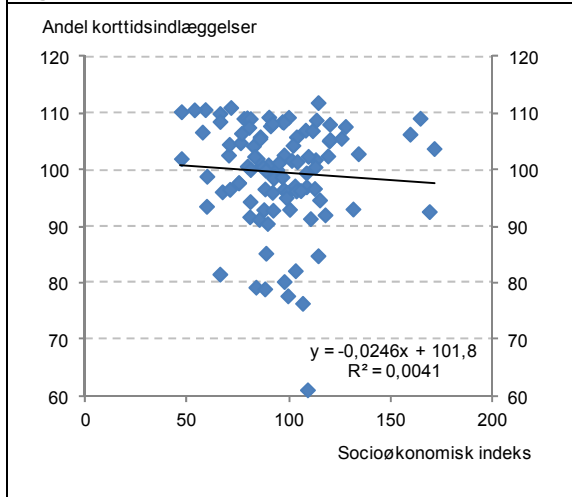
Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

Figur 4.12
Samvariation mellem genindlæggelser (andel af samlet antal indlæggelser) og socialt indeks, år 2010.



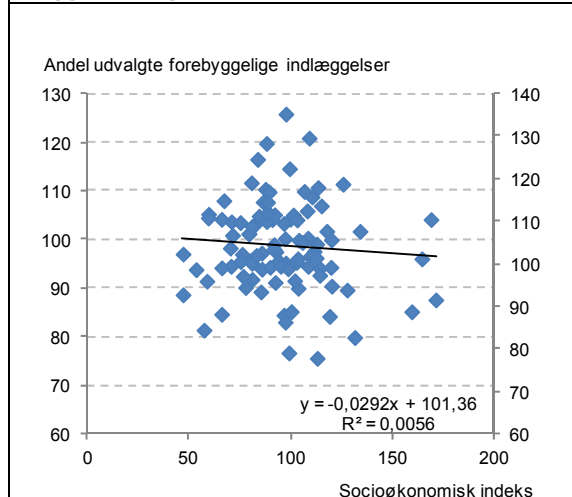
Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

Figur 4.13
Samvariation mellem akutte korttidsindlæggelser (andel af samlet antal akutte indlæggelser) og socialt indeks, år 2010.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

Figur 4.14
Samvariation mellem udvalgte forebyggelige indlæggelser (andel af samlet antal akutte indlæggelser) og socialt indeks, år 2010.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

Det skal dog bemærkes at ovenstående analyse er foretaget for alle landets kommuner under ét. De forskellige indikatorer er således ikke undersøgt inden for de enkelte regioner og tager dermed ikke umiddelbart højde for eksempelvis strukturelle forskelle fra region til region. Ligeledes kan det tænkes, at sammenvejningen af flere forskellige sociale faktorer, kan skygge over de enkelte faktoreres forklaringskraft, jf. afsnit 4.5.2, hvor det fremgår, at enkeltelementer i det sociale indeks har en betydelig forklaringskraft.

I boks 4.3 og 4.4 nedenfor præsenteres to cases, der illustrerer eksempler på sammenhængen mellem regionalt sundhedsforbrug og det sociale indeks i udvalgte kommuner. De to cases illustrerer, at der eksisterer en betydelig kommunal variation, selv blandt kommuner med tilnærmelsesvist de samme geografiske og sygehusspecifikke forhold og efter der er tages højde for forskelle i kommunernes sociale indeks.

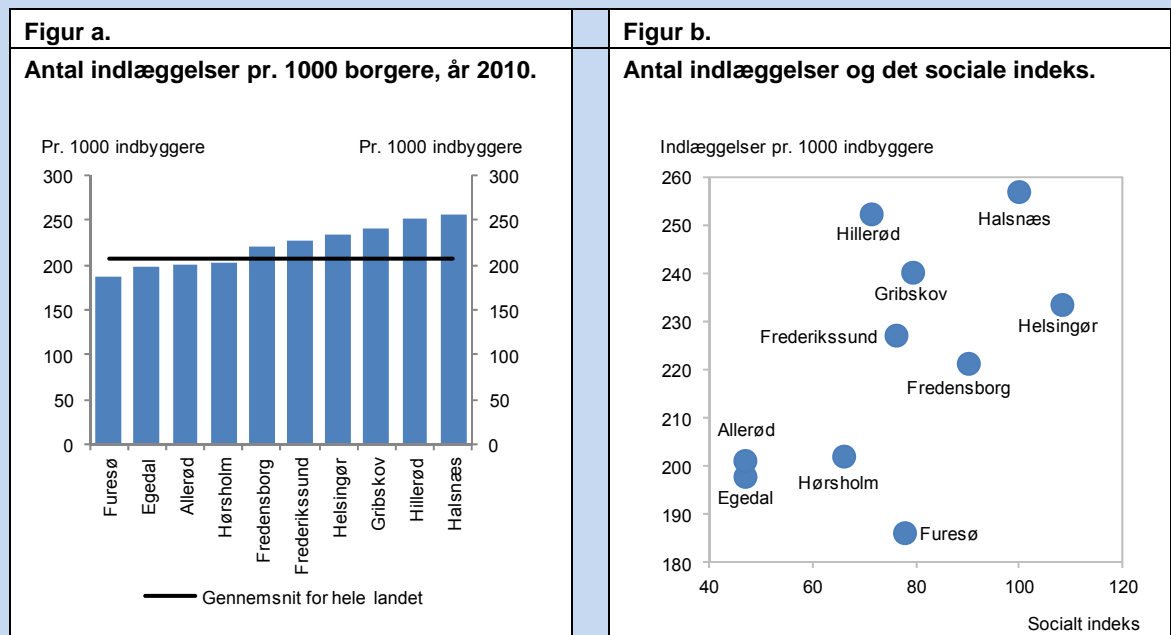
Boks 4.3

Indlæggelser i ti nordsjællandske kommuner.

I det følgende fokuseres på antallet af indlæggelser i ti nordsjællandske kommuner: Allerød, Egedal, Fredensborg, Frederikssund, Furesø, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hillerød og Hørsholm. For alle ti kommuner gælder det, at borgernes primære forbrug af regionale sygehusedelser foregår ved Hillerød, Helsingør og Frederikssund Hospital.

Fire af kommunerne har færre indlæggelser pr. 1.000 borgere end det landsgennemsnitlige niveau, mens det for seks af kommunerne gælder at borgerne har flere indlæggelser end landsgennemsnittet. Antallet af indlæggelser pr. 1.000 borgere varierer således med godt 35 pct. fra ca. 185 i Furesø Kommune til lidt over 250 i Halsnæs Kommune (standardiseret for køn og alder), jf. figur a.

Der er en generel tendens til en positiv sammenhæng mellem det sociale indeks og antallet af indlæggelser for de 10 kommuner, dvs. jo højere det sociale indeks er, jo højere er antallet af indlæggelser, jf. figur b. Der er dog en række undtagelser i forhold til dette mønster. For eksempel har Furesø Kommune det laveste antal indlæggelser blandt de ti kommuner på trods af et socialt indeks, som er noget højere end flere af de nordsjællandske kommuner. Omvendt har Hillerød Kommune et relativt højt niveau af indlæggelser kombineret med et gennemsnitligt socialt indeks.



Analysen af forbruget af indlæggelser i de ti nordsjællandske kommuner indikerer, at der eksisterer en betydelig variation kommunerne i mellem, selv blandt kommuner med tilnærmelsesvist de samme geografiske og sygehusspecifikke forhold og efter der er tages højde for forskelle i kommunernes socioøkonomiske forhold. I samarbejde med Hillerød, Helsingør og Frederikssund Hospital arbejder flere af de analyserede kommuner med at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser.

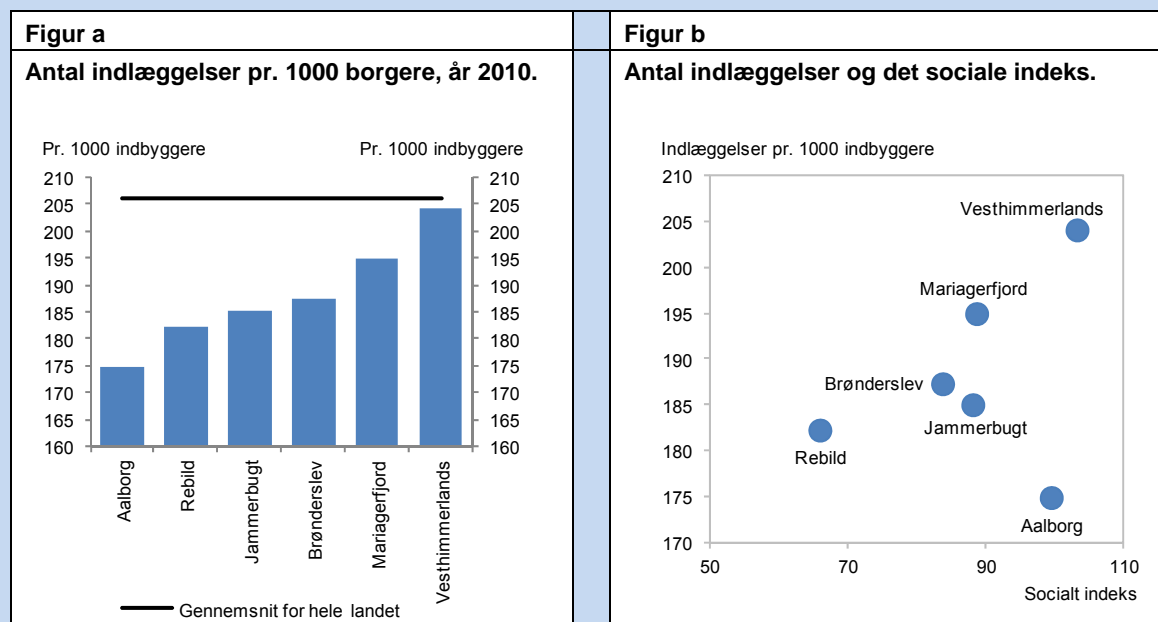
Boks 4.4

Indlæggelser i seks kommuner i Nordjylland

I det følgende fokuseres på antallet af indlæggelser i seks kommuner i Nordjylland: Brønderslev, Jammerbugt, Mariagerfjord, Rebild, Vesthimmerland og Aalborg. De seks kommuner er kendetegnet ved, at hovedparten af deres borgeres forbrug af regionale sygehjuse ydelser sker ved Aalborg Sygehus – fra knapt 50 pct. af aktiviteten for borgerne i Brønderslev Kommune til godt 70 pct. af aktiviteten i Aalborg Kommune.

Ligeledes er det et fælles træk for de seks kommuner, at forbruget af regionale sundhedsydelser generelt ligger under landsgennemsnittet. Således har alle seks kommuner færre indlæggelser pr. 1.000 indbyggere end det landsgennemsnitlige niveau, jf. figur a., omend antallet af indlæggelser på tværs af de seks kommuner varierer med godt 15 pct. (standardiseret for køn og alder).

Sammenholdes antal indlæggelser med kommunernes sociale indeks, springer Aalborg Kommune i øjnene. Borgerne i Aalborg Kommune har således det laveste antal indlæggelser, mens kommunens sociale indeks, med et niveau svarende til landsgennemsnittet, er det næsthøjeste blandt de seks kommuner, jf. figur b. Det bemærkes derudover – med undtagelse af Aalborg Kommune – at der er indikationer på en vis sammenhæng mellem antallet af indlæggelser og det sociale indeks.



4.5.2 Øvrige analyser af sammenhængen mellem kommunale medfinansieringsudgifter og socioøkonomiske faktorer

KL og Økonomi- og Indenrigsministeriets Finansieringsudvalg har analyseret en række yderligere faktorer, som potentielt kan medvirke til at forklare de kommunale forskelle i medfinansieringsudgifterne. Foruden socioøkonomiske forhold har KL undersøgt hvorvidt forskelle i borgernes sundhedstilstand, sociale forhold samt udbuds faktorer samvarierer med kommunernes udgifter til medfinansiering via regressionsanalyser. Den model KL finder bedst til at forklare forskellene i de samlede medfinansieringsudgifter pr. indbygger i 2010 indeholder følgende variable:

- Psykiatriske patienter
- Fysisk handicappede
- Fuldtidsspeciallæger

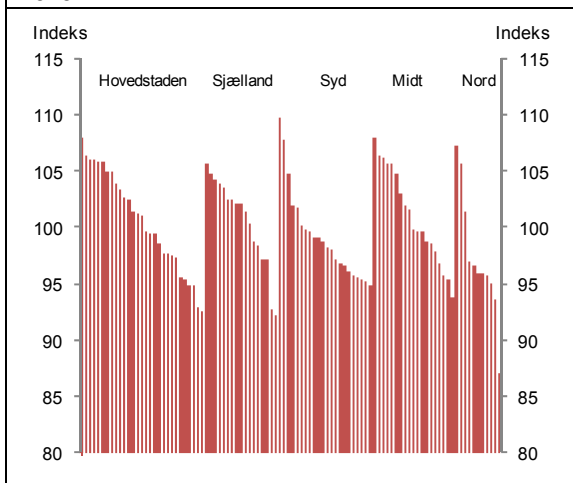
Der er således tale om to variable, der indgår som delelementer i det sociale indeks, samt én variabel der repræsenterer regionale udbudsforhold. Samlet ses kan de tre faktorer forklare (R^2) 71 pct. af den kommunale variation i medfinansieringsudgifterne. Økonomi- og Indenrigsministeriets Finansieringsudvalg har opstillet modeller med en lignende forklaringskraft.

KL's analyse viser, at de kommunale medfinansieringsudgifter afhænger positivt af andelen af psykiatriske patienter, dvs. en af delfaktorerne, der indgår i det socioøkonomiske indeks. Det kan konstateres, at en større andel psykiatriske patienter trækker i retning af større medfinansieringsudgifter pr. indbygger. Herudover indgår andelen af fysisk handicappede, dvs. ligeledes en delfaktor, som indgår i det socioøkonomiske indeks. De kommunale medfinansieringsudgifter ses at afhænge positivt af hvor stor en andel de fysisk handicappede udgør af kommunens befolkning, dvs. en større andel fysisk handicappede trækker i retning af større medfinansieringsudgifter pr. indbygger. Herudover indgår antal fuldtidsspeciallæger pr. 100.000 indbyggere. Speciallæger er fordelt efter 11 landsdele. Her observeres at jo flere fuldtidsspeciallæger jo højere medfinansieringsudgifter pr. indbygger.

Det bemærkes at KL's analyse ikke afdækker, hvorvidt de analyserede forhold har en egentlig kausal indvirkning på kommunernes medfinansieringsudgifter, men udelukkende afdækker samvariationen. Analysen viser således ikke, at medfinansieringsudgifterne per automatik stiger, hvis udbuddet af speciallæger i et område forøges, men derimod at geografiske områder kendetegnet ved et stort forbrug af sundhedsydelser ligeledes ofte har en høj speciallægedækning.

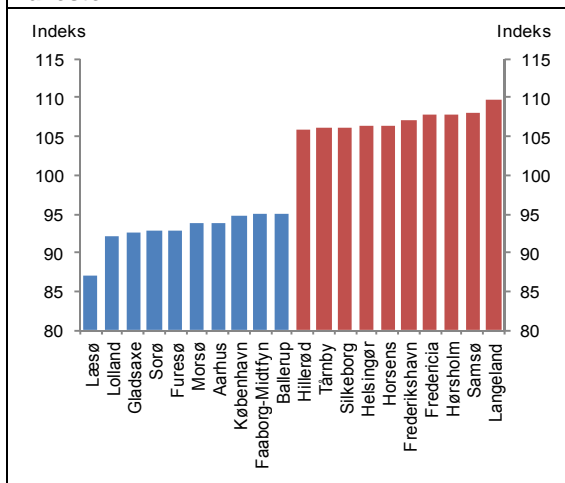
På baggrund af KL's analyse kan de forventede medfinansieringsudgifter – givet niveauet af de inkluderede faktorer – beregnes for hver enkelt kommune. Figur 4.16 viser forholdet mellem de faktiske og forventede udgifter til kommunal medfinansiering pr. indbygger. En værdi på 100 betyder, at kommunens faktiske medfinansieringsudgifter er på niveau med de forventede, mens en værdi på mere end 100 betyder, at de faktiske udgifter er højere end de forventede.

Figur 4.15
Forholdet mellem faktiske og forventede medfinansieringsudgifter, fordelt på kommuner, 2010.



Anm.: Udgifterne er korrigeret for forskelle i andelen af psykiatriske patienter, andelen af fysisk handicappede og antal speciallæger pr. 100.000 indbyggere.
 Kilde: KL, Udvalgte nøgletal på sundhedsområdet, 2011.

Figur 4.16
Forholdet mellem faktiske og forventede medfinansieringsudgifter, 2010 – 10 højeste og 10 laveste.



Anm.: Udgifterne er korrigeret for forskelle i andelen af psykiatriske patienter, andelen af fysisk handicappede og antal speciallæger pr. 100.000 indbyggere.
 Kilde: KL, Udvalgte nøgletal på sundhedsområdet, 2011.

Det ses af figuren, at selv efter der er korrigeret for forskelle i borgernes sundhedstilstand og udbudsmæssige forhold, er der fortsat stor forskel på kommunernes medfinansieringsudgifter. Der er således en forskel på 25 pct. mellem kommunerne med hhv. de laveste og højeste medfinansieringsudgifter – og en forskel på 15 pct. mellem de 90 midterste kommuner. Det fremgår ligeledes, at der er betydelig variation i medfinansieringsudgifterne mellem kommuner i samme region, mens forskellene på tværs af regioner er mindre udtalte. Der ses dog ligeledes en variation inden for samme kommune over tid og dermed varierer borgernes forbrug af sygehusydelse ligeledes over tid inden for den samme kommune. Analysen indikerer således, at kommunernes forebyggelses- og plejeindsats har betydning for niveauet af udgifterne til kommunal medfinansiering.

Det kan endvidere beregnes, at såfremt de kommuner, hvis faktiske medfinansieringsudgifter er højere end de forventede, fik nedbragt deres borgeres sundhedsforbrug til det forventede niveau, ville dette alt andet lige medføre en samlet reduktion i medfinansieringsudgifterne på 175 mio. kr.

4.6 Sammenhæng mellem udvalgte indikatorer og regions- og sygehusspecifikke faktorer

For at belyse hvorvidt forskellene i udgifterne til kommunal medfinansiering kan tilskrives systematiske forskelle på tværs af eller indenfor sygehusenes optageområder, ses i det følgende nærmere på den kommunale variation ved at gruppere kommunerne efter det sygehus, som borgerne i den enkelte kommune benytter mest. Dette er illustreret i figur 4.17 til figur 4.20. Hvert punkt i diagrammerne repræsenterer én kommune, mens hver lodret linje repræsenterer ét sygehus.

At to eller flere kommuner er forbundet af en lodret linje betyder, at kommunerne har det til fælles, at borgerne i disse kommuner bruger det pågældende sygehus mest, dvs. har det som deres "primære sygehus". Sammenligningen skal tages med det forbehold, at borgerne i de enkelte kommuner i praksis bruger flere forskellige sygehuse, og betydningen af det primære sygehus kan være forskellig fra kommune til kommune. Længden af de lodrette linjer giver et fingerpeg om, hvorvidt niveauet for den kommunale medfinansiering mv. kan tilskrives sygehusspecifikke forhold eller øvrige forhold herunder eksempelvis kommunale forebyggelses- og plejeindsatser mv.

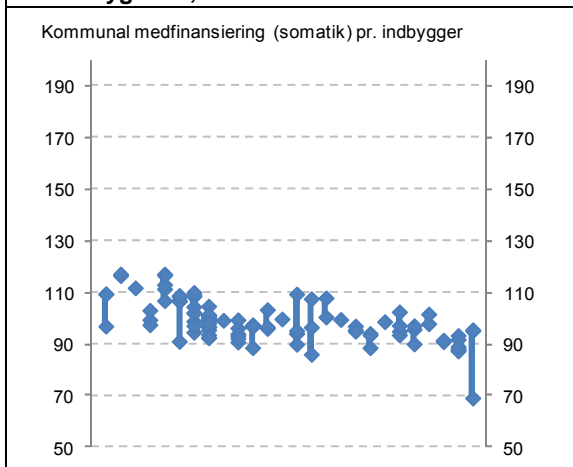
En kort lodret linje indebærer, at der er små forskelle mellem de kommuner, hvor borgerne bruger samme sygehus mest. Det kan indikere, at niveauet for den kommunale medfinansiering mv. kan være betinget af sygehusspecifikke forhold.

En forholdsvis lang lodret linje kan omvendt afspejle, at andre forhold primært har betydning for niveauet af den kommunale medfinansiering mv.

Der er for mange af sygehusene en relativt stor forskel på størrelsen af udgifterne til kommunal medfinansiering pr. indbygger i kommuner med samme primære sygehus. På de fleste af sygehusene er der en forskel på 5-10 procentenheder, men på enkelte af sygehusene er forskellene op til mellem 15 og 20 procentenheder, *jf. figur 4.17*. Det kan indikere, at udgiftsvariationen kan tilskrives andre forhold end sygehusspecifikke forhold. Omvendt ses det ligeledes, at både variationen mellem kommunerne og niveauet af den kommunale medfinansiering varierer mellem sygehusene. Det kan indikere, at sygehusspecifikke forhold har nogen betydning for kommunernes udgifter til kommunal medfinansiering.

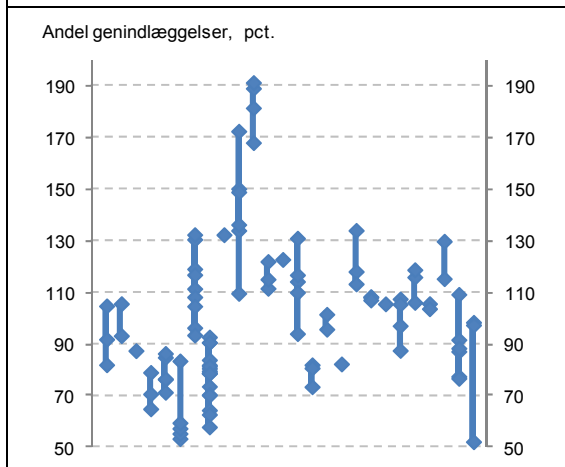
Variationen i andel af genindlæggelser er særligt markant, *jf. figur 4.18*. Her observeres der relativt lange lodrette streger og forskelle helt op til 50-60 procentenheder på enkelte sygehuse mens normen ser ud til at være mellem 10-30 procentenheder.

Figur 4.17
Variation i udgifter til kommunal medfinansiering fordelt på kommuner grupperet efter primære sygehus, år 2010.



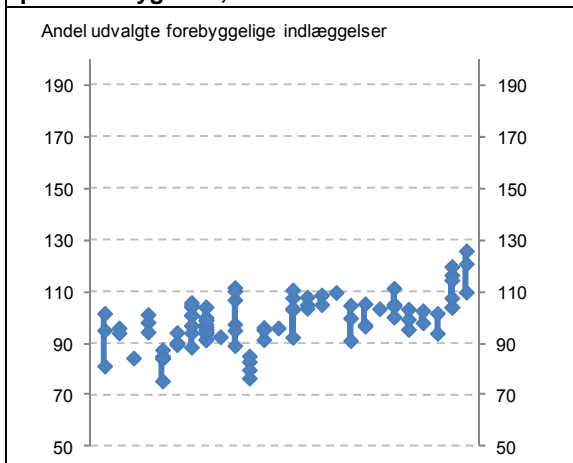
Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

Figur 4.18
Variation i andel genindlæggelser fordelt på kommuner grupperet efter primære sygehus, år 2010.



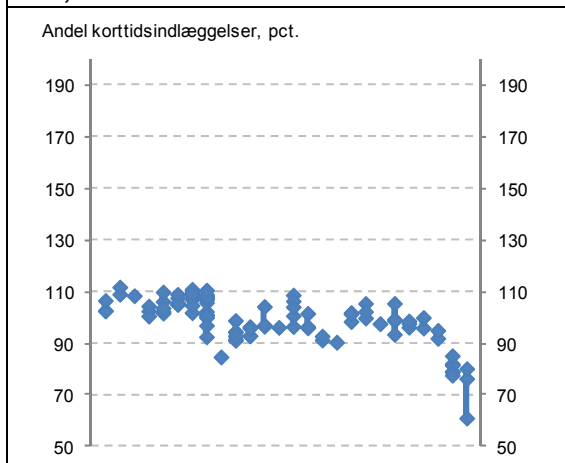
Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

Figur 4.19
Variation i antal udvalgte forebyggelige indlæggelser fordelt på kommuner grupperet efter primære sygehus, år 2010.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

Figur 4.20
Variation i andel korttidsindlæggelser fordelt på kommuner grupperet efter primære sygehus, år 2010.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

I forhold til forebyggelige indlæggelser observeres ligeledes en variation, *jf. figur 4.19*, om end i betydeligt mindre udtalt grad end tilfældet er for genindlæggelser. Der observeres forskelle sygehusene imellem flere steder på 15-20 procentenheder. Dette kan ses som en indikation på, at de kommunale forskelle borgernes sygehusforbrug i disse tilfælde også skal søges forklaret ved andre forhold end de sygehuspecifikke.

Kigges der på korttidsindlæggelser ses omvendt væsentligt mindre markante forskelle og niveauet er relativt konstant – med undtagelse af et par enkelte sygehuse – både på tværs af kommuner og sygehuse, *jf. figur 4.20*. Det kan indikere, at for netop denne type indlæggelse spiller sygehusforhold en vis rolle.

Overordnet kan det konkluderes, at sygehuspecifikke forhold kan spille en rolle for en del af variationen i det kommunale forbrug. Der er dog indikationer, der kraftigt peger i retning af, at der ligeledes må søges efter andre faktorer der kan medvirke til at forklare variationen. Det bemærkes her særligt, at der for genindlæggelser

observeres store forskelle mellem kommuner, der benytter det samme sygehus, hvilket kan indikere, at særligt for genindlæggelser skal der søges efter andre faktorer end sygehusspecifikke forhold i forhold til at forklare variationen.

5. Aktivitet i det regionale sundhedsvæsen

5.1 Sammenfatning

I kapitel 4 blev kommunernes udgifter til medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen analyseret. I nærværende kapitel ses der nærmere på den bagvedliggende aktivitet for kommunernes udgifter. Først analyseres sammensætningen af og den kommunale variation i den generelle aktivitet i det regionale sundhedsvæsen. Herefter fokuseres der på tre udvalgte indikatorer – udvalgte forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser - der vurderes at være særlig relevante for kommunernes forebyggelsesindsats, *jf. kapitel 2*.

Der var i 2010 godt 1,1 mio. somatiske sygehusindlæggelser og 6,7 mio. ambulante besøg. Indlæggelserne udgjorde samlet knap 4,6 mio. sengedage svarende til en gennemsnitlig indlæggelsestid på omkring 4 senge-dage. Der blev leveret knap 73 mio. ydelser i praksissektoren.²⁰ Relativt set svarer dette til 206 indlæggelser, 1.211 ambulante besøg og 13.100 ydelser i praksissektoren pr. 1.000 indbyggere.

Der er betydelig kommunal variation i borgernes forbrug af regionale sundhedsydelser. Antallet af indlæggelser per indbygger varierer med godt 40 pct. på tværs af kommunerne, og i alle regioner er forskellen mellem kommunen med flest og færrest indlæggelser mere end 15 pct. Variationen i antallet af samlede sengedage følger naturligt de samme tendenser som for indlæggelser. For ambulante besøg er forskellen mellem kommunerne med det højeste forbrug og kommunerne med det laveste forbrug omkring 40-50 pct., mens variationen inden for alle regioner med undtagelse af Region Sjælland er på mere end 30 pct. Endelig varierer antallet af ydelser leveret i praksissektoren i størrelsesordenen 25 pct. på tværs af landets kommuner.

Den betydelige variation mellem kommuner på tværs af og inden for de enkelte regioner understøtter konklusionen fra kapitel 4 om, at der er potentiale for en mere effektiv kommunal forebyggelsesindsats.

Den første udvalgte indikator der belyses, er antallet af *udvalgte forebyggelige indlæggelser* som omfatter indlæggelser med diagnoser, som der vurderes at være et særligt potentiale for at forebygge, om end kommunerne ikke har mulighed for at forebygge dem alle. Årligt forekommer der omkring 128.000 forebyggelige indlæggelser, svarende til 16 pct. af det samlede antal akutte indlæggelser, heraf er ca. halvdelen blandt ældre på 65 år eller derovre. Særligt knoglebrud, lungebetændelse og KOL udgør en væsentlig del af disse diagnoser, og for den ældre del af befolkningen kan hertil tilføjes væskemangel. Forekomsten af forebyggelige indlæggelser er forholdsvist ensartet på tværs af regioner. Derimod er der en betydelig kommunal variation blandt kommuner beliggende i den samme region, hvor forskellen typisk er på mere end 30 pct. mellem kommunen med hhv. færrest og flest forebyggelige indlæggelser. Niveaue af og variationen mellem kommunerne indikerer samlet set et væsentligt potentiale for at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser.

Herefter analyseres forekomsten af *genindlæggelser*, der ofte er udtryk for uhensigtsmæssige forløb og kan skyldes kvalitetsproblemer ved den ydede behandling og pleje under og efter indlæggelse. I 2010 var der 78.000 *genindlæggelser* på landsplan, svarende til at næsten 7 pct. af alle indlæggelser efterfulgtes af en genindlæggelse inden for 30 dage. For ældre på 65 år eller derover var genindlæggelsesfrekvensen på næsten 9 pct. og for de ældste aldersgrupper på mere end 10 pct. En betydelig del af det samlede antal genindlæggelser sker blandt borgere, der genindlægges uden en klar diagnose kan fastslås (12 pct.) eller til lægelig obser-

²⁰ Tallet inkluderer således både kontakter og tillægsydelser leveret i praksissektoren.

variation (8 pct.), ligesom et betydeligt antal personer genindlægges med lungebetændelse (6 pct.), KOL og astma mv. (5 pct.). Risikoen for genindlæggelse er størst i dagene lige efter udskrivning, i det 38 pct. af genindlæggelserne sker inden for fire dage. Genindlæggelser der sker hurtigt efter udskrivning skyldes typisk problemer ved overgangen fra sygehus til hjem eller problemer ved den initiale behandling og pleje i hjemmet. Antallet af genindlæggelser varierer betydeligt mellem regionerne og særligt Region Syddanmark har en høj genindlæggelsesfrekvens, herunder en klar overhyppighed af genindlæggelser inden for de første fire dage.

Ligeledes er der en betragtelig variation mellem kommuner beliggende i samme region. For genindlæggelser inden for fire dage er forskellen mellem kommunen med det højeste og laveste niveau mere end 75 pct. for alle regioner, mens forskellene for genindlæggelser fem til 30 dage efter udskrivning er mere end 100 pct. i alle regioner med undtagelse af Region Sjælland, hvor forskellen er 50 pct. Det høje niveau af og den kommunale variation i antallet af genindlæggelser indikerer et potentiale for at nedbringe omfanget af genindlæggelser via et styrket fokus på og samarbejde omkring overgangen fra sygehus til hjem samt en mere effektiv kommunal forebyggelsesindsats generelt.

Endelig fokuserer kapitlet på akutte, medicinske *korttidsindlæggelser*, hvor patienten udskrives samme dag eller dagen efter indlæggelse. En høj forekomst – og her særligt overhyppighed – af disse korttidsindlæggelser kan indikere et højt niveau af uhensigtsmæssige indlæggelser, der kunne være undgået ved de rette kommunale indsatser og samarbejde på tværs. Der var i 2010 omkring 160.000 korttidsindlæggelser, hvoraf halvdelen forekom blandt ældre på 65 år eller derover. En betydelig del af det samlede antal korttidsindlæggelser forekommer hos borgere, der indlægges kortvarigt til observation (19 pct.) eller uden en klar diagnose kan fastslås (13 pct.). På tværs af kommuner er der en betydelig variation i forekomsten af korttidsindlæggelser, og indenfor den samme region varierer andelen af korttidsindlæggelser typisk med mere end 100 pct. Variationer i den størrelsesorden indikerer et betydeligt potentiale for at kommunale indsatser kan reducere omfanget af uhensigtsmæssige akutte indlæggelser på de medicinske afdelinger.

Overordnet viser analysen af de tre udvalgte indikatorer, at der er en betydelig kommunal variation både på tværs af og inden for regionerne. Kombineret med et generelt højt niveau af disse indlæggelsestyper, indikerer det væsentlige potentialer for, at en mere effektiv kommunal forebyggelsesindsats kan nedbringe niveauet af uhensigtsmæssige indlæggelser på sygehusene.

5.2 Aktivitet i det regionale sundhedsvæsen

I dette afsnit belyses den kommunale aktivitet i det regionale sundhedsvæsen fordelt på indlæggelser, ambulante besøg, sengedage og ydelser i praksissektoren.

En oversigt over den samlede aktivitet i det somatiske, regionale sygehusvæsen og praksissektoren i 2010 fremgår af nedenstående *tabel 5.1*. Der var således i 2010 godt 1,1 mio. somatiske sygehus indlæggelser og 6,7 mio. ambulante besøg. Indlæggelserne udgjorde samlet knap 4,6 mio. sengedage svarende til en gennemsnitlig indlæggelsestid på omkring 4 sengedage. Der blev leveret knap 73 mio. ydelser i praksissektoren. Relativt set svarer dette til 206 indlæggelser, 1.211 ambulante besøg og 13.100 ydelser i praksissektoren pr. 1.000 indbyggere.

Der er en vis variation i aktivitetsniveauet i kommunerne på tværs af landet. Således er der relativt flest indlæggelser i kommunerne i hovedstadsområdet og på Sjælland. Det relative antal indlæggelser i den resterende del af landet ligger på samme niveau svarende til ca. 10 – 12 pct. lavere end for hovedstadsområdet og Sjælland. Antallet af samlede sengedage følger naturligt niveauet for indlæggelser.

Tabel 5.1**Antal somatiske indlæggelser, sengedage, ambulante besøg og ydelser i praksissektoren fordelt på bopælsregion, år 2010.**

	Hoved- staden	Sjæl- land	Syddan- dan- mark	Midtjyl- land	Nordjyl- land	Hele landet
<i>Antal, tusinde</i>						
Indlæggelser	370	182	233	245	113	1.143
Sengedage	1.477	758	917	934	502	4.587
Ambulante besøg	2.125	948	1.616	1.423	602	6.714
Ydelser i praksissektoren	22.980	10.890	15.451	16.099	7.205	72.626
<i>Antal pr. 1000 indbyggere</i>						
Indlæggelser	219	222	194	195	195	206
Sengedage	875	923	764	744	867	827
Ambulante besøg	1.260	1.155	1.346	1.133	1.039	1.211
Ydelser i praksissektoren	13.622	13.271	12.867	12.819	12.435	13.100

Kilde: Statens Serum Institut

Antallet af ambulante besøg pr. 1.000 indbyggere varierer fra 1.039 i Region Nordjylland til 1.346 i Region Syddanmark. Der er således mere end 30 pct. forskel mellem den højeste og laveste. Variationen i antallet af ydelser i praksissektoren er mere begrænset og forskellen mellem den højeste og laveste er mindre end 10 pct.

I de følgende afsnit belyses indlæggelser, sengedage, ambulante besøg og ydelser i praksissektoren nærmere.

5.2.1 Indlæggelser

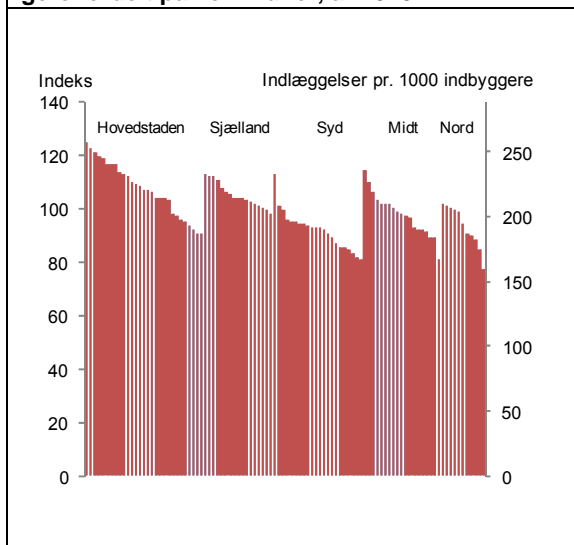
Ses på antallet af indlæggelser på somatiske sygehuse, kan der konstateres stor variation på tværs af og inden for de enkelte regioner, jf. figur 5.1 og figur 5.2.

Kommuner med flere indlæggelser pr. indbygger end landsgennemsnittet er hovedsageligt beliggende i Region Hovedstaden og Sjælland, mens kommunerne i Region Syddanmark og Nordjylland for hovedpartens vedkommende har færre indlæggelser end landsgennemsnittet. På trods af de forholdsvist udtalte forskelle regionerne imellem, er der en betydelig variation mellem kommuner beliggende i samme region. For alle regioner er forskellen mellem kommunen med flest og færrest indlæggelser pr. indbygger mere end 15 pct. De største forskelle findes i Region Hovedstaden, Syddanmark og Midtjylland hvor forskellen er omkring 1/3.

Det bemærkes ligeledes, at de 10 kommuner med det laveste relative antal indlæggelser ligger på mellem 160 og 180 indlæggelser pr. 1.000 indbyggere mens det tilsvarende tal for de 10 kommuner med højeste antal er mellem 240 og 255. Således ligger den høje gruppe omkring 40 pct. højere end den lave. Ses der bort fra et par mindre øer i begge grupper ligger samtlige kommuner i den høje gruppe i hovedstadsområdet. Kommunerne i den lave gruppe udgøres af jyske og fynske kommuner. Det er her værd at bemærke, at store kommuner som Aalborg og Odense ligger i gruppen af kommunerne med en relativ lav indlæggelseshyppighed.

Figur 5.1

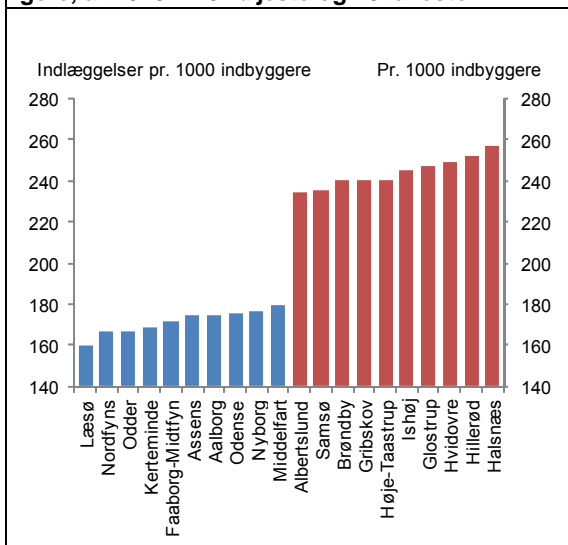
Antal somatiske indlæggelser pr. 1000 indbyggere fordelt på kommuner, år 2010.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

Figur 5.2

Antal somatiske indlæggelser pr. 1000 indbyggere, år 2010 – 10 højeste og 10 laveste.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

Det samlede antal indlæggelser dækker over både akutte og planlagte (elektive) indlæggelser på såvel medicinske som kirurgiske afdelinger. Af de godt 1,1 mio. somatiske indlæggelser i 2010 var 70 pct. akutte og 30 pct. planlagte, jf. Tabel 5.2. Fordelingen af indlæggelser på kirurgiske og medicinske afdelinger er nogenlunde den samme – dog med lidt flere kirurgiske indlæggelser. Det er værd at bemærke at 80 pct. af alle indlæggelser på medicinske afdelinger er akutte, mens det tilsvarende er 60 pct. af indlæggelser på de kirurgiske afdelinger, der er akutte.

Tabel 5.2

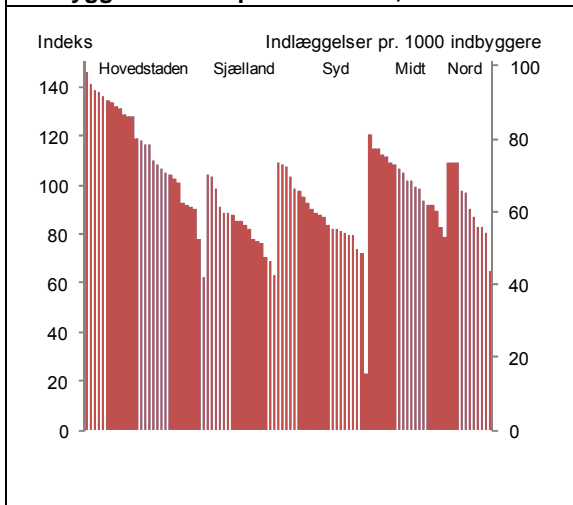
Fordeling af indlæggelser på speciale og indlæggelsesmåde, 2010, pct. (tusinde indlæggelser)

Speciale	Akutte	Elektive	I alt
Medicinske afdelinger	33 (373)	8 (92)	41 (465)
Kirurgiske afdelinger	27 (308)	18 (208)	45 (516)
Øvrige	10 (116)	4 (46)	14 (162)
I alt	70 (797)	30 (346)	100 (1143)

Kilde: Statens Serum Institut

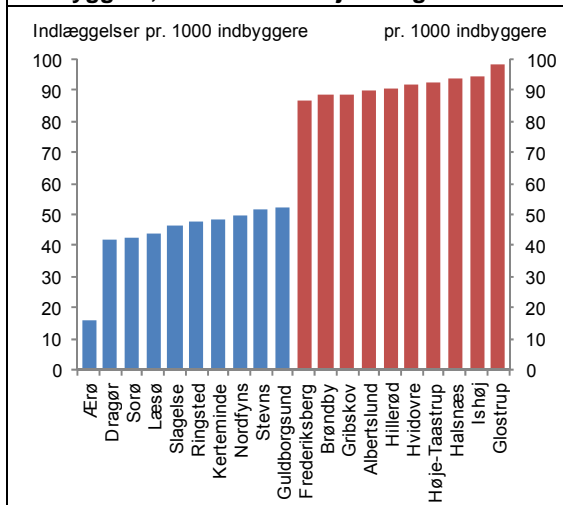
I forhold til patientrettet forebyggelse af indlæggelser samler interessen sig naturligt om de akutte indlæggelser. Det må ligeledes vurderes, at medicinske indlæggelser her er mest interessant at kigge nærmere på i de medicinske patienter ofte modtager tilbud på tværs af sektorer. De akutte, medicinske indlæggelser udgør knap 33 pct. af det samlede antal indlæggelser svarende til knap 70 indlæggelser pr. 1000 indbyggere. Dette dækker dog over en betydelig kommunal variation på tværs af og inden for de enkelte regioner, jf. figur 5.3 og figur 5.4. Overordnet set har særligt kommuner i Hovedstadsområdet mange akutte, medicinske indlæggelser, mens en række kommuner i Region Hovedstaden omvendt har færre akutte, medicinske indlæggelser end landsgennemsnittet. For alle regioner gælder det, at forskellen mellem kommunen med flest og færrest akutte, medicinske indlæggelser er mere end 50 pct.

Figur 5.3
Antal akutte, medicinske indlæggelser pr. 1000 indbyggere fordelt på kommuner, år 2010



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
 Kilde: Statens Serum Institut

Figur 5.4
Antal akutte, medicinske indlæggelser pr. 1000 indbyggere, år 2010 – 10 højeste og 10 laveste.



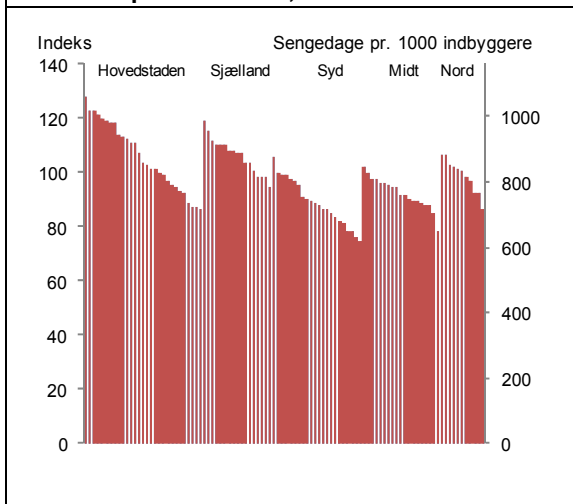
Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
 Kilde: Statens Serum Institut

De 10 kommuner med færrest akutte medicinske indlæggelser har omkring 40-50 pr. 1.000 indbyggere, mens det tilsvarende tal for de 10 kommuner med det højeste antal er 90-100 pr. 1.000 indbyggere.

5.2.2 Sengedage

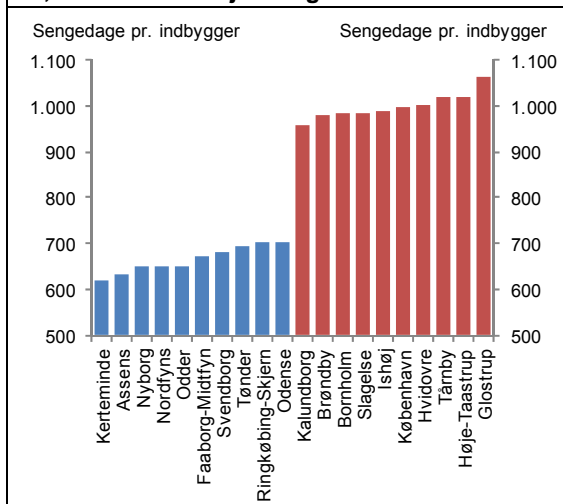
Variationen i antallet af samlede sengedage følger naturligt niveauet for indlæggelser, jf. Figur 5.5 og Figur 5.6. Generelt ligger hovedstadsområdet og Sjælland højt mens de øvrige landsdele ligger lavere. Det bemærkes dog, at særligt Syddanmark ligger lavt ligesom Nordjylland ligger relativt højt set i forhold til antallet af indlæggelser. Disse variationer skyldes forskelle i gennemsnitlige liggetider pr. indlæggelse.

Figur 5.5
Antal somatiske sengedage pr. 1000 indbyggere fordelt på kommuner, år 2010.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
 Kilde: Statens Serum Institut

Figur 5.6
Antal somatiske sengedage pr. 1000 indbyggere, år 2010 – 10 højeste og 10 laveste.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
 Kilde: Statens Serum Institut

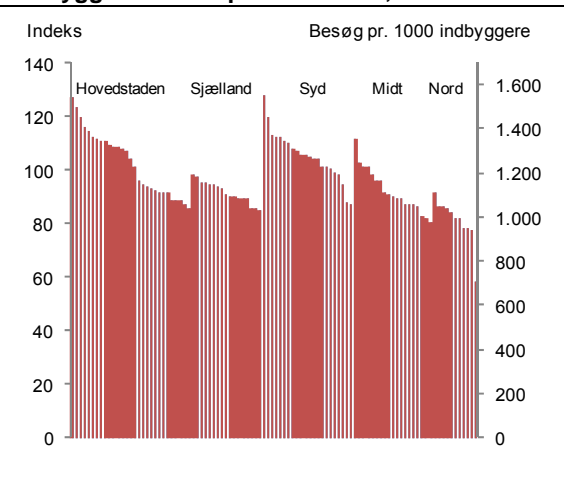
De 10 kommuner med det laveste relative antal sengedage ligger på mellem godt 600 – 700 pr. 1.000 indbyggere mens det tilsvarende tal for de 10 kommuner med det højeste antal er 1.000 – 1.050. Således ligger den

høje gruppe mere end 50 pct. højere end den lave. Ligesom for antallet af indlæggelser domineres den høje gruppe af hovedstadskommuner, men her er den suppleret med et par sjællandske kommuner. Kommunerne i den lave gruppe domineres af fynske kommuner (7 af 10) og de øvrige tre kommuner er jyske.

5.2.3 Ambulante besøg

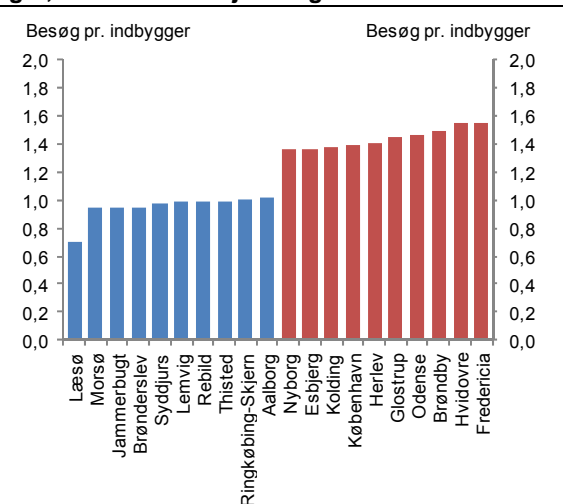
Antallet af ambulante besøg varierer betydeligt mellem kommuner på tværs af og inden for regionerne, jf. figur 5.7 og figur 5.8. Særligt kommuner i Region Hovedstaden og Syddanmark har mange ambulante besøg pr. indbygger. Omvendt er der i begge regioner et betydeligt antal kommuner med færre ambulante besøg end landsgennemsnittet. For Region Sjælland er det bemærkelsesværdigt, at alle kommuner har færre ambulante besøg end landsgennemsnittet, mens det omvendte er tilfældet for antal indlæggelser, hvor alle kommuner ligger over eller omkring landsgennemsnittet. Det kan indikere en vis substitution mellem stationær og ambulante sygehusbehandling, ligesom aktiviteten i praksissektoren kan have indflydelse, jf. det følgende afsnit. Undtaget Region Sjælland er forskellen mellem kommunen med flest og færrest ambulante besøg på mere end 30 pct. i alle regioner.

Figur 5.7
Antal somatiske ambulante besøg pr. 1000 indbyggere fordelt på kommuner, år 2010.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

Figur 5.8
Antal somatiske ambulante besøg pr. indbygger, år 2010 – 10 højeste og 10 laveste.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

De 10 kommuner med det laveste relative antal ambulante besøg ligger på omkring 1,0 pr. 1.000 indbyggere, mens det tilsvarende tal for de 10 kommuner med højeste antal er ca. 1,4 – 1,5. Således ligger den høje gruppe omkring 40 – 50 pct. højere end den lave. Igen domineres gruppen med det høje antal af hovedstadskommuner dog i mindre omfang end for indlæggelser og sengedage, idet kun halvdelen i gruppen er hovedstadskommuner og den anden halvdel kommuner i Region Syddanmark. Alle kommunerne i den lave gruppe udgøres af kommuner i Region Midtjylland og Nordjylland. Det er her bemærkelsesværdigt, at Aalborg Kommune som landets tredjestørste kommune ligger i den lave gruppe.

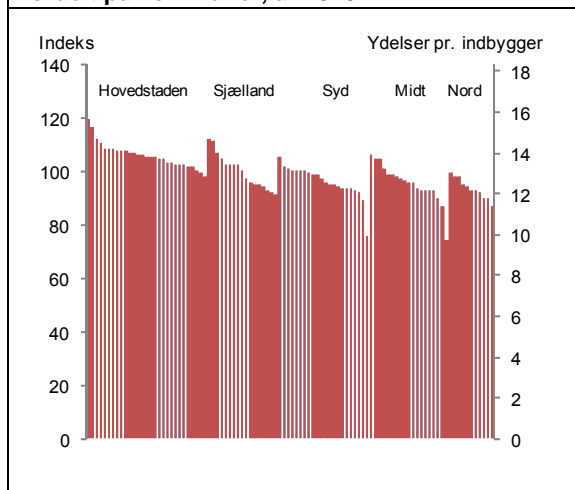
Det er ligeledes interessant at bemærke, at Odense og Nyborg Kommune ligger i gruppen med et højt antal ambulante besøg. Hvad angår det relative antal af indlæggelser ligger begge kommuner i den lave gruppe. Dette kan som påpeget ovenfor indikere en vis substitution mellem ambulante og stationær behandling.

5.2.4 Ydelser i praksissektoren

Antallet af ydelser i praksissektoren varierer i nogen grad mellem kommunerne, men forskellene er mindre udvalgte end for aktiviteten i sygehussektoren, jf. figur 5.9 og figur 5.10. Inden for de enkelte regioner varierer forskellen mellem kommunen med flest og færrest ydelser i praksissektoren med omkring 40 pct. i Region Syddanmark og Midtjylland, mens den mindste forskel ses i Region Nordjylland med ca. 15 pct. Generelt har kommunerne i Region Hovedstaden et højt antal ydelser i praksissektoren, mens en række kommuner i Region Sjælland og Midtjylland ligeledes har flere ydelser end landsgennemsnittet. Relativt til antallet af ambulante besøg, har kommunerne i Region Nordjylland forholdsvis mange ydelser i praksissektoren, hvilket kan indikere en mulig substitution mellem besøg i de to sektorer. Omvendt har kommunerne i Region Syddanmark forholdsvis mange ambulante besøg og relativt få ydelser i praksissektoren.

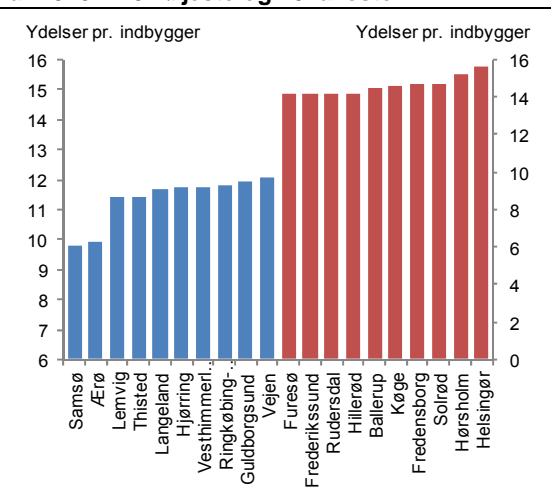
De ti kommuner med det laveste antal ydelser i praksissektoren udgøres primært af Nord- og Vestjyske kommuner, samt mindre øer. Omvendt er de 10 kommuner med det højeste antal ydelser i praksissektoren alle sjællandske, primært beliggende i hovedstadsområdet.

Figur 5.9
Antal ydelser i praksissektoren pr. indbygger fordelt på kommuner, år 2010.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

Figur 5.10
Antal ydelser i praksissektoren pr. indbygger, år 2010 – 10 højeste og 10 laveste.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

5.3 Udvalgte indikatorer til belysning af kommunale indsatser

I foregående afsnit blev sammensætningen af og den kommunale variation i aktiviteten i det regionale sundhedsvæsen analyseret. I dette afsnit fokuseres på tre udvalgte indikatorer, der kan være med til at belyse variationer i og potentialer for kommunale indsatser, der kan medvirke til at reducere u hensigtsmæssige indlæggelser og genindlægger.

De tre indikatorer er udvalgte forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser. Førstnævnte indikator omfatter akutte indlæggelser inden for en række udvalgte sygdomsgrupper, hvor det er vurderet, at der er et særligt potentiale for at undgå sygehusindlæggelse. Genindlæggelser opgøres som akutte indlæggelser inden for 30 dage efter udskrivning fra foregående indlæggelse, mens korttidsindlæggelser omfatter akutte, medicinske indlæggelser, hvor patienten udskrives samme dag eller dagen efter indlæggelse. De nærmere definitioner af de tre indikatorer fremgår af kapitel 2.

En oversigt over de tre indikatorer fremgår af tabel 5.3. Der var således i 2010 128.000 udvalgte forebyggelige indlæggelser svarende til 16 pct. af alle akutte indlæggelser. Der var 78.000 genindlæggelser svarende til 7

pct. af det samlede antal indlæggelser. Endelig var der 161.000 akutte indlæggelser af 0 eller 1 dags varighed på medicinske afdelinger, hvilket svarer til 20 pct. af alle akutte indlæggelser. Det skal bemærkes, at der er et vist overlap mellem de forskellige indlæggelsestyper, i det omkring 40.000 indlæggelser falder ind under definitionen på mere end én af de tre indlæggelsestyper.

Det er væsentligt at bemærke, at alle tre indlæggelsestyper er hyppigere forekommende blandt ældre borgere. Der er således et større potentiale i forhold til at reducere omfanget af uhensigtsmæssige indlæggelser for ældre borgere, hvorfor der er i det følgende vil være et særligt fokus på den del af befolkningen, der er 65 år eller derover.

Tabel 5.3
Oversigt over indikatorer for kommunernes forebyggelsesindsats, år 2010.

	Hele befolkningen		Ældre (65+ årige)		Andel af aldersgruppens akutte indlæggelser, pct. ¹
	Antal, tusinde	Andel af akutte indlæggelser, pct. ¹	Antal, tusinde	Aldersgruppens andel af samlet antal, pct.	
Antal indbyggere (tusinde)	5.544	-	919	17	-
Udvalgte forebyggelige indlæggelser	128	16	63	49	22
Genindlæggelser	78	7	36	46	9
Korttidsindlæggelser	161	20	66	41	23
I alt	323	28	142	44	34

Anm: Samme indlæggelse kan falde i mere end én af grupperne, hvorfor de enkelte typer summer til mere end totalen.

1) For udvalgte forebyggelige indlæggelser og korttidsindlæggelser er andelen beregnet i forhold til antallet af akutte indlæggelser, for genindlæggelser og samlet er den beregnet i forhold til det samlede antal indlæggelser.

Kilde: Statens Serum Institut

En væsentlig forudsætning for forebyggelse af indlæggelser er, at indsatserne rammer den tiltænkte målgruppen. Som det ligeledes fremgik af kapitel 2, er et af de væsentlige indsatsområder, denne analyse vedrører, indsatser rettet mod højrisikogrupper dvs. indsatser, der kan karakteriseres som individorienterede forebyggelsesstrategier.

Kendskab til borgerne/patienterne er et vigtigt element i planlægningen af sådanne indsatser. Såvel kommunerne som regionerne har en bred kontaktflade til borgerne. Borgernes indgang til sundhedsvæsenet er de praktiserende læger, der er regionalt forankrede. Derudover har kommunerne en bred berøringsflade med borgerne gennem hele livet. Fra sundhedspleje, dagtilbud til børn, folkeskole, beskæftigelsesindsats over i ældreplejen følger kommunerne borgerne gennem hele livet. Her er der mulighed for at drage nytte af disse sektors kendskab til borgerne og integrere dette i sundhedsindsatsen netop med henblik på at reducere behovet for behandling i det regionale sundhedsvæsen.

Det kan eksempelvis være hjemmehjælperen, der over tid observerer en forværring i en ældre borgers funktionsniveau, hvilket fører til en kommunal indsats, som sparer borgeren for en indlæggelse og kommunen for udgifter til indlæggelsen. I kapitel 6 er der fokus på udvalgte borger/patientgrupper, hvor en række af grupperne netop er grupper, hvor kommunerne har en kontakt med og dermed kendskab til borgerne. En nyttiggørelse af dette kendskab kan medvirke til at reducere de udvalgte forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser.

I de følgende tre afsnit vil udvalgte forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser hver især blive analyseret nærmere.

5.3.1 Udvalgte forebyggelige indlæggelser

De udvalgte forebyggelige indlæggelser omfatter indlæggelser med diagnoser, hvor det er vurderet, at der er et særligt potentiale i forhold til at forebygge disse sammenlignet med øvrige indlæggelser. Diagnoserne omfatter relativt få diagnoser, men de har en væsentlig tyngde i det samlede billede af indlæggelser. Den nærmere definition kan ses i kapitel 2.

Diagnoseafgrænsningen for indikatoren er oprindeligt udviklet til ældre borgere og bør således anvendes med en vis varsomhed i forbindelse med andre grupper. Det er dog for fuldstændighedens skyld valgt at opgøre indikatoren for alle aldersgrupper, idet forebyggelse af de udvalgte tilstande er relevante gennem hele livet om end potentialet vurderes at være størst blandt den ældre del af befolkningen. Der er således tale om en type af indlæggelser som netop kommunale indsatser kan medvirke til at forebygge.

I 2010 havde 16 pct. af alle akutte indlæggelser en diagnose, der faldt inden for definitionen. Særligt knoglebrud og nedre luftvejssygdomme udgør en væsentlig del af disse diagnoser og for den ældre del af befolkningen kan hertil tilføjes væskemangel.

Generelt set er hyppigheden af forebyggelige indlæggelser højst blandt gruppen af børn og unge samt ældre borgere.

Tabel 5.4

Antal udvalgte forebyggelige indlæggelser fordelt på aldersgrupper og bopælsregion, år 2010.

	Hoved- staden	Sjæl- land	Syddan- dan- mark	Midtjyl- land	Nordjyl- land	Hele landet
<i>Antal pr. 1000 indbyggere</i>						
Hele befolkningen	25	24	22	22	23	23
Børn og unge (0-17 årige)	26	23	23	17	17	22
Voksne (18-65 årige)	11	12	10	12	11	11
Ældre (65+ årige)	79	65	59	67	68	68
<i>Andel af akutte indlæggelser, pct.</i>						
Hele befolkningen	15	16	17	16	18	16
Børn og unge (0-17 årige)	21	21	23	20	22	21
Voksne (18-65 årige)	9	10	10	11	12	10
Ældre (65+ årige)	21	21	22	22	24	22

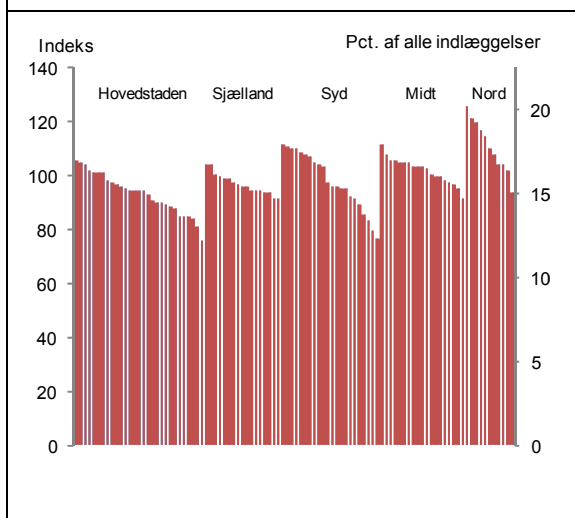
Kilde: Statens Serum Institut

Forekomsten af forebyggelige indlæggelser er forholdsvist ensartet på tværs af regionerne. Således varierer andelen af forebyggelige indlæggelser i forhold til det samlede antal akutte indlæggelser fra 15 til 18 pct. mellem de fem regioner. Region Hovedstaden har forholdsvist mange forebyggelige indlæggelser pr. 1000 ældre borgere (65+ årige), mens andelen af forebyggelige indlæggelser er på landsgennemsnitligt niveau. Relativt til antallet af akutte indlæggelser er forekomsten af forebyggelige indlæggelser højst i Region Nordjylland, som dog generelt har et lavt niveau af indlæggelser.

Vendes blikket mod den kommunale variation kan det konstateres, at andelen af udvalgte forebyggelige indlæggelser varierer betydeligt blandt kommuner beliggende i den samme region, mens variationen imellem regioner er mindre udtalt, jf. figur 5.11 nedenfor.

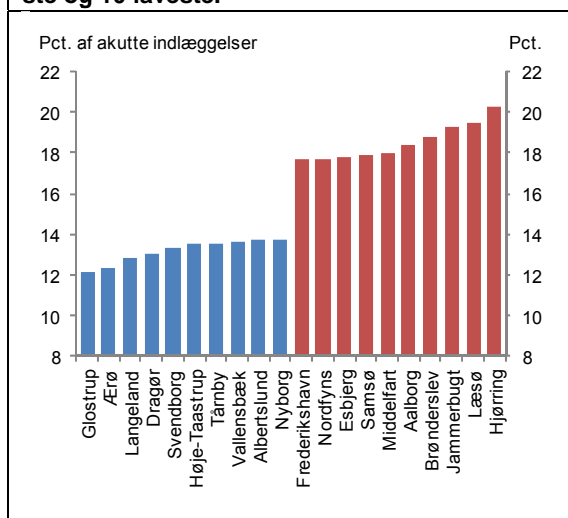
På tværs af kommunerne varierer andelen af forebyggelige indlæggelser betydeligt fra omkring 12 til godt 20 pct. Der er relativt stor geografisk spredningen blandt de kommuner, der har hhv. færrest og flest forebyggelige indlæggelser, om end særligt de nordjyske kommuner er overrepræsenteret hos kommunerne med en høj andel.

Figur 5.11
Andel udvalgte forebyggelige indlæggelser, pct. af akutte indlæggelser, år 2010.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

Figur 5.12
Andel udvalgte forebyggelige indlæggelser, pct. af akutte indlæggelser, år 2010 – 10 højeste og 10 laveste.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

I nedenstående Tabel 5.5 er antallet af forebyggelige indlæggelser fordelt på diagnoser og aldersgrupper angivet. Det skal bemærkes, at indlæggelser som følge af de udvalgte diagnoser blandt børn og unge oftest ikke er forebyggelige, men på tværs af aldersgrupper er de hyppigst forekommende diagnoser knoglebrud, lungebetændelse samt kroniske sygdomme i de nedre luftveje, herunder KOL. Tilsammen udgør disse tre diagnosegrupper næsten $\frac{2}{3}$ af det samlede antal forebyggelige indlæggelser.

Tabel 5.5
Forebyggelige indlæggelser fordelt efter aktionsdiagnose, år 2010, antal (pct. af alle forebyggelige indlæggelser i aldersgruppen).

Diagnosegruppe	Aldersgruppe			I alt
	0-17 år	18-64 år	65+ år	
Knoglebrud	4.819 (18)	13.416 (35)	15.616 (25)	33.851 (26)
Lungebetændelse	5.155 (19)	7.690 (20)	16.782 (27)	29.627 (23)
Kronisk nedre luftvejssygdom	4.460 (17)	5.336 (14)	10.701 (17)	20.497 (16)
Væskemangel	2.235 (8)	1.548 (4)	6.439 (10)	10.222 (8)
Sukkersyge	1.120 (4)	4.129 (9)	2.882 (4)	8.131 (6)
Tarminfektion	2.894 (11)	2.194 (6)	1.589 (3)	6.677 (5)
Sukkersyge	768 (3)	3.270 (8)	2.387 (4)	6.425 (5)

Akut bronchitis	3.995 (15)	888 (2)	1.524 (2)	6.407 (5)
Blærebetændelse	690 (3)	1.826 (5)	3.713 (6)	6.229 (5)
Forstoppelse	1.399 (5)	1.722 (4)	2.420 (4)	5.541 (4)
Sociale og plejemæssige forhold	35 (0)	100 (0)	282 (0)	417 (0)
Tryksår	2 (0)	138 (0)	253 (0)	393 (0)
Udvalgte forebyggelige indlæggelser	26.513 (100)	38.741 (100)	62.960 (100)	128.214 (100)

Kilde: Statens Serum Institut

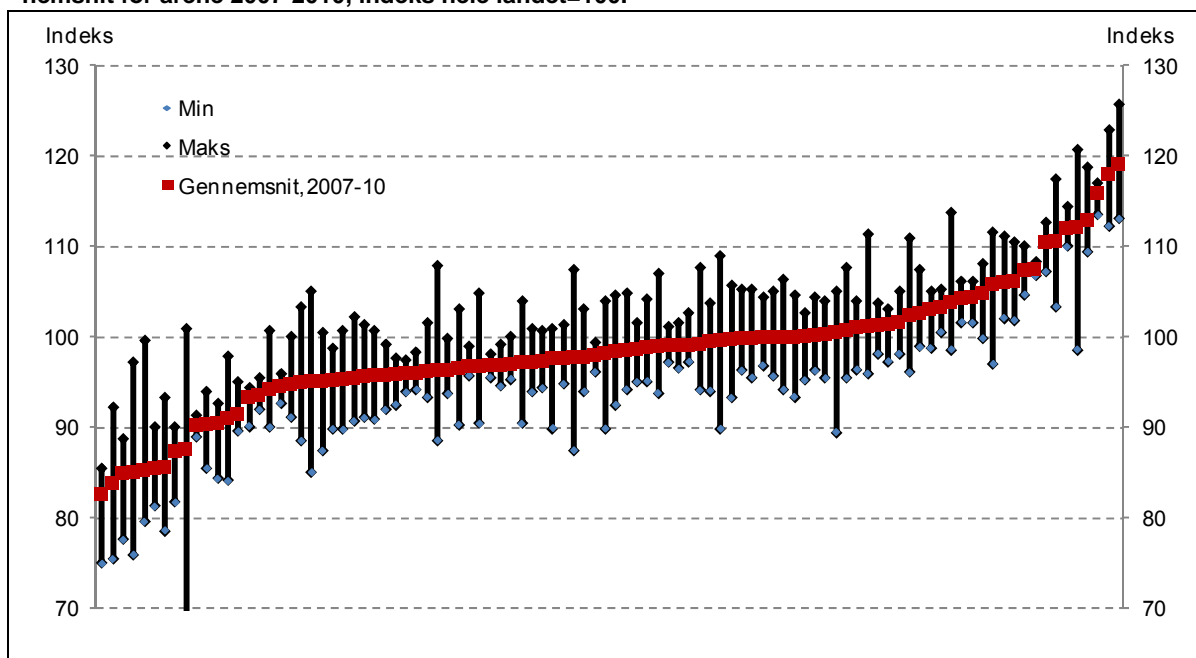
Variation fra år til år i udviklingen af forebyggelige indlæggelser

For at få et fingerpeg om betydningen af år-til-år variationen sammenholdes kommunernes antal udvalgte forebyggelige indlæggelser (relativt til landsgennemsnittet) for hvert af årene 2007-2010 med det gennemsnitlige forbrug i perioden 2007-2010. I figur 5.13 udgør den røde kurve det gennemsnitlige forbrug i perioden 2007-2010²¹ for hver enkelt kommune, mens de horisontale linjer viser variation årene i mellem. Længden af den horisontale linje giver et fingerpeg om betydningen af variationen fra år til år i den enkelte kommune.

Af figuren ses dels, som også beskrevet ovenfor, at der er en pæn variation kommunerne imellem og dels, at der for en række kommuner er indikationer på variationer fra år til år, mens andre kommuner har mere begrænset variation fra år til år. Dette indikerer, at det kan være nødvendigt med en vis varsomhed i forhold til at basere konklusioner på resultater fra et enkelt år. Omvendt viser billedet ligeledes ganske betydelige forskelle kommunerne imellem, hvilket kan indikere et særligt potentiale ved indsatser fokuseret på nedbringelse af forebyggelige indlæggelser i kommunerne.

Figur 5.13

Andel udvalgte forebyggelige indlæggelser (pct. af akutte indlæggelser) fordelt på kommuner, gennemsnit for årene 2007-2010, indeks hele landet=100.



Anm.: De røde punkter angiver kommunens andel af udvalgte forebyggelige indlæggelser i forhold til landsgennemsnittet for årene 2007-10. Punkterne under (over) kurven angiver andelen i det år, hvor den er lavest (højest) i forhold til landsgennemsnittet. Data er køns- og aldersstandardiseret.

Kilde: Statens Serum Institut

²¹ Beregnet som et simpelt gennemsnit af forbruget i forhold til landsgennemsnittet i de enkelte år.

5.3.2 Genindlæggelser

I nærværende afsnit fokuseres på antallet af genindlæggelser på sygehusene. Genindlæggelser er i nogle tilfælde udtryk for u hensigtsmæssige forløb og kan skyldes kvalitetsproblemer ved den ydede behandling og pleje under og/eller efter indlæggelse. Omvendt er nogle genindlæggelser hensigtsmæssige, bl.a. for at tilbyde patienten længst mulig tid i eget hjem. I forebyggelsessammenhæng er genindlæggelser særligt interessante. Det skyldes at indsatser rettet mod forebyggelse af genindlæggelser på naturlig vis målrettes en gruppe med relativt stor risiko for indlæggelse – nemlig tidligere indlagte. Potentialet ved systematisk opfølgning på indlæggelser vurderes derfor som stort.

En genindlæggelse defineres overordnet set, som en akut indlæggelse inden for 30 dage efter udskrivning fra foregående indlæggelse. Den nærmere definition fremgår af kapitel 2. Senere i afsnittet fokuseres på den tidsmæssige afstand fra udskrivning til genindlæggelse, i det der bl.a. differentieres mellem genindlæggelser inden for de første 4 dage og genindlæggelser mellem 5 og 30 dage efter udskrivning.

I 2010 var der 78.000 genindlæggelser på landsplan svarende til, at næsten 7 pct. af alle indlæggelser efterfulgtes af en genindlæggelse inden for 30 dage, mens genindlæggelsesfrekvensen var næsten 9 pct. blandt borgere over 65 år.

Antallet af genindlæggelser varierer betydeligt mellem regionerne og særligt Region Syddanmark har en høj genindlæggelsesfrekvens blandt alle aldersgrupper. Genindlæggelsesfrekvensen varierer således fra 5,5 pct. i Region Sjælland til 7,1 pct. i Region Syddanmark. Variationen regionerne imellem er størst i aldersgrupperne under 65 år (op til knap 100 pct. forskel), men er ligeledes betydelig blandt de ældre (omkring 40 pct.). De markante regionale forskelle indikerer et betydeligt potentiale for, at nedbringe hyppigheden af genindlæggelser.

Tabel 5.6

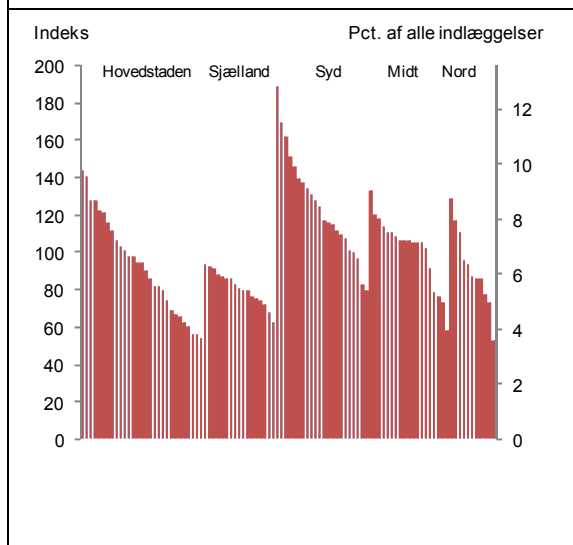
Antal genindlæggelser (inden for 30 dage) fordelt på aldersgrupper og bopælsregion, år 2010.

	Hoved- staden	Sjæl- land	Syddan- dan- mark	Midtjyl- land	Nordjyl- land	Hele landet
<i>Antal pr. 1000 indbyggere</i>						
Hele befolkningen	14	12	16	14	12	14
Børn og unge (0-17 årige)	11	7	10	8	7	9
Voksne (18-65 årige)	8	8	11	9	8	9
Ældre (65+ årige)	43	32	42	40	32	39
<i>Andel af samlet antal indlæggelser, pct.</i>						
Hele befolkningen	6,4	5,5	8,5	7,1	6,1	6,8
Børn og unge (0-17 årige)	6,8	4,4	8,4	6,8	6,0	6,6
Voksne (18-65 årige)	4,7	4,5	7,1	5,8	4,9	5,4
Ældre (65+ årige)	8,7	7,2	10,2	8,9	7,9	8,8

Kilde: Statens Serum Institut

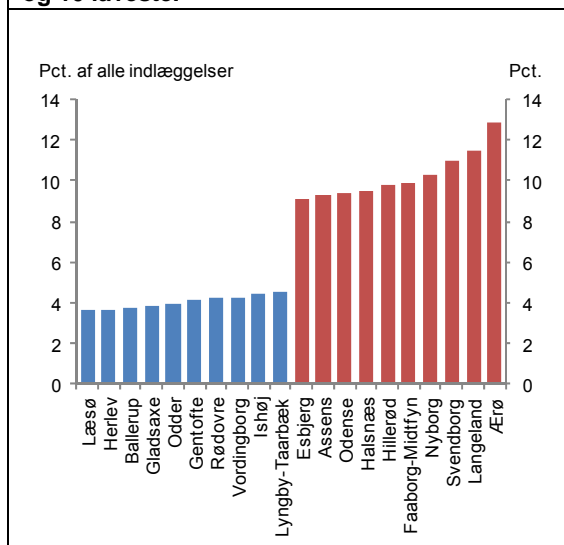
Den kommunale variation konstaterer, at antallet af genindlæggelser også varierer betydeligt kommunerne i mellem, ligesom det gør mellem regionerne, *jf. figur 5.14*. Det bemærkes dog, at kommunerne beliggende især i Region Syddanmark har både den største variation fra omkring 6 pct. til 14 pct. samt ligeledes niveau-mæssigt ligger højere end de fleste kommuner i de øvrige regioner. Det afspejler sig ligeledes ved, at otte ud af de 10 kommuner med den højeste genindlæggelsesfrekvens er beliggende i Region Syddanmark.

Figur 5.14
Andel genindlæggelser (inden for 30 dage),
pct. af alle indlæggelser, år 2010.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
 Kilde: Statens Serum Institut

Figur 5.15
Andel genindlæggelser (inden for 30 dage),
pct. af alle indlæggelser, år 2010 – 10 højeste
og 10 laveste.

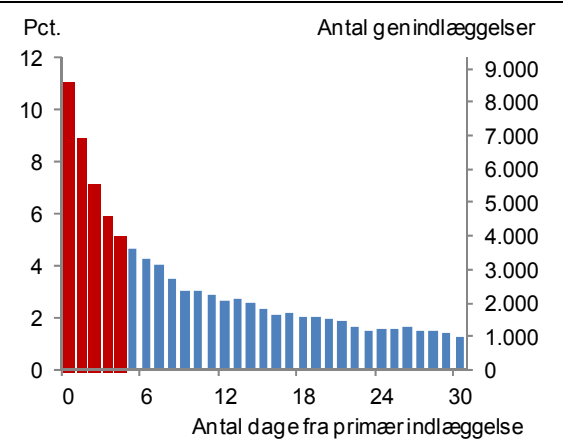


Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
 Kilde: Statens Serum Institut

Den væsentlige variation kommuner og regioner imellem kombineret med muligheden for at målrette de kommunale indsatser indikerer et betydeligt potentiale for, at nedbringe antallet af uheldsmæssige indlæggelser.

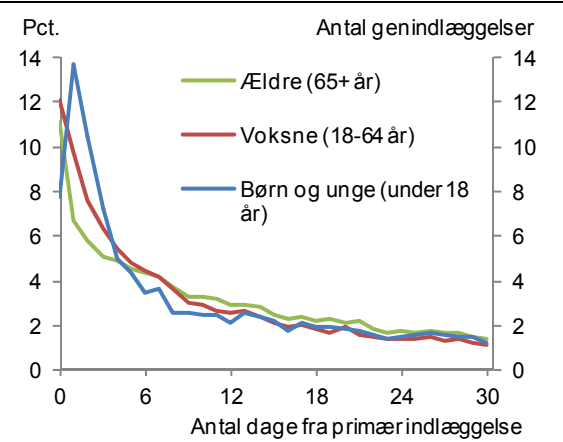
Den tidsmæssige afstand fra udskrivning til genindlæggelse kan indeholde vigtig information om årsagen til genindlæggelse – og dermed hvilke typer af indsatser, der påkræves for at undgå genindlæggelse. Genindlæggelser som finder sted få dage efter udskrivelse, kan skyldes problemer ved overgangen fra sygehus til hjem eller problemer ved den initiale behandling og pleje i hjemmet. Genindlæggelser som finder sted efter patienten har været hjemme igennem længere tid, kan skyldes uheldsmæssigheder ved de opfølgende kommunale initiativer samt den gennemgående plejeindsats i kommunen, ligesom der naturligt i nogle tilfælde vil ske en forværring af den underliggende sygdom eller forekomst af ny sygdom.

Figur 5.16
Fordeling af genindlæggelser baseret på afstand fra primærindlæggelse til genindlæggelse, år 2010.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
 Kilde: Statens Serum Institut

Figur 5.17
Fordeling af genindlæggelser baseret på afstand fra primærindlæggelse til genindlæggelse og aldersgruppe, år 2010.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
 Kilde: Statens Serum Institut

Den fremgår af figur 5.16 at risikoen for genindlæggelser er størst i dagene lige efter udskrivning, og løbende aftager jo længere tid patienten har været hjemme. Således sker 38 pct. af genindlæggelser inden for de første 4 dage efter udskrivning (derøde søjler i figur 5.16), mens over halvdelen af genindlæggelserne sker inden for den første uge.

Genindlæggelsesmønsteret er forholdsvis ensartet på tværs af aldersgrupperne, om end der er en tendens til, at ældre patienter befinder sig længere tid i eget hjem inden de genindlægges, jf. figur 5.17.

Som beskrevet ovenfor, er det særligt ældre patienter, der hyppigt genindlægges. Det gælder endvidere, at genindlæggelsesfrekvensen er stigende med alderen blandt de ældre. Således genindlægges omkring 7,2 pct. af de 65-69 årige, mens det er tilfældet for mere end 10 pct. i gruppen af de 85-89 årige, jf. Tabel 5.7.

Ydermere er der en tendens til, at andelen af genindlæggelser, der sker inden for de første 4 dage efter udskrivning, er faldende med alderen. En mulig forklaring kan være, at det generelle helbreds- og funktionsniveau svækkes med alderen, hvorfor regioner og kommuner har større opmærksomhed på, at sikre en glidende overgang fra sygehus til hjem efter udskrivelse ligesom andelen af borgere i kommunale tilbud generelt er stigende med alderen.

Tabel 5.7
Genindlæggelser af ældre (65+ årige), år 2010.

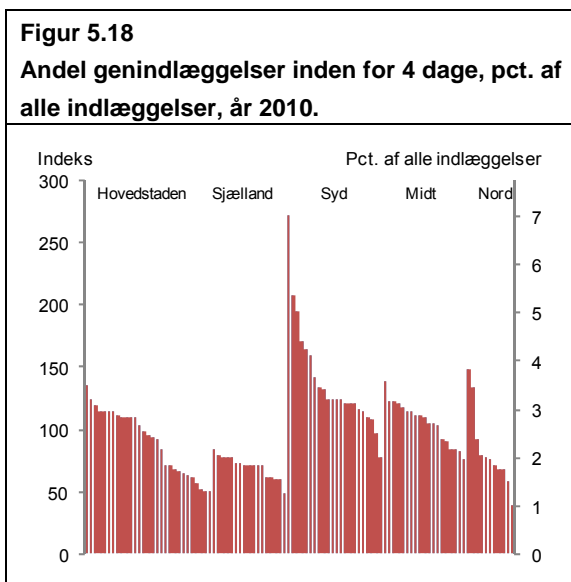
Aldersgruppe	Antal genindlæggelser	Andel af alle indlæggelser, pct.	Andel inden for de første 4 dage, pct. ¹
65-69 år	7.173	7,2	36,1
70-74 år	7.154	8,0	33,9
75-79 år	7.479	9,2	33,0
80-84 år	6.786	9,9	32,5
85-89 år	5.104	10,5	32,8
90+ år	2.503	9,7	31,2

Anm: 1) Andelen af aldersgruppens samlede antal genindlæggelser, der finder sted inden for 4 dage efter udskrivelse fra den primære (foregående) indlæggelse.
 Kilde: Statens Serum Institut

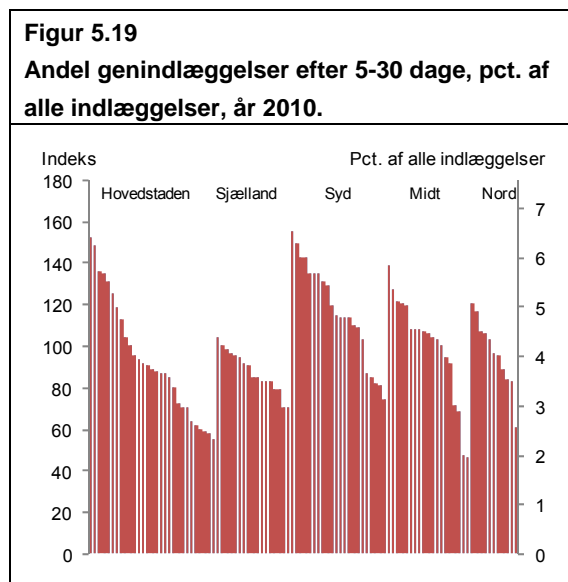
Nedenfor er der foretaget en opsplitning af det samlede antal genindlæggelser i to grupper baseret på den tidsmæssige afstand fra udskrivning til genindlæggelse. Således er antallet af genindlæggelser, der sker inden for 4 dage hhv. mellem 5-30 dage opgjort hver for sig. På tværs af kommuner kan der konstateres ganske betydelige forskelle i niveauet og sammensætningen af de to typer af genindlæggelser.

For genindlæggelser inden for fire dage er der betydelig variation mellem kommunerne på tværs af regionerne. Således har hovedparten af kommunerne i Region Syddanmark markant flere genindlæggelser inden for fire dage end landsgennemsnittet, mens alle kommuner i Region Sjælland har færre end landsgennemsnittet. Variationen mellem kommuner i den samme region er ligeledes betydelig, i det forskellen mellem den kommune med flest og færrest genindlæggelser inden for fire dage i alle regioner er mere end 75 pct., og for Region Hovedstaden, Syddanmark og Nordjylland mere end 200 pct.

For genindlæggelser fem til 30 dage efter udskrivning er variationen særlig udtalt på tværs af kommuner inden for den samme region. For alle regioner er forskellen mellem kommunen med færrest og flest af denne type genindlæggelser mere end 100 pct., med undtagelse af Region Sjælland hvor forskellen er 50 pct. Omvendt er niveauet på tværs af regionerne med ensartet, om end en række kommuner i Region Syddanmark har markant flere genindlæggelser i dette tidsinterval end landsgennemsnittet.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
 Kilde: Statens Serum Institut



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
 Kilde: Statens Serum Institut

Som det fremgår af Tabel 5.8 genindlægges der af en række forskellige årsager og med en bred vifte af diagnoser. Omkring 9.300 (12 pct. af alle genindlæggelser) genindlægges årligt med symptomer og mangelfuldt definerede tilstande, dvs. uden en klar diagnose kunne fastslås under indlæggelse. Typisk sker disse genindlæggelser pga. mavesmerter, feber, besvimelse, kollaps eller abnorm vejtrækning. Omkring 6.400 (8 pct.) genindlægges til lægelig observation for mistænkt sygdom. Et betydeligt antal personer genindlægges med lungebetændelse (6 pct.), KOL og astma mv. (5 pct.) samt symptomatisk hjertesygdom (5 pct.). Det høje niveau af denne type genindlæggelser, hvoraf flere af diagnoserne normalt vurderes som forebyggelige, indikerer et potentiale for at nedbringe omfanget af genindlæggelser via et styrket fokus på og samarbejde omkring overgangen fra sygehus til hjem samt en mere effektiv kommunal forebyggelsesindsats generelt.

Tabel 5.8

Genindlæggelser fordelt efter aktionsdiagnose ved genindlæggelse og aldersgruppe, år 2010, antal (pct. af alle genindlæggelser) – 15 hyppigste diagnosegrupper.

Diagnosegruppe	Aldersgruppe			I alt
	0-17 år	18-64 år	65+ år	
Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande	1.492 (14)	4.131 (13)	3.668 (10)	9.291 (12)
Lægelig observation for og vurdering af personer mistænkt for sygdom	1.219 (11)	2.789 (9)	2.383 (7)	6.391 (8)
Lungebetændelse	751 (7)	982 (3)	2.705 (7)	4.438 (6)
Bronkitis, udvidede lunger (herunder KOL) og astma	1.108 (10)	892 (3)	2.236 (6)	4.236 (5)
Symptomatisk hjertesygdom	25 (0)	1.166 (4)	2.733 (8)	3.924 (5)
Tuberkulose, andre bakterielle sygdomme samt kønssygdomme	628 (6)	1.062 (3)	2.003 (6)	3.693 (5)
Andre endokrine sygdomme, avitaminoser og stofskiftesygdomme	330 (3)	702 (2)	2.005 (6)	3.037 (4)
Andre og ikke specificerede skader ved ydre påvirkning	179 (2)	1.367 (4)	1.073 (3)	2.619 (3)
Andre sygdomme i åndedrætsorganer	181 (2)	753 (2)	1.599 (4)	2.533 (3)
Sygdomme i blod og bloddannende organer	199 (2)	491 (2)	1.541 (4)	2.231 (3)
Andre sygdomme i urinorganer	152 (1)	716 (2)	1.345 (4)	2.213 (3)
Ikke-infektøs tarmbetændelse, udposning på tarm og funktionelle tarmforstyrrelser	320 (3)	882 (3)	993 (3)	2.195 (3)
Andre sygdomme i tarm og bughinde	135 (1)	712 (2)	960 (3)	1.807 (2)
Andre sygdomme i kredsløbsorganer	27 (0)	741 (2)	905 (3)	1.673 (2)
Karsygdomme i hjerne	15 (0)	543 (2)	1.006 (3)	1.564 (2)
Øvrige diagnoser	3.986 (37)	12.786 (42)	9.044 (25)	25.816 (33)
I alt	10.747 (100)	30.715 (100)	36.199 (100)	77.661 (100)

Anm.: Diagnoserne er inddelt efter 99-grupperingen.
Kilde: Statens Serum Institut

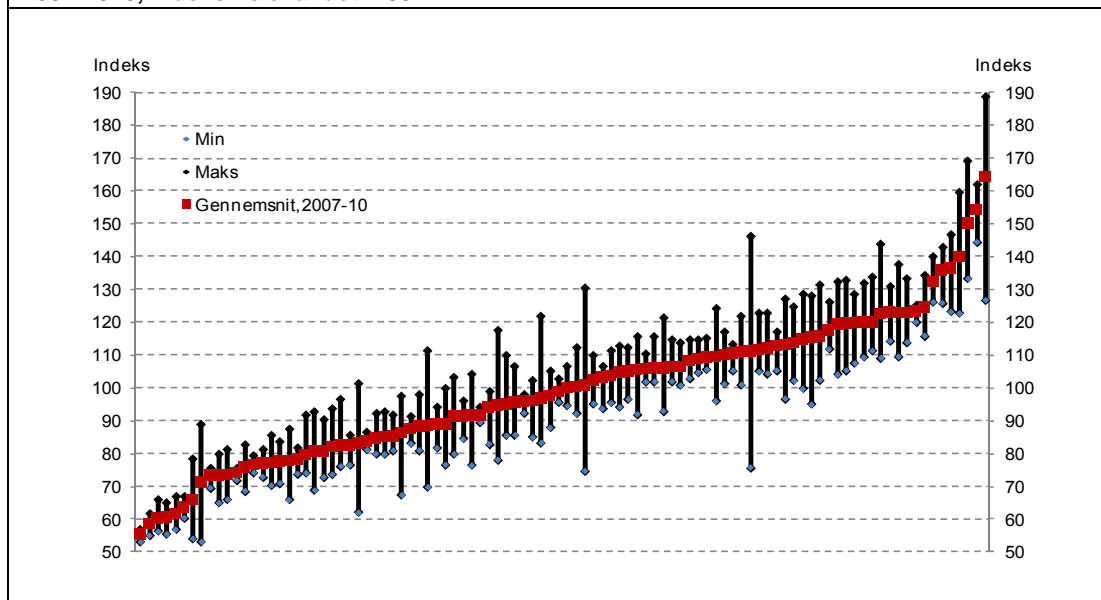
Variation over tid

For at få et fingerpeg om betydningen af år-til-år variationen i kommunerne sammenholdes niveauet af genindlæggelser (relativt til landsgennemsnittet) for hvert af årene 2007-2010 med det gennemsnitlige niveau for perioden 2007-2010. I figur 5.13 udgør den røde kurve det gennemsnitlige niveau i perioden 2007-2010 for hver enkelt kommune, mens de horisontale linjer viser variation årene imellem. Længden af den horisontale linje giver et fingerpeg om betydningen af variationen fra år til år i den enkelte kommune.

Af figuren fremgår det endnu en gang, at variationen i antallet af genindlæggelser mellem kommunerne er særdeles markant. Ligeledes fremgår det, at for en række kommuner sker der fra år-til-år betydelige forskydninger i niveauet af genindlæggelser relativt til landsgennemsnittet. Disse forskydninger kan dels være udtryk for tilfældige variationer eller et resultat af målrettede indsatser mod nedbringelse af genindlæggelsesfrekvensen i nogle kommuner. Omvendt kan det konstateres at – på trods af variationer fra år-til-år – er der en række kommuner, som konsistent år efter år har et enten entydigt højt eller lavt niveau af genindlæggelser sammenlignet med de øvrige kommuner.

Overordnet kan det konstateres, at det kan være nødvendigt med en vis varsomhed i forhold til at basere konklusioner på resultater fra et enkelt år, men at variationen kommunerne imellem langt fra alene kan tilskrives tilfældige variationer eller særlige omstændigheder i et enkelt år.

Figur 5.20
Andel genindlæggelser (pct. af alle indlæggelser) fordelt på kommuner, gennemsnit for årene 2007-2010, indeks hele landet=100.



Anm.: De røde punkter angiver kommunens andel af genindlæggelser i forhold til landsgennemsnittet for årene 2007-10. Punkterne under (over) kurven angiver andelen i det år, hvor den er lavest (højest) i forhold til landsgennemsnittet. Data er køns- og aldersstandardiseret.

Kilde: Statens Serum Institut

5.3.3 Korttidsindlæggelser

En høj forekomst – og her særligt overhyppighed – af akutte, kortvarige medicinske indlæggelser på et sygehus kan indikere et højt niveau af u hensigtsmæssige indlæggelser, dvs. indlæggelser der muligvis kunne være forebygget ved relevante tilbud i den primære sundheds- og plejesektor. På tværs af såvel regioner som kommuner kan der konstateres betydelig variation i antal korttidsindlæggelser såvel som disses andele af de samlede antal akutte indlæggelser.

I 2010 var der 161.000 akutte, medicinske korttidsindlæggelser svarende til 20 pct. af alle akutte indlæggelser eller 29 indlæggelser pr. 1.000 indbyggere, jf. tabel 5.9. Generelt set er hyppigheden af korttidsindlæggelser højest blandt personer på 65 år eller derovre, mens indlæggelsestypen stort set ikke forekommer blandt børn og unge under 18 år. Andelen af alle akutte indlæggelser, der udgøres af korttidsindlæggelser, er forholdsvis ensartet mellem voksne og ældre på 65 år eller derover.

På tværs af regioner kan der konstateres nogen forskel i omfanget af korttidsindlæggelser. Således varierer andelen af korttidsindlæggelser fra godt 15 til 23 pct. mellem de fem regioner. Andelen af korttidsindlæggelser er lavest i Region Sjælland og Nordjylland, særligt blandt ældre på 65 år eller derover. Det skal bemærkes, at det lave niveau af korttidsindlæggelser i Region Sjælland til dels kan tilskrives, at regionen registreringsmæssigt er organiseret som et sygehus, hvorfor indlæggelsesforløb, der involverer indlæggelse på flere forskellige matrikler, opgøres som én indlæggelse, hvilket ikke er tilfældet i de øvrige regioner. Det højeste niveau af korttidsindlæggelser findes i Region Midtjylland, hvor overhyppigheden er særligt gældende blandt ældre.

Tabel 5.9

Antal akutte, medicinske korttidsindlæggelser fordelt på aldersgrupper og bopælsregion, år 2010.

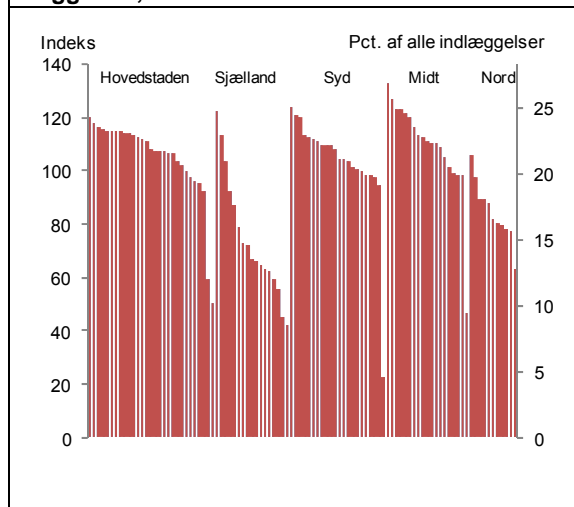
	Hoved- staden	Sjæl- land	Syddan- dan- mark	Midtjyl- land	Nordjyl- land	Hele landet
<i>Antal pr. 1000 indbyggere</i>						
Hele befolkningen	33	24	28	31	22	29
Børn og unge (0-17 årige)	3	1	3	3	2	3
Voksne (18-65 årige)	30	23	27	29	21	27
Ældre (65+ årige)	88	56	66	79	48	72
<i>Andel af samlet antal akutte indlæggelser, pct.</i>						
Hele befolkningen	20,5	15,6	21,6	23,1	17,8	20,2
Børn og unge (0-17 årige)	2,2	1,3	2,5	3,5	3,2	2,5
Voksne (18-65 årige)	24,0	18,4	26,6	27,1	22,4	24,1
Ældre (65+ årige)	23,8	18,1	24,2	25,4	17,4	22,7

Kilde: Statens Serum Institut

Vendes blikket mod den kommunale variation i niveauet af korttidsindlæggelser kan der observeres en betydelig variation mellem kommunerne, jf. figur 5.21 og figur 5.22. På tværs af kommunerne varierer andelen af korttidsindlæggelser fra knap 10 pct. til omkring 25 pct., svarende til en forskel på omkring 150 pct. Der er relativt stor geografisk spredning blandt de kommuner, der har hhv. færrest og flest korttidsindlæggelser, om end særligt de sjællandske kommuner er overrepræsenteret hos kommunerne med en lav andel. Det bemærkes endvidere, at flere af de lavt liggende kommuner er mindre ø-kommuner, hvilket kan indikere at adgang til sygehus har betydning for hyppigheden af korttidsindlæggelser.

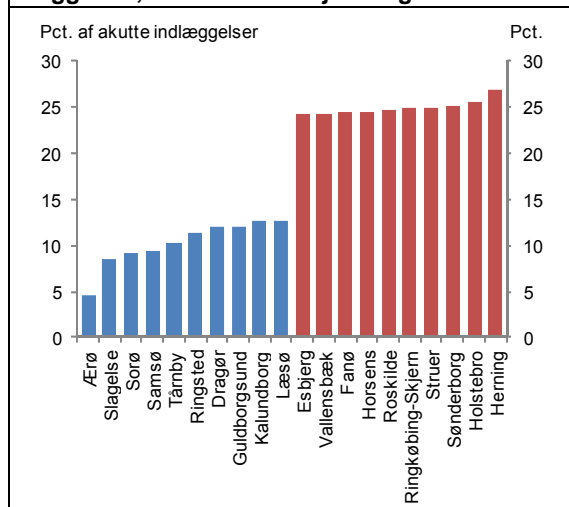
Selvom der er nogen variation regionerne imellem forekommer størstedelen af den kommunale variation blandt kommuner beliggende i den samme region. Det gælder således, at med undtagelse af Region Nordjylland hvor den kommunale variation er forholdsvis begrænset, er forskellen mellem kommunen med den højeste og laveste andel korttidsindlæggelser mere end 100 pct. i alle regioner.

Figur 5.21
Andel korttidsindlæggelser, pct. af akutte indlæggelser, år 2010.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

Figur 5.22
Andel korttidsindlæggelser, pct. af akutte indlæggelser, år 2010 – 10 højeste og 10 laveste.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

I nedenstående Tabel 5.10 er sammensætningen af korttidsindlæggelser på diagnose- og aldersgrupper opstillet. Omkring 31.000 (19 pct. af alle korttidsindlæggelser) indlægges kortvarigt til lægelig observation, mens mere end 21.000 (13 pct.) indlægges kortvarigt med symptomer og mangelfuldt definerede tilstande, dvs. uden en klar diagnose kunne fastslås under indlæggelse. Typisk sker disse genindlæggelser pga. mavesmerter, feber, besvimelse, kollaps eller abnorm vejtrækning. Derudover indlægges en betydelig andel kortvarigt, her særligt ældre borgere på 65 år eller derover, med symptomatisk hjertesygdom.

Tabel 5.10

Korttidsindlæggelser fordelt efter aktionsdiagnose og aldersgruppe, år 2010, antal (pct. af alle korttidsindlæggelser) – 15 hyppigste diagnosegrupper.

Diagnosegruppe	Aldersgruppe			I alt
	0-17 år	18-64 år	65+ år	
Lægelig observation for og vurdering af personer mistænkt for sygdom	393 (13)	19.352 (21)	11.250 (17)	30.995 (19)
Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande	568 (19)	12.840 (14)	8.210 (12)	21.618 (13)
Symptomatisk hjertesygdom	60 (2)	5.721 (6)	6.937 (11)	12.718 (8)
Forgiftninger	510 (17)	5.195 (6)	684 (1)	6.389 (4)
Sindssygdomme	312 (10)	4.776 (5)	991 (2)	6.079 (4)
Andre sygdomme i nervesystem	102 (3)	3.698 (4)	2.071 (3)	5.871 (4)
Bronkitis, udvidede lunger og astma	92 (3)	2.578 (3)	2.707 (4)	5.377 (3)
Andre forkalkningsbetingede hjertesygdomme	0 (0)	2.323 (3)	2.654 (4)	4.977 (3)
Andre endokrine sygdomme, avitaminoser og stofskiftesygdomme	44 (1)	1.759 (2)	2.532 (4)	4.335 (3)
Sygdomme i blod og bloddannende organer	44 (1)	1.360 (1)	2.836 (4)	4.240 (3)
Akut hjerteinfarkt	1 (0)	1.748 (2)	2.036 (3)	3.785 (2)
Andre sygdomme i kredsløbsorganer	23 (1)	2.025 (2)	1.675 (3)	3.723 (2)
Tuberkulose, andre bakterielle sygdomme samt kønssygdomme	76 (2)	1.960 (2)	1.452 (2)	3.488 (2)
Karsygdomme i hjerne	3 (0)	1.237 (1)	2.247 (3)	3.487 (2)
Lungebetændelse	45 (1)	1.594 (2)	1.633 (2)	3.272 (2)
Øvrige	783 (26)	24.211 (26)	15.815 (24)	40.809 (25)
I alt	3.056 (100)	92.377 (100)	65.730 (100)	161.163(100)

Kilde: Statens Serum Institut

Variation over tid

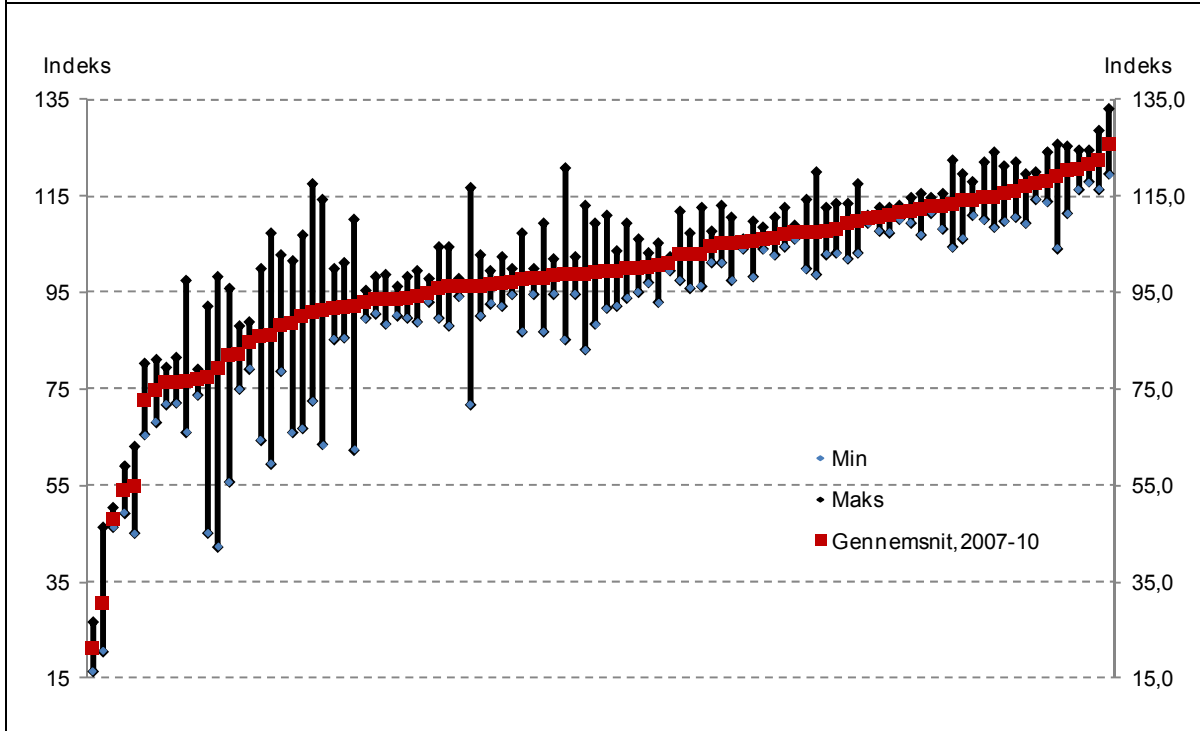
For at få et fingerpeg om betydningen af år-til-år variationen i kommunerne sammenholdes niveauet af korttidsindlæggelser (relativt til landsgennemsnittet) for hvert af årene 2007-2010 med det gennemsnitlige niveau for perioden 2007-2010. I figur 5.23 udgør den røde kurve det gennemsnitlige niveau i perioden 2007-2010 for hver enkelt kommune, mens de horisontale linjer viser variation årene imellem. Længden af den horisontale linje giver et fingerpeg om betydningen af variationen fra år til år i den enkelte kommune.

Af figuren fremgår det endnu en gang, at der er en markant kommunal variation i antallet af korttidsindlæggelser. Ligeledes fremgår det, at der fra år-til-år sker betydelige forskydninger i niveauet af korttidsindlæggelser relativt til landsgennemsnittet for en række kommuner. Disse forskydninger kan dels være udtryk for tilfældige variationer eller et resultat af målrettede indsatser mod nedbringelse af uhensigtsmæssige indlæggelser i nogle kommuner. Desuden er en række af de største forskydninger af registreringsteknisk karakter. Som beskrevet tidligere er niveauet af korttidsindlæggelser undervurderet i Region Sjælland, da regionen registrerings-

mæssigt er organiseret som et sygehus. Denne praksis blev indført i løbet af 2009, hvorfor niveauet af korttidsindlæggelser er faldet betragteligt for en række kommuner i Region Sjælland fra 2007 til 2010 på grund af rent tekniske forhold.

Figur 5.23

Andel korttidsindlæggelser (pct. af akutte indlæggelser) fordelt på kommuner, gennemsnit for årene 2007-2010, indeks hele landet=100.



Anm.: De røde punkter angiver kommunens andel af korttidsindlæggelser i forhold til landsgennemsnittet for årene 2007-10. Punkterne under (over) kurven angiver andelen i det år, hvor den er lavest (højest) i forhold til landsgennemsnittet. Data er køns- og aldersstandardiseret.
Kilde: Statens Serum Institut

Omvendt kan det konstateres at – på trods af variationer fra år-til-år – er der en række kommuner, som konsistent år efter år har et enten entydigt højt eller lavt niveau af korttidsindlæggelser sammenlignet med de øvrige kommuner.

Overordnet kan det konstateres, at det kan være nødvendigt med en vis varsomhed i forhold til at basere konklusioner på resultater fra et enkelt år, men at variationen kommunerne imellem langt fra alene kan tilskrives tilfældige variationer eller særlige omstændigheder i et enkelt år.

6. Udvalgte patientgrupper

6.1 Sammenfatning

Kapitel 5 fokuserede på den bagvedliggende aktivitet for kommunernes medfinansieringsudgifter samt 3 indikatorer – udvalgte forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser - der vurderes at være særlig relevante for kommunernes forebyggelsesindsats. I næværende kapitel analyseres kommunale forskelle i sundhedsforbruget, herunder for de tre indikatorer, for forskellige patient- og borgergrupper. Kapitlet sætter fokus på borgere med kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter, og deres forbrug i det regionale somatiske sygehusvæsen og praksissektoren samt de tilhørende kommunale medfinansieringsudgifter.

Omkring 1 mio. danskere eller knap $\frac{1}{4}$ af den voksne befolkning lider af en eller flere af fire udvalgte kroniske sygdomme; diabetes, knogleskørhed og leddegigt, hjertekarsygdomme og kroniske lungesygdomme.²² Heraf er omkring halvdelen personer på 65 år eller derover. Til sammenligning udgør personer på 65 år eller derover 17 pct. af befolkningen. Omkring $\frac{1}{4}$ af alle personer med kronisk sygdom har to eller flere samtidige kroniske sygdomme, mens det er tilfældet for omkring $\frac{1}{3}$ af personer med kronisk sygdom på 65 år eller derover. Godt 100.000 personer kan kategoriseres som ældre medicinske patienter, hvoraf omkring 90 pct. har en eller flere kroniske sygdomme. Det store sammenfald bevirker, at kommunernes indsatser mod de to patientgrupper ofte samtænkes, hvorfor også nærværende kapitel analyserer dem i sammenhæng.

Forekomsten af kronisk sygdom er tiltagende med alderen. For de yngste aldersgrupper er andelen af personer der lider af en af de fire udvalgte kroniske sygdomme 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 en eller flere kroniske sygdomme, mens andelen er omkring $\frac{2}{3}$ for personer på 75 år eller derover. Overordnet set er godt halvdelen af alle personer med kronisk sygdom dog under 65 år.

Geografisk set er der en vis spredning i omfanget af personer med kronisk sygdom. Der er en overvægt af kommuner med forholdsvis få kronisk syge i hovedstadsområdet samt i og omkring de større byer, dog med undtagelse af kommunerne på den københavnske vestegn. Omvendt er der forholdsvis mange personer med kronisk sygdom i kommunerne i Nordjylland, det sydvestlige Jylland, på Fyn (med undtagelse af Odense kommune) og det sydvestlige Sjælland samt Lolland og Falster. Når der tages højde for forskelle i kommunernes køns- og aldersfordeling er variationen i antallet af borgere med kronisk sygdom på tværs af kommuner imidlertid betydeligt mindre.

Ressourcetrækket i det regionale sundhedsvæsen er markant højere blandt personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter. Kommunernes udgifter til medfinansiering af personer med kronisk sygdom udgør således omkring 45 pct. af de samlede medfinansieringsudgifter, mens udgifterne til personer med kronisk sygdom på 65 år eller derover alene udgør $\frac{1}{4}$. På trods af, at gruppen af ældre medicinske patienter kun udgør omkring 2 pct. af befolkningen, udgør deres sundhedsforbrug omkring 15 pct. af kommunernes udgifter til medfinansiering. Der er således tale om patientgrupper hvis størrelse og tyngde af sundhedsforbruget betyder, at de er genstand for interesse i forebyggelsesøjemed.

Det høje ressourcetræk blandt personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter materialiserer sig i en betydeligt højere indlæggelseshyppighed, flere ambulante besøg, flere kontakter til almen praksis samt ydelser i praksissektoren i øvrigt. Samlet set er de gennemsnitlige sundhedsudgifter omkring tre gange højere

²² Bemærk, at Sundhedsstyrelsen desuden inkluderer personer med udvalgte kroniske psykiske sygdomme i deres opgørelse af antallet af personer med kronisk sygdom (Monitorering af kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen, 2011). Inkluderes endvidere psykiske sygdomme er der ca. 1,3 mio. personer med kronisk sygdom pr. ultimo 2010.

for personer med kronisk sygdom i forhold til den resterende befolkning for personer på 18-64 årige, mens de er halvanden gange højere for personer på 65 år eller derover. De ældre medicinske patienter har i gennemsnit mere end tre gange højere sundhedsudgifter end den resterende ældre befolkning.

Der er betydelig kommunal variation i forbruget af sundhedsydelse blandt personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter. Kommunerne imellem varierer de gennemsnitlige sundhedsudgifter med ca. 40 pct. fra knapt 25.000 til 35.000 kr. pr. person med kronisk sygdom. Der er inden for alle regioner betydelig forskel på kommunerne med henholdsvis de laveste og højeste sundhedsudgifter. Der er ligeledes betydelig kommunal variation i antallet af indlæggelser, ambulante behandlinger og kontakter i almen praksis, idet forskellen mellem kommunerne er henholdsvis omkring 65, 100 og 45 pct. Geografiske forskelle indikerer en vis substitution mellem indlæggelse og ambulante behandling på sygehus henholdsvis mellem ambulante behandling på sygehus og besøg i almen praksis.

Fokuseres på tre udvalgte indlæggelsestyper – udvalgte forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser - hvor forebyggelsespotentialet er særlig stort, er merforbruget blandt personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter endnu mere markant. Således forekommer godthaldelen af henholdsvis de forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser blandt personer med kronisk sygdom. Til sammenligning udgør gruppen omkring ¼ af den voksne befolkning. Gruppen af ældre medicinske patienter, som kun udgør ca. 2 pct. af den samlede befolkning, tegner sig alene for med end ¼ af alle de tre indlæggelsestyper. I arbejdet med at nedbringe omfanget af disse indlæggelsestyper – som i et vist omfang må opfattes som uhensigtsmæssige – er det således hensigtsmæssigt at fokusere på gruppen af personer med kronisk sygdom samt de ældre medicinske patienter.

På tværs af kommuner og regioner er der betydelig forskel i omfanget af de tre indlæggelsestyper.

6.2 Borgere med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter

Antallet af borgere med kroniske sygdomme er stigende i Danmark. En lang række mennesker lever i dag med en eller flere kroniske sygdomme og følgerne heraf. Borgere med kroniske sygdomme har et større forbrug af sundhedsydelser og trækker således på en væsentlig del af de samlede ressourcer i sundhedsvæsenet. Samtidig ændres befolkningssammensætningen over de næste årtier sig mod stadigt flere ældre mennesker og relativt færre personer i den erhvervsdygtige alder. I det kommende tiår bliver der således 200.000 yderligere ældre over 65 år. Vi vil i fremtiden alt andet lige derfor se en stigning i antallet af ældre medicinske patienter.

I dette afsnit beskrives og analyseres grupperne af borgere med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter. Nedenfor i boks 6.1 defineres de to patientgrupper.

Boks 6.1

Definitioner

Definition af personer med kronisk sygdom

Patientgruppen af personer med kronisk sygdom er defineret ud fra Sundhedsstyrelsens algoritme for monitorering af kronisk sygdom. I nærværende publikation belyses følgende kroniske sygdomme:

- Diabetes
- Hjertekarsygdomme
- Kroniske lungesygdomme
- Knogleskørhed og leddegigt

Til identifikation af patientgrupperne er anvendt de nationale sundhedsregistre inden for tre områder; sygehuskontakt, lægemiddelforbrug og ydelser omfattet af den offentlige sygesikring. En borger inkluderes i en given patientgruppe, hvis et eller flere inklusionskriterier er opfyldt. Sygehuskontakter op til fem år før opgørelsestidspunktet inkluderes, mens der ses på det seneste års lægemiddelforbrug og det seneste års sygesikringsydelser. Identifikation af patientgruppen af diabetikere er baseret på Sundhedsstyrelsens Diabetesregister.

Kun personer der er 18 år eller derover på opgørelsestidspunktet inkluderes. Ligeledes inkluderes alene borgere, som er levende på opgørelsestidspunktet, dvs. pr. 31. december 2010. Det bemærkes, at den samme borger kan have mere end én kronisk sygdom, og derved indgå i flere af de ovenstående patientgrupper.

Bemærk, at Sundhedsstyrelsen desuden inkluderer personer med udvalgte kroniske psykiske sygdomme i deres opgørelse af antallet af personer med kronisk sygdom. Bortset fra dette afviger nærværende opgørelse ikke fra Sundhedsstyrelsens.

Definition af ældre medicinske patienter

Ældre medicinske patienter afgrænses til personer på 65 år og derover, som i løbet af et givent år har været indlagt på en medicinsk afdeling.

Patienter, som i året er behandlet for kræft, indgår ikke i afgrænsningen.

For at sikre overensstemmelse med afgrænsningen af kronisk syge inkluderes alene borgere, som er levende på opgørelsestidspunktet, dvs. pr. 31. december 2010.

Udgangspunktet for analysen er en registerbaseret opgørelse af patientgrupperne og deres forbrug af sundhedsydelser på tværs af kommuner. Analyser baseret på en veldefineret og afgrænset population har en særlig styrke, da det giver mulighed for at følge borgere med særlige karakteristika – en given population – på tværs af sygdomme, sygehuse, praksissektor og kommuner, jf. **boks 6.2** nedenfor.

Boks 6.2

Analyser med udgangspunkt i afgrænsede populationer

I typiske analyser omhandlende aktivitet i sundhedsvæsenet anvendes forskellige registre som eksempelvis Landspatientregisteret. Landspatientregisteret er et kontaktbaseret register, hvor alle borgeres kontakter (ambulant besøg, indlæggelse mv.) med sygehusene registreres. Til hver kontakt er knyttet en række oplysninger som eksempelvis alder, bopæl, diagnose, behandling, dato for kontakt, mv. På baggrund heraf kan der tegnes et billede af sygehusforbruget baseret på hele registerets population – dvs. alle borgere i kontakt med sygehusvæsenet. Disse kan grupperes efter de oplysninger, der er knyttet til kontakterne som eksempelvis alder, bopæl og diagnose. Dette giver mulighed for at lave opgørelser opgjort på udvalgte diagnoser som eksempelvis KOL. Dette giver imidlertid ikke umiddelbart mulighed for at følge KOL-patientens eller diabetikerens øvrige aktivitet i sygehusvæsenet – eksempelvis i forbindelse med diverse følgesygdomme og tilstande relateret til den primære kroniske lidelse. Dette fordi registeret er kontaktbaseret og ikke forløbsbaseret.

En metode til at tilføje kontaktbaserede oplysninger et vist forløbselement, således at eksempelvis diabetikeres samlede forbrug af sundhedsydelser kan følges på tværs af diagnoser, er ved at lave afgrænsede populationer, der har fælles karakteristika. Det kan være diabetikere, KOL-patienter eller ældre medicinske patienter. Med en sådan afgrænsning kan alle typer ydelser vedrørende den givne population analyseres.

6.2.1 Antallet af borgere med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter

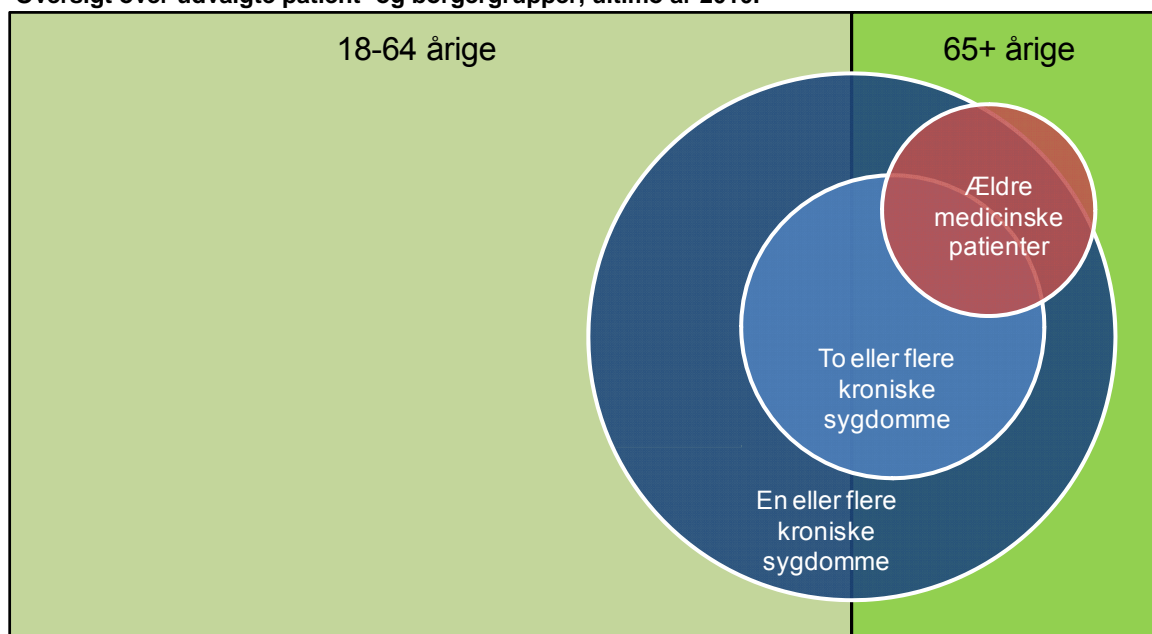
Omkring 1 mio. borgere er kronisk syge med en eller flere af de fire udvalgte kroniske sygdomme.²³ Heraf er omkring halvdelen under 65 år, mens den resterende halvdel er 65 år eller mere. Omkring 1/4 af alle personer med kronisk sygdom har to eller flere kroniske sygdomme, mens det er tilfældet for omkring 1/3 af personer med kronisk sygdom på 65 år eller derover.

Antallet af ældre medicinske patienter var i 2010 godt 100.000 personer, heraf omkring 90.000 havde en eller flere kroniske sygdomme svarende til knapt 90 pct. af de ældre medicinske patienter. Der er således et stort sammenfald mellem gruppen af kronisk syge og gruppen af ældre medicinske patienter, hvorfor de to patientpopulationer analyseres i sammenhæng.

Størrelsen af og sammenhængen mellem grupperne af personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter er illustreret nedenfor i figur 6.1.

Figur 6.1

Oversigt over udvalgte patient- og borgergrupper, ultimo år 2010.



Anm.: Figuren tilstræber at illustrere de udvalgte patient- og borgergrupper i det rigtige størrelsesforhold, men er på nuværende tidspunkt ikke 100 pct. præcist.

Mest udbredt blandt de kroniske sygdomme er hjerte-karsygdomme, som 12 pct. af den samlede befolkning og 44 pct. af befolkningen over 65 år lider af. Godt 5 pct. af befolkningen har henholdsvis diabetes eller kronisk lungesygdom, mens godt 2 pct. har knogleskørhed og/eller leddegigt.

Omkring 275.000 personer – svarende til ca. hver fjerde borger med kroniske sygdomme – har mere end én kronisk sygdom, mens den resterende gruppe af personer med kronisk sygdom har én af de udvalgte kroniske sygdomme, jf. tabel 6.1. Omkring 2/3 af gruppen af borgere med to eller flere kroniske sygdomme er 65 år eller

²³ Bemærk, at Sundhedsstyrelsen desuden inkluderer personer med udvalgte kroniske psykiske sygdomme i deres opgørelse af antallet af personer med kronisk sygdom (Monitorering af kronisk sygdom, Sundhedsstyrelsen, 2011). Inkluderes endvidere psykiske sygdomme er der ca. 1,3 mio. personer med kronisk sygdom pr. ultimo 2010.

mere, svarende til at omkring $\frac{1}{3}$ af de ældre kronisk syge har mere end én kronisk sygdom. De multisyge er således væsentligt overrepræsenteret blandt de ældre personer med kronisk sygdom.

Tabel 6.1

Antal borgere med kronisk sygdom og udgifter til medfinansiering heraf fordelt efter sygdomsgruppe og antallet af kroniske sygdomme, 2010.

	Antal tusinde per- soner (pct. af ind- byggere)	Medfinansierings- udgifter (pct. af samlet udgift)	Antal tusinde per- soner (pct. af al- dersgruppens indbyggere)	Medfinansierings- udgifter (pct. af aldersgruppens udgifter)
	<i>Personer på 18 år eller derover</i>		<i>Personer på 65 år eller derover</i>	
Personer med kroniske sygdomme	1.029 (23,8)	4.251 (46,2)	524 (57,0)	2.455 (66,7)
- heraf med diabetes	284 (6,5)	1.283 (14,0)	144 (15,6)	731 (19,8)
- heraf med hjerte-karsygdomme	656 (15,1)	3.141 (34,2)	403 (43,9)	2.032 (55,2)
- heraf med kroniske lungesygdomme	279 (6,4)	1.167 (12,7)	110 (12,0)	635 (17,2)
- heraf med knogleskørhed og leddegigt	124 (2,9)	662 (7,2)	84 (9,1)	466 (12,6)
- heraf med én kronisk sygdom	757 (17,5)	2.621 (28,5)	340 (37,0)	1.329 (36,1)
- heraf med to kroniske sygdomme	233 (5,4)	1.288 (14,0)	154 (16,7)	867 (23,5)
- heraf med tre kroniske sygdomme	37 (0,9)	311 (3,4)	28 (3,1)	234 (6,4)
- heraf med fire kroniske sygdomme	3 (0,1)	31 (0,3)	2 (0,2)	24 (0,7)
Ældre medicinske patienter	103 (2,4)	1.344 (14,6)	103 (11,2)	1.344 (36,5)
- heraf personer med kroniske sygdomme	91 (2,1)	1.223 (13,3)	91 (9,9)	1.223 (33,2)

Anm.: Den samme person kan have mere end én kronisk sygdom, hvorfor antallet af personer i de enkelte sygdomsgrupper ikke summer til antallet af personer med kronisk sygdom i alt. Andele i parentes er beregnet med udgangspunkt i aldersgruppens størrelse hhv. samlede medfinansieringsudgift.

Kilde: Statens Serum Institut

Ressourcetrækket i det regionale sundhedsvæsen blandt personer med kronisk sygdom er væsentligt højere end for befolkningen i øvrigt. Kommunernes udgifter til medfinansiering af personer med kronisk sygdom udgjorde således i 2010 ca. 4,25 mia. kr. svarende til ca. 45 pct. af de samlede medfinansieringsudgifter, jf. tabel 6.1. Medfinansieringsudgifterne til personer med kronisk sygdom over 65 år udgjorde alene ca. 2,5 mia. kr., svarende til 26 pct. af de samlede medfinansieringsudgifter. Der er således tale om en patientgruppe hvis størrelse og tyngde betyder, at de udgør en væsentlig del af det samlede ressourcetræk i sundhedsvæsenet, og alene derfor er genstand for interesse i forebyggelsesøjemed. Dels i form af fremadrettet borgerrettet forebyggelse med henblik på at nedbringe antallet af nye personer med kronisk sygdom, dels i form af patientrettet forebyggelse til borgere, der allerede har udviklet kronisk sygdom.

Ressourcetrækket hos de ældre medicinske patienter, hvoraf størstedelen har én eller flere kroniske sygdomme, er endnu mere markant. Mens de ældre medicinske patienter udgør omkring 10 pct. af befolkningen på 65 år eller derover, udgør deres sundhedsforbrug omkring $\frac{1}{3}$ del af kommunernes udgifter til medfinansiering af den ældre befolkning eller knapt 15 pct. af udgifterne til den samlede voksne befolkning.

6.2.2 Karakteristika for personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter

Forekomsten af kronisk sygdom er tiltagende med alderen, jf. figur 6.2. 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 $\frac{2}{3}$ for de to ældste aldersgrupper. Den gennemsnitlige alder blandt borgere med

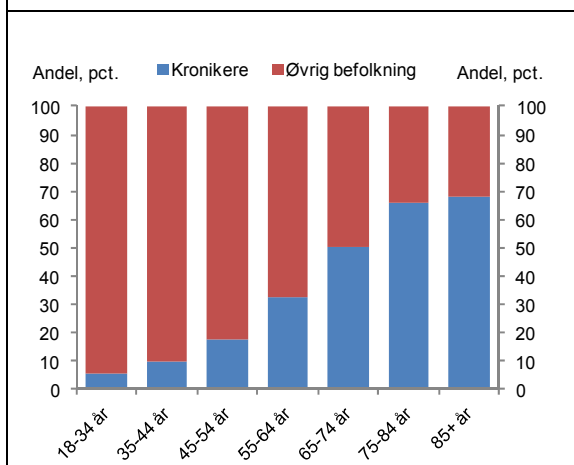
kronisk sygdom er således 63 år, mens den typiske person med kronisk sygdom har en alder på 65 år (median-alderen).

Der er endvidere en smule flere kvinder end mænd blandt borgere med kronisk sygdom. Således er 46 pct. af personer med kronisk sygdom mænd, mens 54 pct. er kvinder.

I absolutte termer, er der dog stadig et væsentligt antal borgere med kronisk sygdom også blandt de yngre aldersgrupper. Således er der næsten 150.000 personer med kronisk sygdom blandt de 45-54 årige, næsten 250.000 blandt de 55-64 årige, godt 250.000 blandt de 65-74 årige og ca. 180.000 blandt de 75-84 årige, jf. figur 6.3. Relevansen af kommunernes patientrettede forebyggelsesindsatser målrettet personer med kronisk sygdom er således ikke alene begrænset til kommunens ældste borgere.

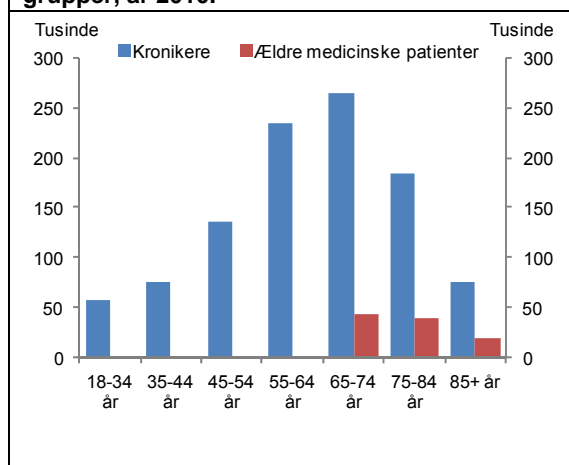
De ældre medicinske patienter er definatorisk alle 65 år eller derover. Godt 40 pct. er i aldersgruppen 65-74 år, knapt 40 pct. er mellem 75-84 år, mens 20 pct. er 85 år eller derover, jf. figur 6.3. Den gennemsnitlige ældre medicinske patient er 76 år og kvinde.

Figur 6.2
Andel personer med kronisk sygdom fordelt på aldersgrupper, år 2010.



Kilde: Statens Serum Institut

Figur 6.3
Antal personer med kronisk sygdom samt ældre medicinske patienter fordelt på aldersgrupper, år 2010.



Kilde: Statens Serum Institut

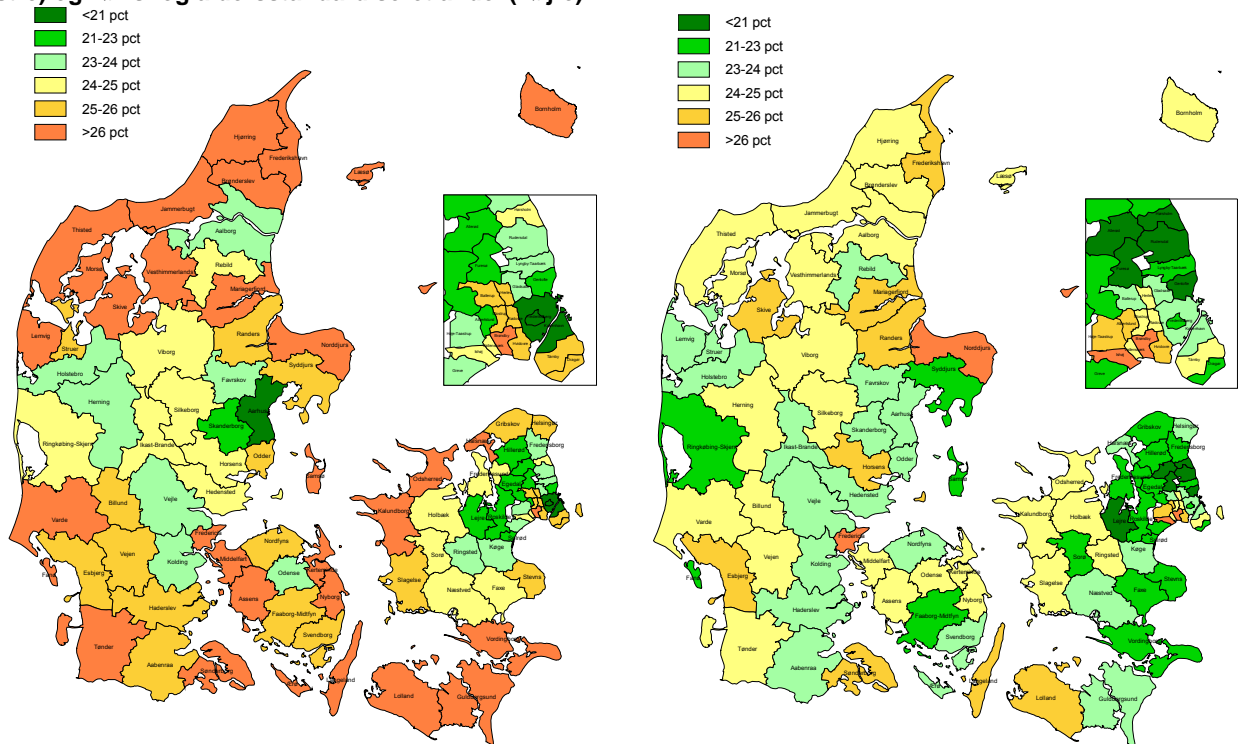
Geografisk set er der en vis spredning i antallet af personer med kronisk sygdom pr. 1.000 borgere, jf. Figur 6.4 (venstre del). Der er således en overvægt af kommuner med forholdsvis få kronisk syge borgere i hovedstadsområdet, dog med undtagelse af kommunerne på den københavnske vestegn. Det kan ligeledes konstateres, at der er forholdsvis få kronisk syge i kommunerne i og omkring de større byer. Omvendt er der forholdsvis mange personer med kronisk sygdom i kommunerne i Nordjylland, det sydvestlige Jylland, på Fyn (med undtagelse af Odense Kommune) og det sydvestlige Sjælland samt Lolland og Falster.

Da forekomsten af kronisk sygdom er tiltagende med alderen, jf. ovenfor, er det hensigtsmæssigt at tage højde for forskelle i køns- og alderssammensætning, når andelen af personer med kronisk sygdom i kommunerne opgøres. Efter standardisering for køn og alder findes således et noget anderledes billede af den geografiske sammensætning, jf. figur 4.6 (højre del). Det laveste antal personer med kronisk sygdom findes hovedsageligt i kommunerne i Nord- og Østsjælland samt i en række jyske kommuner, mens tendensen til færre kronisk syge i de større byer er mindre udpræget. Det lave antal personer med kronisk sygdom i og omkring de større byer kan således i nogen grad tilskrives, at befolkningen i disse kommuner er forholdsvis ung. Om-

vendt er der systematisk en overvægt af kommuner med mange kronisk syge på den Københavnsk vestegn samt i Nordjylland.

Figur 6.4

Antal personer med kronisk sygdom, andel af befolkningen på 18 år eller derover – hhv. faktisk andel (venstre) og køns- og aldersstandardiseret andel (højre)



Faktisk andel, pct.

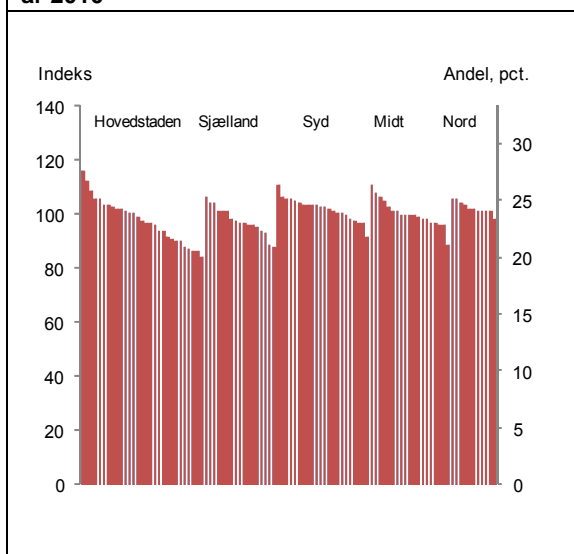
Standardiseret andel, pct.

Anm: Data i højre side af figuren er køns- og aldersstandardiseret. Den landsgennemsnitlige andel af personer med kronisk sygdom er den samme i de to figurer.

Kilde: Statens Serum Institut

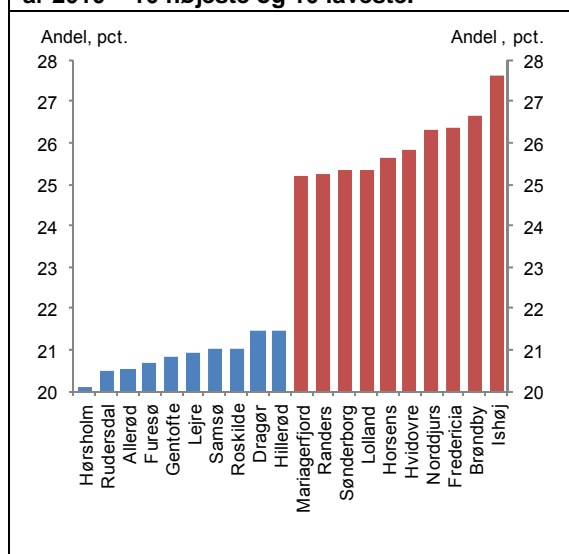
Som beskrevet ovenfor er der nogen variation i forekomsten af personer med kronisk sygdom kommunerne i mellem. Således varierer andelen af personer på 18 år eller derover med en eller flere kroniske sygdomme fra ca. 20 til ca. 28 pct., jf. figur 6.5 og figur 6.6. På tværs af de fem regioner er forskellene forholdsvist begrænsede, mens der inden for de enkelte regioner ses en del kommunal variation. De største forskelle mellem kommunerne findes i Region Hovedstaden, hvor nogle kommuner har væsentligt færre borgere med kronisk sygdom end på landsplan, mens andre kommuner har væsentligt flere end på landsplan.

Figur 6.5
Andel personer med kronisk sygdom i kommunen, pct. af borgere på 18 år eller derover, år 2010



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
 Kilde: Statens Serum Institut

Figur 6.6
Andel personer med kronisk sygdom i kommunen, pct. af borgere på 18 år eller derover, år 2010 – 10 højeste og 10 laveste.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
 Kilde: Statens Serum Institut

Personer med kroniske sygdomme indlægges med et bredt spektrum af forskellige diagnoser. En betydelig del af indlæggelserne sker med henblik på undersøgelse og lægelig observation eller uden at en klar diagnose kan fastslås under indlæggelse. En betydelig del af personer med kronisk sygdom indlægges med forskellige hjertesygdomme, KOL og slidgigt, dvs. indlæggelser der er direkte relateret til deres kroniske sygdom.

Tabel 6.2
Sygehusindlæggelser fordelt efter aktionsdiagnose, år 2010, antal (pct. af alle indlæggelser i aldersgruppen).

Diagnosegruppe	Personer med kroniske sygdomme			Ældre medicinske patienter
	18-64 år	65+ år	I alt	
Personer i kontakt med læge eller sygehus med henblik på undersøgelse og observation	17.596 (9)	19.594 (7)	37.190 (8)	17.314 (8)
Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande	14.222 (7)	20.028 (7)	34.250 (7)	16.715 (8)
Symptomatisk hjertesygdom	12.474 (6)	20.479 (7)	32.953 (7)	20.063 (10)
Undersøgelser, forebyggende forholdsregler mm. af personer uden sygdomstegn eller uden oplysning om diagnose	7.805 (4)	12.344 (4)	20.149 (4)	10.242 (5)
Andre forkalkningsbetingede hjertesygdomme	8.832 (4)	11.059 (4)	19.891 (4)	10.621 (5)
Bronkitis, udvidede lunger (herunder KOL) og astma	5.832 (3)	9.745 (4)	15.577 (3)	9.374 (5)
Lungebetændelse	4.447 (2)	10.889 (4)	15.336 (3)	11.148 (5)
Slidgigt og beslægtede tilstande	4.225 (2)	9.734 (4)	13.959 (3)	2.757 (1)
Karsygdomme i hjerne	4.920 (2)	8.055 (3)	12.975 (3)	7.667 (4)
Andre og ikke specificerede skader ved ydre påvirkning	5.531 (3)	7.329 (3)	12.860 (3)	3.496 (2)
Akut hjerteinfarkt	5.539 (3)	7.075 (3)	12.614 (3)	6.901 (3)
Andre endokrine sygdomme, avitaminoser og stofskiftesygdomme	5.153 (3)	7.038 (3)	12.191 (3)	7.154 (3)

Andre sygdomme i kredsløbsorganer	4.959 (2)	7.193 (3)	12.152 (3)	5.043 (2)
Andre sygdomme i nervesystem	5.406 (3)	5.724 (2)	11.130 (2)	5.809 (3)
Andre sygdomme i urinorganer	3.999 (2)	7.103 (3)	11.102 (2)	6.075 (3)
Øvrige diagnoser	88.547 (44)	110.939 (40)	199.486 (42)	65.362 (32)
I alt	199.487 (100)	274.328 (100)	473.815 (100)	205.741 (100)

Anm.: Diagnoserne er inddelt efter 99-grupperingen.
Kilde: Statens Serum Institut

6.3 Personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienters forbrug af sundhedsydelse

Borgere med kronisk sygdom optager en væsentlig del af ressourcerne i sundhedsvæsenet. Der er således et markant højere forbrug af sundhedsydelse blandt personer med kronisk sygdom i forhold til den resterende del af befolkningen, *jf. tabel 6.3*. Særligt blandt de yngre personer med kronisk sygdom kan der konstateres et merforbrug i forhold til personer uden kronisk sygdom. Mens de gennemsnitlige regionale, somatiske sundhedsudgifter i 2010 til personer uden kronisk sygdom i aldersgruppen 18-64 år var ca. 8.000 kr., var udgifterne til personer med kronisk sygdom godt tre gange højere (ca. 26.000 kr), og godt fem gange højere for personer med to eller flere kroniske sygdomme (ca. 44.000).²⁴

Blandt de ældre (65+ årige) er forskellen i ressourcetrækket mellem personer med og uden kronisk sygdom mindre udtalt. I gennemsnit er sundhedsudgifterne til en person med kronisk sygdom således knap halvanden gang højere end personer uden kronisk sygdom (ca. 34.000 kr. mod ca. 24.000 kr.), mens det er knapt to gange højere for personer med mere end én kronisk sygdom (ca. 44.000 kr.). Det højere ressourcetræk i det somatiske sundhedsvæsen betyder, at kommunerne ligeledes har udgifter til medfinansiering af personer med kronisk sygdom. De gennemsnitlige medfinansieringsudgifter er således hhv. knapt tre gange og halvanden gang højere for personer med kronisk sygdom i forhold til den resterende befolkning for hhv. de 18-64 årige og de 65+ årige.

Det højere ressourcetræk blandt kronisk syge skyldes bl.a. en betydelig højere indlæggeshyppighed i forhold til personer uden kronisk sygdom. Henholdsvis 21 og 27 pct. af personer med kronisk sygdom på 18-65 år og 65 år eller derover indlægges på sygehus i løbet af et år, mens de tilsvarende rater for personer uden kronisk sygdom er hhv. 9 og 18 pct. Den højere indlæggeshyppighed afspejler sig ligeledes i antallet af indlæggelser pr. person. Tilsvarende er der blandt personer med kronisk sygdom en væsentlig højere andel med kontakt til sygehusvæsenet enten i form af indlæggelser eller ambulante behandling. Således har hhv. 63 og 68 pct. af de kronisk syge på 18-64 år og 65 år eller derover kontakt til sygehuse i løbet af et år, mens det gælder for hhv. 36 og 51 pct. af den resterende befolkning uden kronisk sygdom. Dette giver sig udslag i markant flere ambulante besøg for personer med kronisk sygdom.

Gruppen af kronisk syge i alderen 18-64 år har med 2,8 ambulante besøg pr. person således 3½ gange flere besøg end gruppen af personer uden kronisk sygdom. For personer på 65 år eller derover har personer med kronisk sygdom knapt det dobbelte antal ambulante besøg.

²⁴ De regionale, somatiske sundhedsudgifter er her opgjort som produktionsværdien af somatisk sygehusbehandling samt bruttohonoreret ved somatisk behandling i praksissektoren.

Tabel 6.3

Udgifter, indlæggelser og ambulante besøg for personer med kronisk sygdom fordelt efter antallet af kroniske sygdomme, opgjort på aldersgrupper, 2010.

	Antal personer i gruppen, tusinde	Sundhedsudgifter pr. person, kr. ¹⁾	Medfinansieringsudgift pr. person, kr.	Andel		Antal ambulante besøg pr. 1000 personer	
				personer i gruppen med indlæggelse på sygehus, pct.	Andel med kontakt til sygehuset, pct.		
<i>Personer 18-64 år</i>							
Aldersgruppen generelt	3.414	10.712	1.615	11	40	167	1.132
Personer uden kroniske sygdomme	2.909	8.004	1.278	9	36	127	839
Personer med kroniske sygdomme	504	26.324	3.559	21	63	395	2.819
- heraf med én kronisk sygdom	417	22.629	3.100	19	61	339	2.408
- heraf med to eller flere kroniske sygdomme	88	43.827	5.736	30	76	661	4.769
<i>Personer 65 år eller derover</i>							
Aldersgruppen generelt	919	29.603	4.007	23	61	450	2.489
Personer uden kroniske sygdomme	395	23.728	3.109	18	51	352	1.672
Personer med kroniske sygdomme	524	34.027	4.683	27	68	523	3.104
- heraf med én kronisk sygdom	340	28.274	3.909	23	64	418	2.609
- heraf med to eller flere kroniske sygdomme	184	44.650	6.112	35	76	717	4.018
Ældre medicinske patienter	91	97.413	13.063	100	100	2.000	5.868

Anm.: 1) Opgjort som produktionsværdien af somatisk sygehusbehandling samt bruttohonoreret ved somatisk behandling i praksissektoren. Kilde: Statens Serum Institut

De ældre medicinske patienter, som for 90 procent vedkommende har en eller flere kroniske sygdomme, har et endnu højere forbrug af sundhedsudgifter. De gennemsnitlige somatiske sundhedsudgifter for en ældre medicinsk patient er således knapt 100.000 mod ca. 30.000 for gruppen af personer på 65 år eller derover generelt. En del af årsagen hertil er, at de ældre medicinske patienter per definition har været indlagt mindst én gang i løbet af året.

Tabel 6.4

Fordeling af indlæggelser for befolkningen generelt og personer med kronisk sygdom, 2010, pct.

Procent	Hele befolkningen			Kronisk syge		
	Akutte	Elektive	I alt	Akutte	Elektive	I alt
Medicinske afdelinger	33	8	41	48	12	60
Kirurgiske afdelinger	27	18	45	18	17	35
Øvrige	10	4	14	3	2	5
I alt	70	30	100	68	32	100

Kilde: Statens Serum Institut

For så vidt angår personer med kronisk sygdom kan der konstateres nogen forskel i indlæggelsesmønstret i forhold til den resterende del af befolkningen, jf. tabel 6.4. Personer med kronisk sygdom indlægges således i højere grad på de medicinske afdelinger (60 pct. mod 40 pct. i befolkningen generelt), mens fordelingen mellem akut og elektiv behandling ikke adskiller sig markant.

Hovedparten af den løbende lægelige kontakt med personer med kronisk sygdom foregår i almen praksis. Det betyder at personer med kronisk sygdom har et betydeligt højere forbrug af ydelser i praksissektoren end den resterende del af befolkningen, *jf. tabel 6.5*. Det gennemsnitlige bruttohonorar per person med kronisk sygdom, og kommunernes medfinansiering heraf, er således hhv. ca. 80 pct. og 40 pct. større end for den resterende befolkning i aldersgrupperne 18-64 år og 65 år eller derover.

Tabel 6.5

Forbrug i praksissektoren opgjort for personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter fordelt på aldersgrupper, 2010.

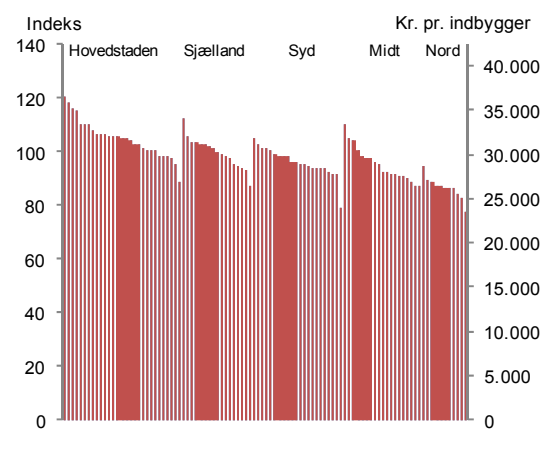
	Bruttohonorar i praksissektoren pr. person, kr.	Medfinansiering af praksissektoren pr. person, kr.	Antal ydelser i praksissektoren pr. 1.000 personer	Antal kontakter hos almen læge pr. 1.000 personer	Antal kontakter hos vagtlæge pr. 1.000 personer	Antal kontakter hos speciallæge pr. 1.000 personer
<i>Personer 18-64 år</i>						
Aldersgruppen generelt	1.559	240	13.136	6.386	263	889
Personer uden kroniske sygdomme	1.399	215	11.703	5.387	237	814
Personer med kroniske sygdomme	2.481	382	21.395	12.148	407	1.324
- heraf med én kronisk sygdom	2.327	360	20.026	11.029	376	1.268
- heraf med to eller flere kroniske sygdomme	3.209	486	27.882	17.452	556	1.590
<i>Personer 65 år eller derover</i>						
Aldersgruppen generelt	2.609	406	21.740	12.638	322	1.593
Personer uden kroniske sygdomme	2.109	333	17.127	8.508	281	1.384
Personer med kroniske sygdomme	2.987	460	25.215	15.748	352	1.750
- heraf med én kronisk sygdom	2.725	425	22.763	13.588	271	1.678
- heraf med to eller flere kroniske sygdomme	3.470	526	29.742	19.736	502	1.882
Ældre medicinske patienter	3.644	530	32.775	22.263	993	1.804

Kilde: Statens Serum Institut

Særlig markant er forskellen i antallet af kontakter i almen praksis. Den gennemsnitlige person med kronisk sygdom i aldersgruppen 18-64 år har således ca. 12 kontakter til almen praksis årligt, mens personer uden kronisk sygdom i gennemsnit har ca. 5,5. Personer med to eller flere kroniske sygdomme har årligt ca. 17,5 kontakter. For personer på 65 år eller derover er merforbrug blandt personer med kronisk sygdom noget mindre, da antallet af kontakter til almen praksis generelt er højere for personer i de ældre aldersgrupper. Personer med kronisk sygdom har ligeledes flere kontakter til vagtlæge og praktiserende speciallæger, men i mindre omfang end for almen praksis.

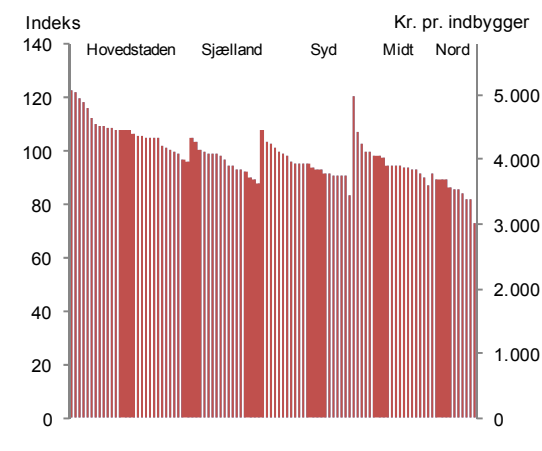
På tværs af regioner og kommuner kan der konstateres store variationer i forbruget af sundhedsydelser blandt personer med kronisk sygdom. Kommunerne imellem varierer de gennemsnitlige somatiske sundhedsudgifter fra knapt 25.000 kr. pr. person med kronisk sygdom til ca. 35.000 kr., svarende til en forskel på omkring 40 pct., *jf. figur 6.7*. Der er en overvægt af kommuner med relativt høje sundhedsudgifter pr. person med kronisk sygdom i Region Hovedstaden, mens kommunerne i Region Nordjylland generelt set har forholdsvist lave udgifter. Der er dog væsentlig variation blandt kommunerne inden for de enkelte regioner. Variationen i udgifterne til medfinansiering af somatisk aktivitet blandt personer med kronisk sygdom følger naturligt det samme overordnede billede som de samlede sundhedsudgifter, *jf. figur 6.8*.

Figur 6.7
Sundhedsudgifter til somatisk behandling pr. person med kronisk sygdom fordelt på kommuner, kr., år 2010.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret. Sundhedsudgifterne er opgjort som produktionsværdien af somatisk sygehusbehandling samt bruttohonoreret ved somatisk behandling i praksissektoren.
 Kilde: Statens Serum Institut

Figur 6.8
Medfinansiering af somatisk behandling pr. person med kronisk sygdom fordelt på kommuner, kr., år 2010.

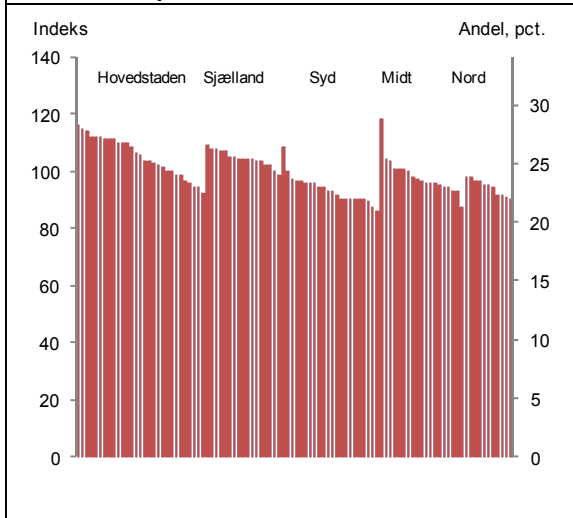


Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
 Kilde: Statens Serum Institut

Et væsentligt bidrag til det samlede forbrug af somatiske sundhedsydelse for personer med kroniske sygdomme, er antallet af indlæggelser. Det betyder at andelen af kronisk syge borgere, der årligt indlægges på sygehus fra en given kommune, har betydning for de kommunale medfinansieringsudgifter. På tværs af kommuner varierer andelen af kronisk syge, der indlægges på sygehus i løbet af et år fra ca. 20 pct. til 28 pct., jf. figur 6.9. Der er en tendens til, at flere kronisk syge borgere indlægges i kommunerne på Sjælland. Omvendt ligger andelen under landsgennemsnittet for samtlige kommuner i Region Syddanmark (med undtagelse af Esbjerg Kommune) og Region Nordjylland. Inddrages endvidere indlæggeshyppigheden, således at der ses på antallet af indlæggelser pr. person med kronisk sygdom, er variationen kommunerne i mellem noget større, jf. figur 6.10. Særligt har flere kommuner i Region Hovedstaden og Midtjylland forholdsvis mange indlæggelser pr. person med kronisk sygdom, mens alle kommuner i Region Syddanmark (med undtagelse af Esbjerg Kommune) og Region Nordjylland har færre indlæggelser pr. person med kronisk sygdom end landsgennemsnittet. Der kan inden for alle regioner, dog særligt i Region Hovedstaden, konstateres en betydelig variation mellem de enkelte kommuner.

Figur 6.9

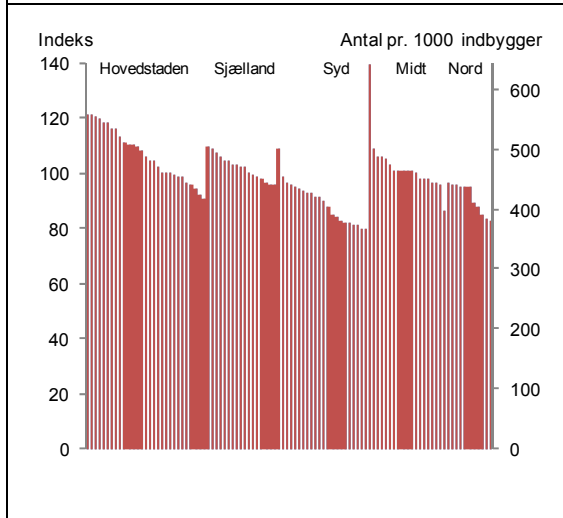
Andel personer med kronisk sygdom, der har været indlagt på sygehus i år 2010 fordelt på kommuner, pct.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

Figur 6.10

Antal sygehusindlæggelser pr. 1000 personer med kronisk sygdom fordelt på kommuner, år 2010.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

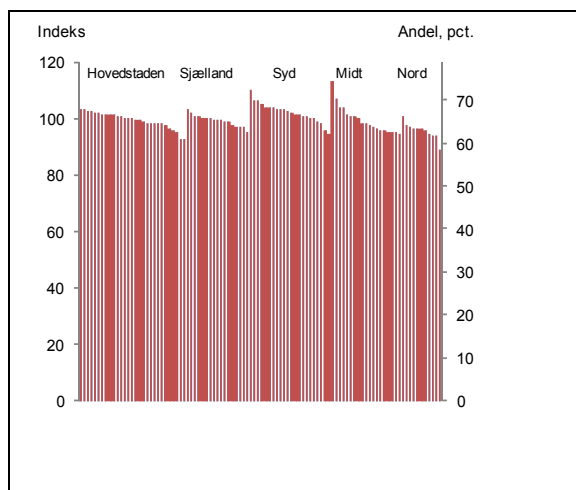
Foruden indlæggelse modtager en stor del af de kronisk syge borgere ambulante behandling på sygehus. Andelen af personer med kronisk sygdom, der i løbet af et år er i kontakt med et sygehus enten i form af indlæggelse eller ambulante behandling er på landsplan ca. 65 pct. Mellem kommunerne varierer andelen fra ca. 60 pct. til godt 70 pct., *jf. Figur 6.11*, hvilket er en noget mindre variation end for andelen af personer med kronisk sygdom der indlægges. Inddrages endvidere hyppigheden af den ambulante behandling, således at der i stedet ses på antallet af ambulante besøg pr. person med kronisk sygdom, er den kommunal variation betydeligt større. Antallet af ambulante besøg varierer således fra ca. 2 besøg pr. person med kronisk sygdom årligt til mere end 4 besøg på tværs af kommunerne, *jf. figur 6.12*. Der er særligt flere kommuner i Region Hovedstaden og Syddanmark, som har betydeligt flere ambulante besøg end landsgennemsnittet. Inden for de to regioner, er der dog ligeledes et antal kommuner med færre ambulante besøg end på landsplan. Samtlige kommuner i Region Sjælland og Nordjylland har færre ambulante besøg end landsgennemsnittet.

Figur 6.11

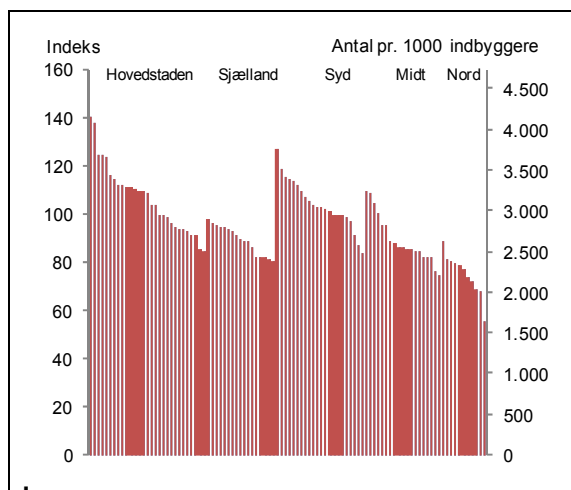
Andel personer med kronisk sygdom med kontakt til sygehus i år 2010 fordelt på kommuner, pct.

Figur 6.12

Antal ambulante besøg pr. 1000 personer med kronisk sygdom fordelt på kommuner, år 2010.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
 Kilde: Statens Serum Institut

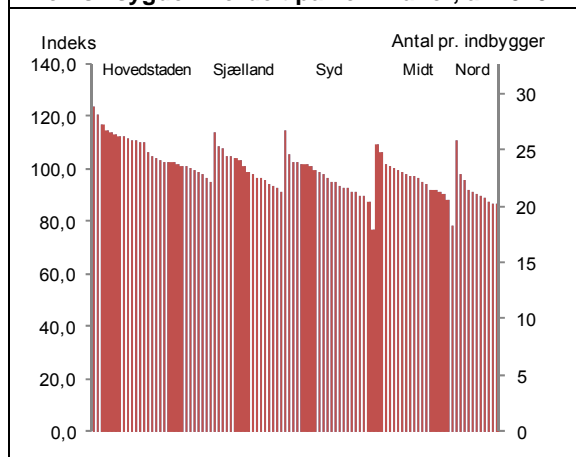


Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
 Kilde: Statens Serum Institut

En væsentlig del af den løbende behandling og regulering af personer med kronisk sygdom foregår i praksissektoren – primært i form af kontakter med alment praktiserende læge, men ligeledes i form af øvrige ydelser leveret i praksissektoren. I gennemsnit modtager den enkelte person med kronisk sygdom årligt ca. 23 ydelser fra praksissektoren. På tværs af kommuner varierer antallet fra under 20 til godt 28 ydelser pr. person med kronisk sygdom, svarende til en forskel på omkring 40 pct., *jf. figur 6.13*. Der er inden for de enkelte regioner store kommunale forskelle. Der er således i alle regioner en forskel på mere end 25 pct. mellem kommunerne med hhv. flest og færrest ydelser. Omvendt er der en overvægt af kommuner med forholdsvis mange ydelser i Region Hovedstaden.

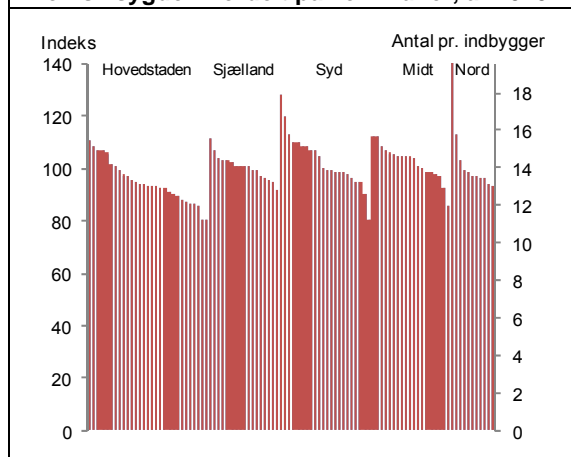
Fokuseres alene på antallet af *kontakter* i almen praksis findes et noget andet billede af de kommunale forskelle. På tværs af alle landets kommuner varierer antallet af kontakter hos egen læge fra ca. 11 til omkring 16, når der ses bort fra et par mindre øer, *jf. figur 6.14*. Variationen er særlig udtalt mellem kommuner inden for samme region, mens der er mindre forskelle regionerne imellem. Dog fremstår det, at en række kommuner i Region Hovedstaden har relativt få besøg i almen praksis per person med kronisk sygdom.

Figur 6.13
Antal ydelser i praksissektoren pr. person med kronisk sygdom fordelt på kommuner, år 2010.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
 Kilde: Statens Serum Institut

Figur 6.14
Antal kontakter i almen praksis pr. person med kronisk sygdom fordelt på kommuner, år 2010.



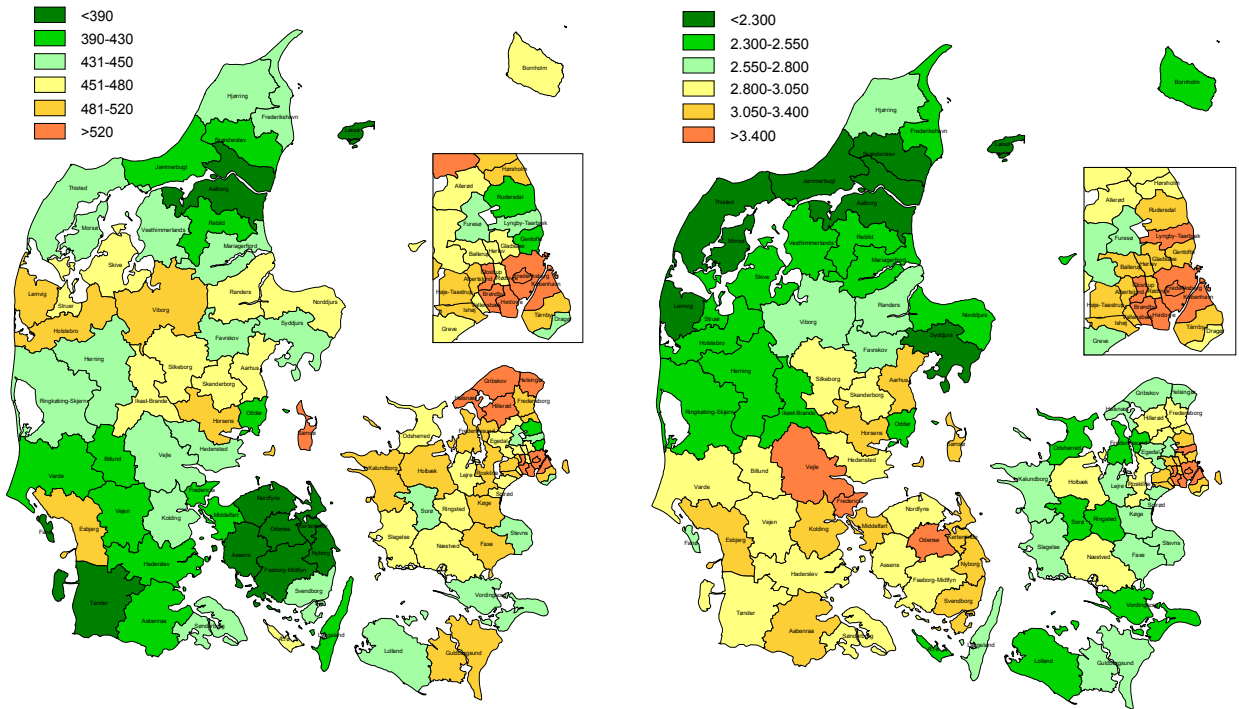
Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
 Kilde: Statens Serum Institut

På den følgende side er den kommunale variation i forbruget af sundhedsydelser blandt personer med kronisk sygdom afbilledet på tre landkort. Kortene giver et indtryk af de geografiske forskelle i benyttelsen af hhv. stationær og ambulante sygehusbehandling samt besøg i almen praksis blandt personer med kronisk sygdom. Det fremgår, at der i visse geografiske områder er forholdsvist få indlæggelser kombineret med et højt forbrug af ambulante kontakter eller omvendt. Eksempelvis har hovedparten af kommunerne i Region Syddanmark færre indlæggelser pr. person med kronisk sygdom end landsgennemsnittet, mens forbruget af ambulante ydelser er forholdsvist højt. Det omvendte billede ses fx blandt en række kommuner i Region Sjælland, i Nordsjælland samt det østlige Jylland. De geografiske forskelle indikerer at der kan være en vis sammenhæng mellem forbruget af sygehusindlæggelse og ambulante kontakter blandt personer med kronisk sygdom, om end billedet ikke er fuldstændigt entydigt.

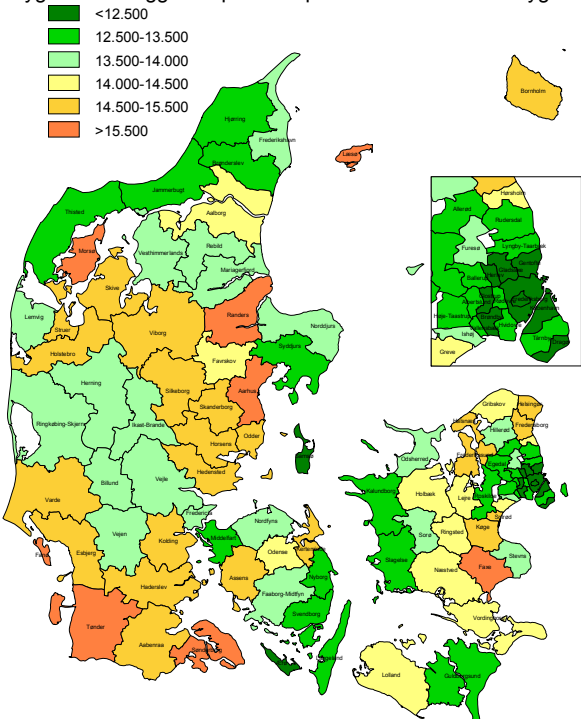
Tilsvarende er der geografiske områder med et forholdsvist højt forbrug af ambulante besøg kombineret med et forholdsvist lavt antal besøg i almen praksis eller omvendt. Mest i øjenfaldende har hovedparten af kommunerne i Københavnsområdet et højt forbrug af ambulante sygehusbehandling, mens personer med kronisk sygdom har forholdsvist få besøg i almen praksis. Modsat har en række kommuner i det østlige Jylland samt omkring Limfjorden et stort antal kontakter til almen praksis kombineret med et mere begrænset forbrug af ambulante kontakter på sygehus. Samlet set indikerer det, at der er geografiske forskelle i kronikerindsatsen i almen praksis, og forskelle i hvilke kronikergruppers løbende kontrol håndteres i hhv. ambulatorier og i almen praksis.

Figur 6.15

Antal indlæggelser (øverst til venstre), ambulante besøg (øverst til højre) og besøg i almen praksis (nederst) pr. 1000 personer med kronisk sygdom.



Sygehusindlæggelser pr. 1000 personer med kronisk sygdom



Ambulante besøg pr. 1000 personer med kronisk sygdom

Besøg i almen praksis pr. 1000 personer med kronisk sygdom
 Anm.: Data er standardiseret for køn og alder.
 Kilde: Statens Serum Institut

6.4 Udvalgte indikatorer for personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter

I det følgende afsnit belyses omfanget af udvalgte forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser blandt personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter. Førstnævnte indikator omfatter akutte indlæggelser inden for en række udvalgte diagnosegrupper, hvor det er vurderet, at der er et særligt potentiale for at undgå sygehusindlæggelse. Genindlæggelser opgøres som akutte indlæggelser inden for 30 dage efter udskrivning fra foregående indlæggelse, mens korttidsindlæggelser omfatter akutte, medicinske indlæggelser, hvor patienten udskrives samme dag eller dagen efter indlæggelse. De nærmere definitioner af indikatorerne fremgår af kapitel 2.

Det gælder samstemmende for de tre indlæggelsestyper, at de optræder særlig hyppigt blandt personer med en eller flere kroniske sygdomme samt blandt de ældre medicinske patienter. Således forekommer 47, 49 og 58 pct. af henholdsvis de forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser blandt personer med kroniske sygdomme, hvilket udgør omkring 17 pct. af den samlede befolkning. Gruppen af ældre medicinske patienter, som kun udgør ca. 2 pct. af den samlede befolkning, tegner sig alene for mere end ¼ af alle de tre indlæggelsestyper. Det er formentlig ikke realistisk eller ønskeligt at forebygge alle genindlæggelser. Derfor er fokus i vurderingen af disse særligt på variationerne på landsplan og overhyppigheder ift. landsgennemsnit mv. I arbejdet med at nedbringe omfanget af disse indlæggelsestyper – som i et vist omfang må opfattes som u hensigtsmæssige – er det således relevant at fokusere på gruppen af personer med kronisk sygdom samt de ældre medicinske patienter. I det følgende behandles de tre indikatorer hver især nærmere.

Tabel 6.6

Oversigt over udvalgte indikatorer opgjort for personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter, år 2010.

<i>Antal i tusinde (pct. af hele populationen)</i>	Antal personer	Antal indlæggelser i alt	Antal forebyggelige indlæggelser	Antal genindlæggelser	Antal korttidsindlæggelser
Hele befolkningen	5.544 (100,0)	1.143 (100,0)	128 (100,0)	78 (100,0)	161 (100,0)
Personer med kronisk sygdom	1.029 (18,6)	474 (41,4)	61 (47,2)	38 (49,0)	93 (57,9)
- Heraf med én kronisk sygdom	757 (13,6)	284 (24,8)	28 (21,8)	19 (24,5)	58 (35,8)
- Heraf med to eller flere kroniske sygdomme	272 (4,9)	190 (16,6)	33 (25,4)	19 (24,5)	35 (22,0)
Personer med kronisk sygdom over 65 år	524 (9,5)	274 (24,0)	41 (32,3)	23 (29,9)	48 (29,7)
- Heraf med én kronisk sygdom	340 (6,1)	142 (12,4)	16 (12,6)	10 (12,7)	25 (15,7)
- Heraf med to eller flere kroniske sygdomme	184 (3,3)	132 (11,6)	25 (19,7)	13 (17,1)	23 (14,1)
Ældre medicinske patienter	103 (1,9)	206 (18,0)	35 (27,0)	21 (27,6)	51 (31,6)

Anm.: Bemærk, at den samme person kan optræde i flere af grupperne, hvorfor de enkelte grupper *ikke* kan adderes.
Kilde: Statens Serum Institut

6.4.1 Udvalgte forebyggelige indlæggelser

De udvalgte forebyggelige indlæggelser omfatter indlæggelser med diagnoser, hvor det er vurderet, at der er et særligt potentiale i forhold til at forebygge disse sammenlignet med øvrige indlæggelser. Diagnoserne omfatter relativt få diagnoser, men de har en væsentlig tyngde i det samlede billede af indlæggelser. Den nærmere definition kan ses i kapitel 2.

Generelt set indlægges personer med kroniske sygdomme med en forebyggelige diagnoser i større omfang end personer uden kronisk sygdom. Der forekommer således 79 forebyggelige indlæggelser pr. 1000 personer med kronisk sygdom i aldersgruppen 65 år eller derover, mens det tilsvarende tal er 55 for personer uden kroniske sygdomme, jf. tabel 6.7. Ses på de enkelte sygdomsgrupper, er det særligt personer på 65 år eller derover med kroniske lungesygdomme og knogleskørhed og leddegigt, der indlægges med en forebyggelig

diagnose. For disse kroniske sygdomme er hhv. ca. 35 og 31 pct. af alle akutte indlæggelser med en forebyggelige diagnose, mens det er tilfældet for ca. 22 pct. generelt set.

Blandt ældre medicinske patienter er 21 pct. af de akutte indlæggelser med en forebyggelig diagnose. Grundet den generelt høje indlæggeshyppighed for denne gruppe, betyder det at der pr. 1.000 ældre medicinske patienter forekommer 336 forebyggelige indlæggelser årligt, svarende til mere end fire gange flere end for den gennemsnitlige person med kronisk sygdom.

Tabel 6.7

Udvalgte forebyggelige indlæggelser opgjort for personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter fordelt på aldersgrupper, år 2010

	Personer på 18-64 år			Personer på 65 år eller derover		
	Antal udvalgte forebyggelige indlæggelser	Antal pr. 1.000 personer	Andel af akutte indlæggelser i aldersgruppen	Antal udvalgte forebyggelige indlæggelser	Antal pr. 1.000 personer	Andel af akutte indlæggelser i aldersgruppen
Hele aldersgruppen	38.808	11	10,1	62.960	68	21,7
Personer uden kroniske sygdomme	19.653	7	7,8	21.569	55	22,0
Personer med kroniske sygdomme	19.155	38	14,5	41.391	79	21,6
- heraf med diabetes	6.922	49	19,0	12.519	87	22,4
- heraf med hjerte-karsygdomme	8.607	34	9,7	32.458	81	19,5
- heraf med kroniske lungesygdomme	10.313	61	24,4	19.594	177	34,8
- heraf med knogleskørhed og leddegigt	2.792	69	24,5	11.380	135	30,6
- heraf med én kronisk sygdom	11.777	28	12,6	16.188	48	17,0
- heraf med to eller flere kroniske sygdomme	7.378	84	19,0	25.203	137	26,1
Ældre medicinske patienter	-	-	-	34.610	336	21,0

Anm.: Den samme person kan have mere end én kronisk sygdom, og derfor optræde i mere end én sygdomsgruppe.

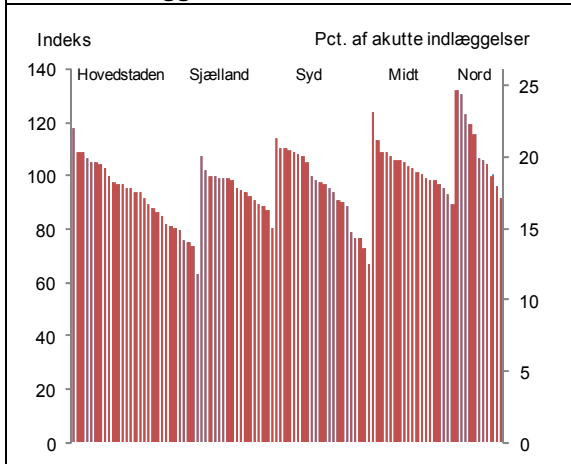
Kilde: Statens Serum Institut

På tværs af og inden for de enkelte regioner er der store kommunale forskelle i omfanget af forebyggelige indlæggelser blandt personer med kroniske sygdomme. Således varierer andelen af akutte indlæggelser i forhold til det samlede antal akutte indlæggelser fra omkring 12 pct. til 25 pct., jf. figur 6.16. Den kommunale variation er særligt udtalt mellem kommuner beliggende i den samme region, om end der er en overvægt af kommuner med færre forebyggelige indlæggelser på Sjælland og i Region Syddanmark.

For forebyggelige indlæggelser blandt ældre medicinske patienter ses det samme overordnede billede af den kommunale variation, jf. figur 6.17. Den kommunale variation er således også her særligt udtalt mellem kommuner beliggende i den samme region, mens variationen på tværs af regioner er forholdsvis begrænset.

Figur 6.16

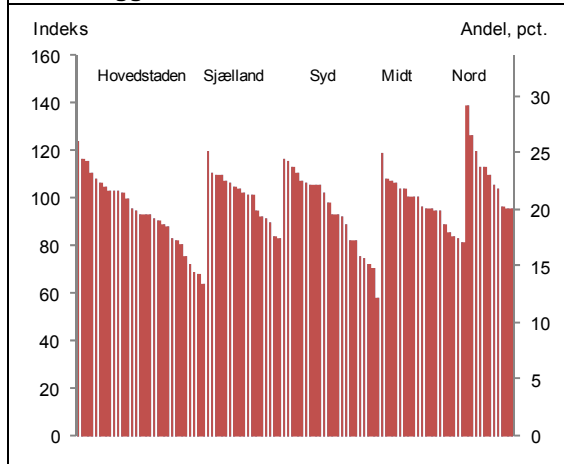
Andel udvalgte forebyggelige indlæggelser blandt personer med kronisk sygdom, pct. af akutte indlæggelser, år 2010



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

Figur 6.17

Andel udvalgte forebyggelige indlæggelser blandt ældre medicinske patienter, pct. af akutte indlæggelser, år 2010



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

6.4.2 Genindlæggelser

I nærværende afsnit fokuseres på antallet af genindlæggelser på sygehusene. Genindlæggelser defineres som akutte indlæggelser inden for 30 dage efter den primære indlæggelse. Almindeligvis betragtes genindlæggelser som udtryk for uhensigtsmæssige forløb og kan skyldes kvalitetsproblemer ved den ydede behandling og pleje under og/eller efter indlæggelse. Der vil imidlertid være en vis andel af genindlæggelser, der kan opfattes som hensigtsmæssige eksempelvis i forhold til at kunne tilbyde patienter at være længst muligt i eget hjem.

Omfanget af genindlæggelser blandt personer med kroniske sygdomme adskiller sig mærkbart fra personer uden kroniske sygdomme, særligt personer med kronisk sygdom under 65 år genindlægges hyppigere end generelt i aldersgruppen. For personer uden kroniske sygdomme under 65 år efterfølges en indlæggelse af en genindlæggelse i godt 4 pct. af tilfældene, mens det sker knapt 8 pct. af gangene for personer med kronisk sygdom og næsten 10 pct. af gangene for personer med mere end én kronisk sygdom, jf. figur 6.8. For aldersgruppen 65 år eller derover, er genindlæggelsesfrekvensen nogenlunde den samme for personer med og uden kroniske sygdomme, om end personer med kronisk sygdom har ca. ¼ flere genindlæggelser pr. 1.000 personer (44 mod 33 pr. 1.000 personer).

Ses på de enkelte sygdomsgrupper er omfanget af genindlæggelser størst blandt ældre personer med kronisk sygdom med kroniske lungesygdomme, diabetes samt knogleskørhed og leddegigt. Blandt de yngre aldersgrupper er omfanget af genindlæggelser ligeledes betydeligt hos personer med hjerte-karsygdomme.

Tabel 6.8

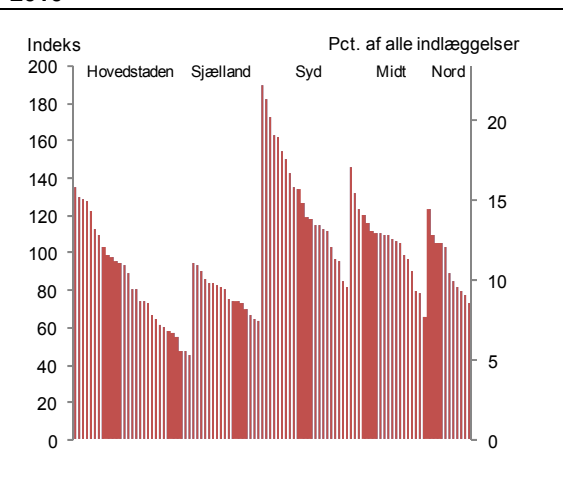
Genindlæggelser opgjort for personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter fordelt på aldersgrupper, år 2010

	Personer på 18-64 år			Personer på 65 år eller derover		
	Antal genindlæggelser	Antal pr. 1.000 personer	Andel af akutte indlæggelser i aldersgruppen	Antal genindlæggelser	Antal pr. 1.000 personer	Andel af akutte indlæggelser i aldersgruppen
Hele aldersgruppen	30.740	9	5,4	36.199	39	8,8
Personer uden kroniske sygdomme	15.867	5	4,3	13.013	33	9,4
Personer med kroniske sygdomme	14.873	29	7,5	23.186	44	8,5
- heraf med diabetes	4.523	32	8,0	7.643	53	9,5
- heraf med hjerte-karsygdomme	10.845	43	8,1	20.685	51	8,8
- heraf med kroniske lungesygdomme	5.040	30	8,4	8.096	73	10,7
- heraf med knogleskørhed og leddegigt	1.627	40	8,6	4.713	56	9,3
- heraf med én kronisk sygdom	9.176	22	6,5	9.886	29	7,0
- heraf med to eller flere kroniske sygdomme	5.697	65	9,8	13.300	72	10,1
Ældre medicinske patienter	0	-	-	21.435	208	10,4

Anm.: Den samme person kan have mere end én kronisk sygdom, og derfor optræde i mere end én sygdomsgruppe.
Kilde: Statens Serum Institut

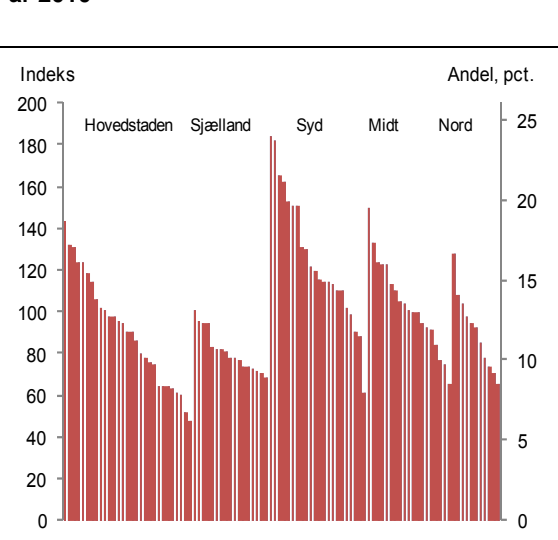
Ses på variationen på tværs af regioner og kommuner kan det konstateres, at særligt kommunerne i Region Syddanmark har mange genindlæggelser af personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter, jf. figur 6.18 og figur 6.19. Omvendt er der betydelig variation mellem kommuner beliggende i den samme region, herunder blandt kommunerne i Region Syddanmark hvor andelen af genindlæggelser varierer fra ca. 10 pct. til 22 pct. for personer med kroniske sygdomme. Samtlige kommuner i Region Sjælland har færre genindlæggelser end landsgennemsnittet for begge patientgrupper.

Figur 6.18
Andel genindlæggelser blandt personer med kronisk sygdom, pct. af alle indlæggelser, år 2010



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

Figur 6.19 Andel genindlæggelser blandt ældre medicinske patienter, pct. af alle indlæggelser, år 2010



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

6.4.3 Korttidsindlæggelser

En høj forekomst – og her særligt overhyppighed – af akutte, kortvarige medicinske indlæggelser på et sygehus kan indikere et højt niveau af uheldsmæssige indlæggelser, dvs. indlæggelser der muligvis kunne være forebygget ved relevante tilbud i den primære sundheds- og plejesektor.

Overordnet set er der betydeligt flere korttidsindlæggelser blandt personer med kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter end i den resterende del af befolkningen. I aldersgruppen 65 år eller derover, er der fx 45 korttidsindlæggelser pr. 1.000 personer uden kroniske sygdomme, mens omfanget er 91 blandt personer med kroniske sygdomme og 123 blandt personer med mere end én kronisk sygdom, jf. tabel 6.9. For ældre medicinske patienter forekommer der årligt 495 korttidsindlæggelser pr. 1.000 personer. Andelen af korttidsindlæggelser i forhold til det samlede antal akutte indlæggelser er ligeledes højere blandt personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter.

Indenfor de enkelte sygdomsgrupper, er der især mange korttidsindlæggelser blandt personer med hjerte-karsygdomme, herunder særligt personer under 65 år, samt ældre personer med kroniske lungesygdomme.

Tabel 6.9
Korttidsindlæggelser opgjort for personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter fordelt på aldersgrupper, år 2010

	Personer på 18-64 år			Personer på 65 år eller derover		
	Antal korttidsindlæggelser	Antal pr. 1.000 personer	Andel af akutte indlæggelser i aldersgruppen	Antal korttidsindlæggelser	Antal pr. 1.000 personer	Andel af akutte indlæggelser i aldersgruppen
Hele aldersgruppen	92.493	27	24	65.730	72	23
Personer uden kroniske sygdomme	47.127	16	19	17.838	45	18
Personer med kroniske sygdomme	45.366	90	34	47.892	91	25
- heraf med diabetes	10.861	78	30	13.428	94	24
- heraf med hjerte-karsygdomme	33.905	134	38	42.842	106	26
- heraf med kroniske lungesygdomme	12.791	76	30	12.615	114	22
- heraf med knogleskørhed og leddegigt	3.030	75	27	7.538	90	20
	0			0		
- heraf med én kronisk sygdom	32.528	78	35	25.238	74	26
- heraf med to eller flere kroniske sygdomme	12.838	146	33	22.654	123	23
Ældre medicinske patienter	-	-	-	50.925	495	31

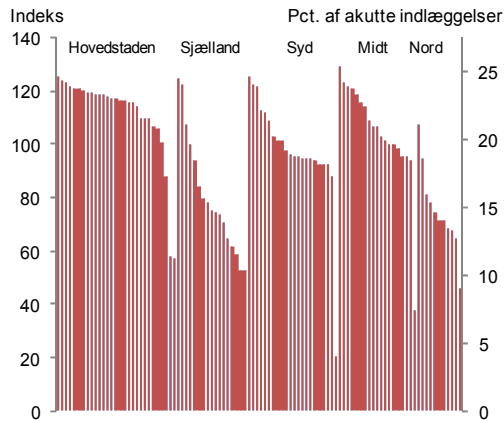
Anm.: Den samme person kan have mere end én kronisk sygdom, og derfor optræde i mere end én sygdomsgruppe.

Kilde: Statens Serum Institut

Vendes blikket mod den kommunale variation i omfanget af korttidsindlæggelser kan der observeres betydelige forskelle mellem kommunerne, jf. figur 6.20 og figur 6.21. På tværs af kommunerne varierer andelen af korttidsindlæggelser i forhold til det samlede antal akutte indlæggelser fra omkring 10 pct. til 25 pct. for personer med kroniske sygdomme. Det bemærkes, at der i alle regioner er forholdsvis stor spredning mellem kommunerne med hhv. flest og færrest indlæggelser. Dog er der en overvægt af kommuner i Region Sjælland og Nordjylland, hvor andelen af borgerne med en korttidsindlæggelse er lav. Det skal bemærkes, at det lave niveau af korttidsindlæggelser i Region Sjælland til dels kan tilskrives, at regionen registreringsmæssigt er organiseret som ét sygehus, hvorfor indlæggelsesforløb der involverer indlæggelse på flere forskellige matrikler opgøres som én indlæggelse, hvilket ikke er tilfældet i de øvrige regioner.

Figur 6.20

Andel korttidsindlæggelser blandt personer med kronisk sygdom, pct. af akutte indlæggelser, år 2010

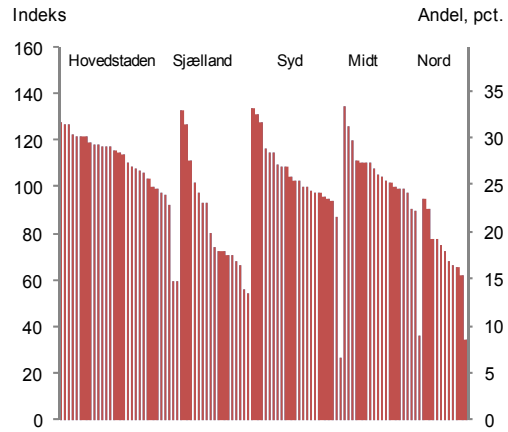


Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret. Det lave niveau af korttidsindlæggelser i Region Sjælland kan til dels kan tilskrives, at regionen registreringsmæssigt er organiseret som ét sygehus, hvorfor indlæggelsesforløb der involverer indlæggelse på flere forskellige matrikler opgøres som én indlæggelse, hvilket ikke er tilfældet i de øvrige regioner.

Kilde: Statens Serum Institut

Figur 6.21

Andel korttidsindlæggelser blandt ældre medicinske patienter, pct. af akutte indlæggelser, år 2010



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret. Det lave niveau af korttidsindlæggelser i Region Sjælland kan til dels kan tilskrives, at regionen registreringsmæssigt er organiseret som ét sygehus, hvorfor indlæggelsesforløb der involverer indlæggelse på flere forskellige matrikler opgøres som én indlæggelse, hvilket ikke er tilfældet i de øvrige regioner.

Kilde: Statens Serum Institut

7. Kommunale kontaktflader og forløb på tværs af sektorer

7.1 Sammenfatning

I dette kapitel analyseres forløb på tværs af sektorer med fokus på de borgergrupper kommunerne har en kontaktflade med, her særligt borgere i kontakt med den kommunale ældrepleje og på plejecentre.

Et væsentligt aspekt i afdækningen af potentialerne for en mere effektiv patientrettet forebyggelsesindsats i kommunerne handler om, hvilke kontaktflader der er mellem patienter i det regionale sundhedsvæsen og borgere i kommunale tilbud. Det handler både om de områder, hvor kommunerne med en tidlig opsporing fx i ældreplejen kan forebygge indlæggelser, og det handler om de kommunale sundhedsindsatser, der er en del af en borgers samlede forløb. En afdækning af kontaktfladerne mellem borgere, der modtager kommunale ydelser og samtidig trækker på det regionale sundhedsvæsen kan dermed bidrage til at tydeliggøre, hvor den kommunale forebyggelsesindsats har særlige potentialer. Forebyggelsespotentialet må forventes at afhænge af typen af indsats og intensiteten i den kommunale kontakt med borgeren.

I forebyggelsesindsatsen målrettet ældre borgere, herunder personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter, er særligt kontaktflader med den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje relevant i forhold til at undgå unødvendige kontakter med sygehusvæsenet. For et forholdsvist repræsentativt udsnit af kommunerne, er det opgjort at omkring 2,4 pct. af borgerne, fortrinsvist ældre, modtager varige kommunale pleje- og omsorgsydelser i form af tilbud om plads på plejecenter eller personlig pleje i eget hjem.

Gruppen har et markant forbrug af ydelser i det regionale sundhedsvæsen, og udgifterne til gruppen udgør tilsammen omkring 11 pct. af de regionale sundhedsudgifter til somatisk behandling. Særligt har gruppen forholdsvist mange ambulante sygehuskontakter samt forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser. Kommunen har via deres plejecentre og i form af personlig pleje i eget hjem kontakt med omkring 45 pct. af de ældre (65+ årige), der indlægges med en forebyggelig diagnose og mere end 40 pct. af de ældre, der genindlægges. Herudover modtager yderligere 2,1 pct. af borgerne i de udvalgte kommuner praktisk bistand i eget hjem (ingen personlig pleje). Denne kontaktflade vurderes dog, at have mindre sundhedsfaglig relevans end personlig pleje i eget hjem. Forbruget af regionale sundhedsydelser blandt modtagere af praktisk bistand udgør omkring 6,6 pct. af de regionale sundhedsudgifter til somatisk behandling i de 10 kommuner.

På baggrund af oplysninger fra fem kommuner kan det konstateres, at en betydelig del af de borgere, der modtager varige kommunale pleje- og omsorgsydelser ligeledes modtager kommunale sygeplejeydelser. Kommunerne har således en flersidet kontaktflade til disse borgere, og derved et særligt potentiale for en effektiv forebyggelsesindsats.

7.2 Kommunale sundhedsrelaterede kontaktflader

En del af de borgere, der trækker på sundhedsydelser i det specialiserede sundhedsvæsen har ligeledes en kontaktflade til kommunen. Det kan være i form af varig eller midlertidig hjemmepleje, tilbud om plads på plejecenter til ældre, hjemmesygepleje, tilbud for handicappede eller socialt udsatte (fx dag- og døgntilbud), kontakt i socialpsykiatrien, sundhedspleje til småbørn, forebyggende hjemmebesøg hos de 75+ årige mv. Hertil kommer den mindre direkte sundhedsrelaterede kontakt. For en række borgere som fx pga. en kronisk lidelse står udenfor arbejdsmarkedet og modtager sygedagpenge, vil der være et overlap til beskæftigelsesområdet i kommunen.

Patientrettede forebyggelses- og plejeaktiviteter i kommunerne er særligt relevant i forhold til plejekrævende ældre, herunder ældre medicinske patienter og ældre med et genoptrænings- og rehabiliteringsbehov samt visse personer med kronisk sygdom.. Hertil kommer aktiviteter for borgere i dag- og døgntilbud, handicappede og udsatte grupper samt for borgere i kommunale misbrugstilbud. For den tidlige opsporing, som er en central del af forebyggelsesindsatsen, er det naturligvis en forudsætning, at borgerne er kendt af kommunen. Forebyggelse af fx (gen)indlæggelser af ældre forudsætter, at der tidligt i et forløb er opmærksomhed på et begyndende faldende funktionsniveau hos den ældre borger eller at der tidligt spores symptomer på begyndende sygdom, og at der efterfølgende handles på disse observationer. Det forudsætter, at kommunen har regelmæssig kontakt med borgeren.

De konkrete sundhedsindsatser kan være sygeplejeindsatser og organiseringen heraf, der varierer fra mere traditionelle hjemmesygeplejeopgaver som sårpleje og medicindosering til telemedicin og særlige sygeplejeindsatser, der har til formål at forebygge indlæggelser, fx såkaldte akuttilbud eller midlertidige pladser, hvor patienterne kan blive behandlet i eget hjem eller blive observeret i et kommunalt tilbud i stedet for at skulle på sygehuset. Ligeledes benytter nogle kommuner de midlertidige pladser til den opfølgende indsats for borgere, der er færdigbehandledede fra sygehuset, og som har brug for sygepleje og/eller omsorg døgnet rundt. Øvrige sundhedsrelaterede kommunale kontaktflader omfatter rehabiliterings- og træningsindsatser, patientuddannelse og forebyggelsesindsatser rettet mod fx faldulykker. Flere af disse indsatser sker i samarbejde mellem kommunerne, almen praksis og sygehusene. En række af disse typer af indsatser afdækkes yderligere i kapitel 8.

I nærværende kapitel afdækkes kontaktfladerne mellem det regionale sundhedsvæsen og de kommunale tilbud på *udvalgte* områder for 10 kommuner. Kommunerne er de samme, som i den kvalitative analyse udført af COWI, jf. kapitel 8. Dokumentations- og datamæssige udfordringer mv. betyder at det kun talmæssigt er muligt at belyse en delmængde af de kommunale sundhedsrelaterede kontaktflader. De udvalgte kontaktflader er derfor et resultat af de nuværende datamæssige muligheder snarere end en faglig udvælgelse af de mest relevante indsatser. Det var i analysen ikke muligt at afgrænse de patienter, der får hjemmesygepleje, hvilket vurderes at være en af de mest relevante kommunale kontaktflader. De udvalgte kommunale ydelser falder i følgende tre kategorier: varige kommunale pleje- og omsorgsydelser, midlertidige kommunale pleje- og træningsydelser samt borgere i den kommunale beskæftigelsesindsats. Som beskrevet nedenfor er forebyggelsespotentialet varierende blandt de forskellige typer af kontaktflader. Foruden det samlede antal modtagere i de 10 kommuner, er det opgjort hvor mange, der ligeledes modtager behandling i det regionale sundhedsvæsen – enten på sygehus eller i almen praksis. Det er endvidere opgjort hvor mange modtagere af kommunale ydelser, der har kronisk sygdom eller er ældre medicinske patienter.

Forebyggelsespotentialet ved den enkelte kommunale kontakt med borgeren varierer alt efter typen af indsats (indenfor og på tværs af områder) og intensiteten af indsatsen. Det må forventes, at kontaktflader ved sygepleje, sundhedspleje for nyfødte, pleje- og omsorgsydelser til ældre på plejecenter, i hjemmepleje og på sociale tilbud tilsiger et væsentligt større forebyggelsespotentiale end beskæftigelsesindsatsen i forhold til kontant-hjælpsmodtagere eller udbetaling af førtidspension gør.

På ældreområdet vil forebyggelsespotentialet i forbindelse med personlig pleje fra hjemmeplejen alt andet lige være større, end for borgere der alene får praktisk hjælp til rengøring mv. idet disse i hovedreglen er mere selvhjulpne. Endvidere er potentialet formentlig større blandt de borgere, der modtager hjemmehjælp af kommunalt ansatte hjælpere, og hvor hjemmeplejen er integreret i hjemmesygeplejen i forhold til borgere, der modtager hjemmehjælp fra private udbydere via fritvalgsordningen. Tilsvarende er det sundhedsfaglige fokus i forbindelse med hjemmesygeplejeydelser større end ved pleje og omsorgsydelser i hjemmeplejen. Samme

forskel gør sig gældende for borgere i sociale tilbud, idet mulighederne for at forebygge alt andet lige vil være større på døgntilbud end dagtilbud, idet der er tale om mere intensiv kontakt.

I forhold til beskæftigelsesområdet afhænger forebyggelsespotentialer ligeledes af kontakttypen, herunder om kontakten primært består i udbetaling af overførsler eller i højere grad kan bestå af tværgående beskæftigelses- og sundhedsindsatser. Fx har nogle kommuner indrettet beskæftigelsesindsatsen overfor sygedagpengemodtagere i samarbejde med sundheds- og træningsindsatsen i kommunen. I den sammenhæng kan kontakthjælpsindsatsen i forhold til sygedagpengemodtagere og borgere i revalidering mv. forventes at have et forebyggelsespotentialer, mens mulighederne er begrænsede i forhold til indsatsen overfor kontakthjælpsmodtagere og førtidspensionister.

I de 10 udvalgte kommuner er andelen af den samlede befolkning, der modtager varige kommunale pleje- og omsorgsydelser i form af enten ydelser leveret på plejecentre eller som hjemmehjælp i borgerens eget hjem opgjort. Omkring 0,6 pct. af den samlede befolkning bor på et kommunalt plejecenter, 1,8 pct. modtager personlig pleje i eget hjem, mens yderligere 2,1 pct. modtager praktisk bistand i eget hjem (ingen personlig pleje), jf. tabel 7.1. Der er tale om befolkningsgrupper med hyppigere kontakt til det regionale sundhedsvæsen end befolkningen generelt, og hvor kronisk sygdom og medicinske lidelser er overrepræsenteret. For eksempel modtager 1,8 pct. af den samlede befolkning personlig pleje i eget hjem, men udgør samtidig 3,3 pct. af de borgere, der i et givet år har kontakt til det regionale sygehusvæsen, 7,4 pct. af det samlede antal personer med kronisk sygdom og 23,7 pct. af de ældre medicinske patienter. Tilsvarende tendenser ses for gruppen af beboere på plejecentre samt modtagere af praktisk bistand i eget hjem, jf. tabel 7.1.

Den hyppige kontakt til det regionale sundhedsvæsen afspejler sig ligeledes i de regionale sundhedsudgifter til somatisk behandling af borgere, der ligeledes modtager varige kommunale pleje- og omsorgsydelser. De gennemsnitlige regionale sundhedsudgifter er således mellem 30.000 og 60.000 kr. pr. modtager, mens den tilsvarende udgift er ca. 12.000 kr. for befolkningen generelt og omkring 25.000 for personer på 65 år eller derover, jf. tabel 7.2. Det betyder, at de regionale sundhedsudgifter til somatisk behandling af beboere på plejecentre udgør 1,5 pct. af de samlede udgifter, udgifterne til behandling af modtagere af personlig pleje udgør 9,7 pct., mens udgifterne til behandling af modtagere af praktisk bistand udgør 6,6 pct. Tilsvarende udgør kommunernes medfinansieringsudgifter til modtagergrupperne hhv. 1,4, 8,1 og 6,0 pct. af de samlede medfinansieringsudgifter.

Dermed viser analysen, at gruppen af borgere på plejecentre og modtagere af personlig pleje i eget hjem udgør ca. 2,4 pct. af befolkningen, mens gruppens træk på de regionale sundhedsudgifter udgør 11,2 pct. af de samlede udgifter. Inkluderer hjemmeplejens praktiske bistand, der dog vurderes at have mindre sundhedsfaglig relevans, bliver de tilsvarende tal henholdsvis 4,5 pct. og 18 pct.

Foruden de varige kommunale pleje- og omsorgsydelser har kommunerne en sundhedsrelateret kontakthjælp til borgere, der midlertidigt modtager pleje- og træningsydelser. Konkret har de 10 udvalgte kommuner kontakt med omkring 1,4 pct. af befolkningen i forbindelse med genoptræning efter behandling på sygehus, jf. tabel 7.2. Gruppen har naturligt et højt forbrug af regionale sundhedsudgifter, da ydelsen forudsætter foregående behandling på sygehus. Det har ikke været muligt, at opgøre forbruget af sundhedsudgifter blandt modtagere af kommunal hjemmesygepleje i de 10 kommuner, men en analyse af modtagergruppen af fem øvrige kommuner viser, at det i høj grad er de samme borgere der modtager hjemmesygeplejeydelser som ligeledes får hjemmehjælp eller bor på kommunale plejecentre.

Kommunerne har i beskæftigelsesindsatsen en kontaktflade til en del af befolkningen med et væsentligt forbrug af regionale sundhedsydelse. For eksempel modtager omkring 1,9 pct. af befolkningen i de 10 kommuner sygedagpenge, mens 4,3 pct. af er førtidspensionister, jf. tabel 7.2. Det regionale sundhedsforbrug hos de to grupper udgør hhv. 10,1 pct. og 7,3 pct. af de samlede regionale sundhedsudgifter til somatisk patientbehandling.

Tabel 7.1

Udvalgte (hvor relevant data er tilgængeligt) kommunale sundhedsrelaterede kontaktflader – 10 udvalgte kommuner¹

		Antal med kontakt til det regionale sygehusvæsen (pct. af hele befolkningen)	Antal med kontakt til almen praksis (pct. af hele befolkningen)	Antal personer med kronisk sygdom (pct. af hele befolkningen)	Antal ældre medicinske patienter (pct. af hele befolkningen)
<i>Reference</i>					
Hele befolkningen	703.553 (100,0)	296.771 (100,0)	611.427 (100,0)	132.986 (100,0)	13.536 (100,0)
Indbyggere på 65 år eller derover	118.150 (16,8)	67.928 (22,9)	110.472 (18,1)	68.296 (51,4)	13.536 (100,0)
<i>Modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser²</i>					
Borgere på plejecentre	4.052 (0,6)	2.361 (0,8)	3.955 (0,6)	2.649 (2,0)	771 (5,7)
Modtagere af personlig pleje (og evt. praktisk hjælp) i eget hjem	12.981 (1,8)	9.718 (3,3)	12.822 (2,1)	9.813 (7,4)	3.210 (23,7)
Modtagere af praktisk hjælp i eget hjem (men ingen personlig pleje)	14.443 (2,1)	9.749 (3,3)	13.583 (2,2)	9.784 (7,4)	1.853 (13,7)
<i>Modtagere af midlertidige kommunale pleje- og træningsydelser</i>					
Modtagere af sygepleje i eget hjem	—	—	—	—	—
Modtagere af sygepleje på plejecentre	—	—	—	—	—
Borgere, der modtager almen ambulante genoptræning	10.179 (1,4)	10.159 (3,4)	10.061 (1,6)	5.382 (4,0)	1.964 (14,5)
<i>Borgere i den kommunale beskæftigelsesindsats (pr. uge 48)</i>					
Forrevalidering og revalidering	1.946 (0,3)	1.164 (0,4)	1.855 (0,3)	300 (0,2)	—
Fleks eller ledighedsydelse	7.414 (1,1)	4.595 (1,5)	7.033 (1,2)	2.327 (1,7)	—
Førtidspension	30.201 (4,3)	18.003 (6,1)	28.327 (4,6)	12.366 (9,3)	—
Kontanthjælp	13.081 (1,9)	7.323 (2,5)	11.915 (1,9)	1.897 (1,4)	—
Sygedagpenge	13.514 (1,9)	10.013 (3,4)	13.287 (2,2)	2.959 (2,2)	—

Anm.: 1) De 10 udvalgte kommuner er: Furesø, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Vordingborg, Esbjerg, Kerteminde, Odder, Viborg og Aalborg kommuner. 2) *Varige kommunale pleje- og omsorgsydelser* er klassificeret således, at modtagerne kun tælles med i én gruppe. Modtagerne af flere ydelser forsøges først henført til plejecentre, dernæst til personlig pleje i eget hjem og endelig til praktisk hjælp i eget hjem
Kilde: Statens Serum Institut

Tabel 7.2

Sundhedsudgifter for borgere med udvalgte (hvor relevant data er tilgængeligt) kommunale sundhedsrelaterede kontaktflader – 10 udvalgte kommuner

	Regionale sundhedsudgifter ² , mio. kr. (pct. af hele befolkningen)	Regionale sundhedsudgifter ² pr. person, kr.	Udgifter til kommunal medfinansiering mio. kr. (pct. af hele befolkningen)	Udgifter til kommunal medfinansiering pr. person, kr.
--	--	---	--	---

Reference

Hele befolkningen	703.553 (100,0)	8.249 (100,0)	11.724	1.233 (100,0)	1.753
Indbyggere på 65 år eller derover	118.150 (16,8)	2.944 (35,7)	24.917	412 (33,4)	3.487
<i>Modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser</i>					
Borgere på plejecentre	4.052 (0,6)	125 (1,5)	30.948	17 (1,4)	4.138
Modtagere af personlig pleje (og evt. praktisk hjælp) i eget hjem	12.981 (1,8)	798 (9,7)	61.503	100 (8,1)	7.736
Modtagere af praktisk hjælp i eget hjem (men ingen personlig pleje)	14.443 (2,1)	540 (6,6)	37.420	73 (6,0)	5.086
<i>Modtagere af midlertidige kommunale pleje- og træningsydelser</i>					
Modtagere af sygepleje i eget hjem	—	—	—	—	—
Modtagere af sygepleje på plejecentre	—	—	—	—	—
Borgere der modtager almen ambulans genoptræning	10.179 (1,4)	1.062 (12,9)	104.316	120 (9,7)	11.800
<i>Borgere i den kommunale beskæftigelsesindsats (pr. uge 48)</i>					
Forrevalidering og revalidering	1.946 (0,3)	35 (0,4)	18.153	5 (0,4)	2.662
Fleks eller ledighedsydelse	7.414 (1,1)	157 (1,9)	21.238	20 (1,6)	2.643
Førtidspension	30.201 (4,3)	833 (10,1)	27.595	109 (8,8)	3.600
Kontanthjælp	13.081 (1,9)	194 (2,4)	14.822	33 (2,6)	2.497
Sygedagpenge	13.514 (1,9)	601 (7,3)	44.436	75 (6,1)	5.527

Anm.: Se anmærkninger til tabel 7.1.

Kilde: Statens Serum Institut

7.3 Modtagere af kommunale pleje- og omsorgsydelser

I nærværende afsnit fokuseres på de borgere der modtager kommunale pleje- og omsorgsydelser, afgrænset til beboere på plejecentre, modtagere af personlig pleje og/eller praktisk bistand i eget hjem samt modtagere af kommunale hjemmesygepleje ydelser. Afsnittet karakteriserer de udvalgte borgergrupper samt analyserer deres forbrug af sundhedsydelser i det regionale sundhedsvæsen. Modtagere af hjemmesygepleje analyseres særskilt, da sygeplejeydelser typisk ikke leveres på varig basis. Det er vigtigt at understrege, at forebyggelsespotentialet blandt disse modtagergrupper er varierende og afhænger af typen af indsatsen og intensiteten i den kommunale indsats, jf. foregående afsnit.

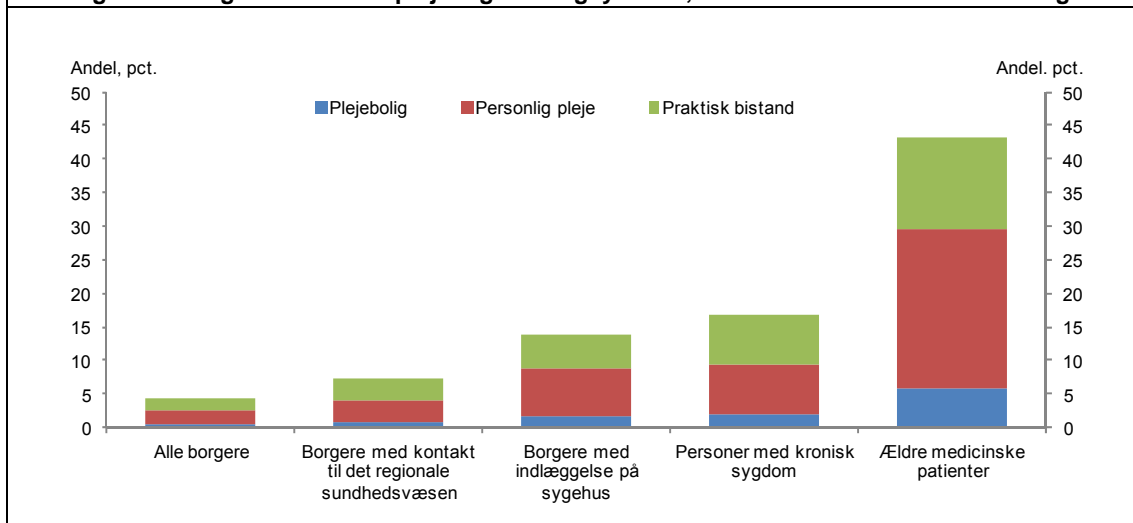
7.3.1 Modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser

Modtagerne af de udvalgte varige kommunale pleje- og omsorgsydelser analyseres i følgende grupper.

- Beboere på plejecentre
- Modtagere af personlig pleje (og eventuelt praktisk bistand)
- Modtagere af praktisk bistand, men ingen personlig pleje

Grupperne er konstrueret således, at der ikke er overlap imellem dem. Analysen foretages for 10 udvalgte kommuner, hvilke er de samme der danner udgangspunkt for analysen i kapitel 8: Furesø, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Vordingborg, Esbjerg, Kerteminde, Odder, Viborg og Aalborg kommuner.

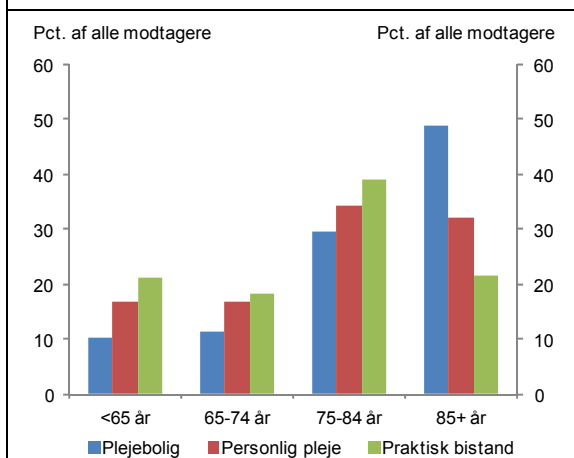
I de 10 udvalgte kommuner er andelen af den samlede befolkning, der modtager varige kommunale pleje- og omsorgsydelser i form af enten ydelser leveret på plejecentre eller som hjemmehjælp i borgerens eget hjem opgjort. Omkring 0,6 pct. af den samlede befolkning bor på et kommunalt plejecenter, 1,8 pct. modtager personlig pleje i eget hjem, mens yderligere 2,1 pct. modtager praktisk bistand i eget hjem (ingen personlig pleje). Der er tale om befolkningsgrupper med hyppigere kontakt til det regionale sundhedsvæsen end befolkningen generelt, og hvor kronisk sygdom og medicinske lidelser er overrepræsenteret, jf. Figur 7.1

Figur 7.1**Modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser, andel af den samlede befolkning mv.**

Kilde: Statens Serum Institut

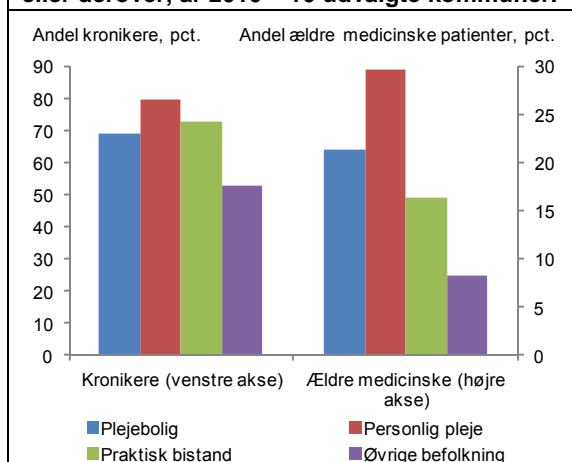
Modtagerne af de udvalgte ydelser er i høj grad ældre borgere, jf. figur 6.2. Dog er omkring 10 pct. af beboerne på plejecentrene under 65 år, mens det er tilfældet for hhv. 16 og 21 pct. blandt modtagere af personlig pleje og praktisk hjælp i eget hjem. Blandt beboere på plejecentre er omkring 30 pct. i aldersgruppen 75-84 år, mens næsten halvdelen er 85 år eller mere. Modtagere af personlig pleje og praktisk bistand i eget hjem er generelt lidt yngre end plejecentrebeboere. Således er hhv. 32 og 21 pct. af modtagerne af personlig hjælp og praktisk bistand 85 år eller derover.

Da modtagere af kommunale pleje- og omsorgsydelser *under 65 år* hovedsageligt er handicappede og udsatte borgere, og derved i betydeligt omfang adskiller sig fra øvrige modtagere, afgrænses den resterende del af analysen til hovedsageligt at belyse sundhedsforbruget blandt modtagere på 65 år eller derover.

Figur 7.2**Aldersfordeling blandt modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser, år 2010 – 10 udvalgte kommuner.**

Anm.: De 10 udvalgte kommuner er: Furesø, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Vordingborg, Esbjerg, Kerteminde, Odder, Viborg og Aalborg Kommuner.

Kilde: Statens Serum Institut

Figur 7.3**Andel personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter blandt modtagere af kommunale pleje- og omsorgsydelser på 65 år eller derover, år 2010 – 10 udvalgte kommuner.**

Anm.: Kun personer på 65 år eller derover er medtaget. De 10 udvalgte kommuner er: Furesø, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Vordingborg, Esbjerg, Kerteminde, Odder, Viborg og Aalborg Kommuner.

Modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser har i overvejende grad en eller flere kroniske sygdomme, jf. figur 6.3. Mere end 2/3 af beboerne på plejecentre, som er 65 år eller derover, har således en kronisk lidelse, mens det er tilfældet for hhv. 80 og 73 pct. af modtagere af personlig pleje og praktisk hjælp i eget hjem. For den resterende del af befolkningen på 65 år eller derover har omkring 53 pct. kronisk sygdom. Omkring halvdelen af modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser under 65 år har en eller flere kroniske sygdomme, mens det kun er tilfældet for omkring 11 pct. af den øvrige befolkning under 65 år (data ikke vist).

Modtagere af varige kommunale plejeydelser er ligeledes overrepræsenteret blandt de ældre medicinske patienter. Godt 20 pct. af beboerne på plejecentre er ældre medicinske patienter, mens det gælder for 30 pct. af modtagere af personlig pleje i eget hjem, jf. figur 6.3. For den resterende befolkning på 65 år eller derover er den tilsvarende andel 8 pct.

Blandt personer på 65 år eller derover bor omkring 3,1 pct. på plejecentre, omkring 9,2 pct. modtager personlig pleje i eget hjem, mens yderligere 9,6 pct. modtager praktisk bistand i eget hjem i de 10 kommuner, jf. tabel 7.4. De tilsvarende grupper har et forbrug af regionale sundhedsydelser svarende til hhv. 3,1 pct., 9,2 pct. og 9,6 pct. af de samlede udgifter til personer på 65 år eller derover.

Tabel 7.3

Modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser på 65 år eller derover – 10 udvalgte kommuner

	Antal personer i gruppen	Andel af alle 65+ årige, pct.	Regionale sundhedsudgifter, mio. kr. ¹	Andel af samlede udgifter for 65+ årige, pct.
Alle 65+ årige	118.150	100,0	2.944	100,0
Borgere på plejecentre	3.634	3,1	112	3,8
Modtagere af personlig pleje i eget hjem	10.824	9,2	603	20,5
Modtagere af praktisk pleje i eget hjem	11.400	9,6	388	13,2
Øvrige 65+ årige	92.292	78,1	1.841	62,5

Anm.: Ydelserne er klassificeret således, at modtagerne kun tælles med i én gruppe. Modtagere med flere ydelser forsøges først henført til plejecentre, dernæst personlig pleje i eget hjem og endelig praktisk hjælp i eget hjem. De 10 udvalgte kommuner er: Furesø, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Vordingborg, Esbjerg, Kerteminde, Odder, Viborg og Aalborg Kommuner.

1) Opgjort som produktionsværdien ved somatisk sygehusbehandling samt bruttohonoraret ved somatisk behandling i praksissektoren.

Kilde: Statens Serum Institut

Som det tidligere er set har de tre udvalgte modtagergrupper af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser generelt et højt forbrug af ydelser i det regionale sundhedsvæsen. For modtagere på 65 år eller derover er de regionale sundhedsudgifter til somatisk behandling ca. 31.000 kr. pr. beboer på kommunale plejecentre, godt 55.000 kr. pr. modtager af personlig pleje i eget hjem og ca. 34.000 kr. pr. modtager af praktisk bistand i eget hjem, jf. Tabel 7.4. Til sammenligning er udgiften 20.000 kr. for personer på 65 år eller derover som ikke modtager varig kommunal pleje. Det er bemærkelsesværdigt, at forbruget af regionale sundhedsydelser næsten er det dobbelte blandt modtagere af personlig pleje i eget hjem i forhold til beboere på plejecentre. Som udgangspunkt må det vurderes, at borgere der er i stand til at klare sig i eget hjem, har et højere funktionsniveau, større egenomsorgskapacitet, bredere socialt netværk mv. end personer på plejecentre, hvorfor deres forbrug af sundheds- og plejeydelser – alt andet lige – må forventes at være mindre. Det markant lavere forbrug af regionale sundhedsydelser blandt beboere på plejecentre, hvor personalet har en tæt løbende kontakt med borgeren, indikerer derfor, at de kommunale pleje- og omsorgsindsatser har betydning for forbruget af regionale sundhedsydelser.

Tabel 7.4**Regionalt sundhedsforbrug blandt modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser på 65 år eller derover – 10 udvalgte kommuner**

	Regionale sund- hedsudgif- ter pr. per- son, kr. ¹	Andel med indlæggel- se på sy- gehus, pct.	Andel med kontakt til sygehus, pct.	Antal ind- læggelser pr. 1000 personer	Antal am- bulante besøg pr. 1000 per- soner	Antal kon- takter hos almen læ- ge pr. 1000 per- soner
Alle 65+ årige	24.917	21	57	377	2.258	12.529
Borgere på plejecentre	30.760	33	59	604	1.535	22.292
Modtagere af personlig pleje i eget hjem	55.740	46	74	1.017	3.576	21.645
Modtagere af praktisk pleje i eget hjem	34.000	29	66	541	3.060	16.173
Øvrige 65+ årige	19.950	16	54	272	2.033	10.625

Anm.: Ydelserne er klassificeret således, at modtagerne kun tælles med i én gruppe. Modtagere med flere ydelser forsøges først henført til plejecentre, dernæst personlig pleje i eget hjem og endelig praktisk hjælp i eget hjem. De 10 udvalgte kommuner er: Furesø, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Vordingborg, Esbjerg, Kerteminde, Odder, Viborg og Aalborg Kommuner.

1) Opgjort som produktionsværdien ved somatisk sygehusbehandling samt bruttohonoraret ved somatisk behandling i praksissektoren.
Kilde: Statens Serum Institut

Sammensætningen af det regionale sundhedsforbrug fremgår ligeledes af tabel 7.4. Det ses, at der i alle tre modtagergrupper er betydeligt flere personer, der indlægges eller har kontakt til sygehus i øvrigt. Det fremgår endvidere, at flere modtagere af personlig pleje indlægges og har kontakt med sygehus, end det er tilfældet for beboere på plejecentre eller for personer, der alene modtager praktisk hjælp i eget hjem. Endvidere har modtagere af personlig pleje to gange flere indlæggelser og omkring 2½ gange flere ambulante besøg end beboere på plejecentre. Endelig er det bemærkelsesværdigt at antallet af ambulante besøg er lavere blandt plejecenterbeboere end hos den del af den ældre befolkning, der ikke modtager varige pleje- og omsorgsydelser. Derimod er antallet af kontakter hos almen læge forholdsvist ensartet blandt beboere på plejecentre og modtagere af personlig pleje i eget hjem (ca. 22 pr. år), mens det er noget lavere blandt modtagere af praktisk hjælp i eget hjem (ca. 16 pr. år) og den ældre befolkning generelt (ca. 10 pr. år).

Modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser indlægges med et bredt spektrum af forskellige diagnoser, jf. Tabel 7.5. En betydelig del af indlæggelserne sker med henblik på undersøgelse og lægelig observation eller uden at en klar diagnose kan fastslås under indlæggelse. Der forekommer ligeledes et væsentligt antal indlæggelser for bl.a. lungebetændelse, KOL og brud af lårbenshals. På tværs af modtagergrupperne er der kun mindre forskelle i fordelingen af indlæggelsesdiagnoser. For såvel beboere på plejecentre og modtagere af hjemmehjælp gælder det således, at de fleste indlæggelser sker uden en klar diagnose kan fastslås.

Tabel 7.5

Sygehusindlæggelser blandt modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser på 65 år eller derover fordelt efter aktionsdiagnose, år 2010, antal (pct. af alle indlæggelser i gruppen) – 10 udvalgte kommuner.

<i>Antal (pct. af alle indlæggelser i gruppen)</i>				
Diagnosegruppe	Borgere på plejecentre	Modtagere af personlig pleje	Modtagere af praktisk hjælp	I alt
Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande	1.567 (8)	6.358 (8)	2.948 (7)	10.873 (8)
Personer i kontakt med læge eller sygehus med henblik på undersøgelse og observation	1.071 (5)	4.399 (5)	2.721 (7)	8.191 (6)
Undersøgelser, forebyggende forholdsregler mm. af personer uden sygdomstegn eller uden oplysning om diagnose	1.151 (6)	5.192 (6)	1.822 (5)	8.165 (6)
Lungebetændelse	1.319 (7)	4.112 (5)	1.415 (4)	6.846 (5)
Symptomatisk hjertesygdom	685 (3)	3.418 (4)	2.366 (6)	6.469 (5)
Bronkitis, udvidede lunger (herunder KOL) og astma	633 (3)	3.522 (4)	1.553 (4)	5.708 (4)
Andre endokrine sygdomme, avitaminoser og stofskiftesygdomme	943 (5)	3.400 (4)	974 (2)	5.317 (4)
Andre sygdomme i urinorganer	689 (3)	2.643 (3)	1.042 (3)	4.374 (3)
Tuberkulose, andre bakterielle sygdomme samt kønssygdomme	750 (4)	2.656 (3)	918 (2)	4.324 (3)
Andre og ikke specificerede skader ved ydre påvirkning	615 (3)	2.389 (3)	1.155 (3)	4.159 (3)
Brud af lårbenshals	1.279 (6)	2.284 (3)	581 (1)	4.144 (3)
Sygdomme i blod og bloddannende organer	667 (3)	2.227 (3)	1.020 (3)	3.914 (3)
Karsygdomme i hjerne	756 (4)	2.258 (3)	744 (2)	3.758 (3)
Slidgigt og beslægtede tilstande	97 (0)	1.491 (2)	1.735 (4)	3.323 (2)
Andre sygdomme i åndedrætsorganer	410 (2)	1.799 (2)	871 (2)	3.080 (2)
Øvrige	7.461 (37)	32.361 (40)	17.734 (45)	57.556 (41)
I alt	20.093 (100)	80.509 (100)	39.599 (100)	140.201 (100)

Anm.: Diagnoserne er inddelt efter 99-grupperingen.
Kilde: Statens Serum Institut

Der er ligeledes stor variation i hvilke diagnoser, der ligger bag de ambulante besøg blandt modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser, *jf. tabel 7.6*. Mere end 10 pct. af de ambulante besøg sker på baggrund af sygdomme i urinorganer og godt 10 pct. for forskellige øjenssygdomme. Der foretages endvidere et betydeligt antal ambulante besøg med henblik på diverse undersøgelser.

Tabel 7.6

Ambulante sygehusbesøg blandt modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser på 65 år eller derover fordelt efter aktionsdiagnose, år 2010, antal (pct. af alle indlæggelser i gruppen) – 10 udvalgte kommuner.

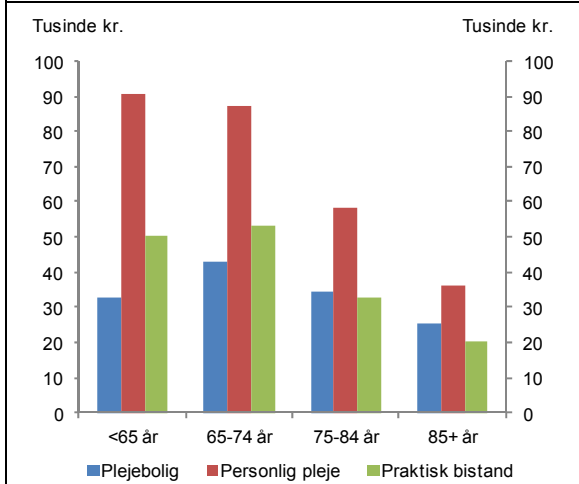
<i>Antal (pct. af alle indlæggelser i aldersgruppen)</i>				
Diagnosegruppe	Borgere på plejecentre	Modtagere af personlig pleje	Modtagere af praktisk hjælp	I alt
Andre sygdomme i urinorganer ¹	7.226 (13)	38.580 (13)	21.254 (9)	67.060 (11)
Personer i kontakt med læge eller sygehus med henblik på undersøgelse	4.905 (9)	27.643 (9)	22.954 (9)	55.502 (9)
Andre sygdomme og anomalier i øje	4.274 (8)	20.950 (7)	25.301 (10)	50.525 (9)
Symptomer og mangelfuldt definerede tilstande	3.301 (6)	17.099 (6)	12.047 (5)	32.447 (5)
Undersøgelser, forebyggende forholdsregler mm. af personer uden sygdomstegn eller uden oplysning om diagnose	3.823 (7)	16.581 (6)	11.552 (5)	31.956 (5)
Symptomatisk hjertesygdom	1.104 (2)	9.918 (3)	11.027 (5)	22.049 (4)
Ondartet svulst på andre og ikke specificerede lokalisationer, herunder metastatiske svulster, samt carcinoma in situ	1.931 (4)	9.911 (3)	8.025 (3)	19.867 (3)
Sukkersyge	1.865 (3)	9.692 (3)	7.953 (3)	19.510 (3)
Andre sygdomme i øre og processus mastoideus	2.404 (4)	7.896 (3)	7.602 (3)	17.902 (3)
Bronkitis, udvidede lunger og astma	907 (2)	7.716 (3)	6.215 (3)	14.838 (3)
Ondartet svulst i brystkirtel	738 (1)	5.774 (2)	7.078 (3)	13.590 (2)
Slidgigt og beslægtede tilstande	410 (1)	5.529 (2)	7.418 (3)	13.357 (2)
Andre sygdomme i nervesystem	2.086 (4)	7.630 (3)	3.633 (2)	13.349 (2)
Andre sygdomme i hud og underhud	1.865 (3)	7.081 (2)	3.772 (2)	12.718 (2)
Svulster i lymfatisk og bloddannende væv	823 (2)	6.608 (2)	4.604 (2)	12.035 (2)
Øvrige	17.183 (31)	97.554 (33)	81.344 (34)	196.081 (33)
I alt	54.845 (100)	296.162 (100)	241.779 (100)	592.786 (100)

Anm.: Diagnoseerne er inddelt efter 99-grupperingen. 1) Infektiøse sygdomme i nyrer, blærebetændelse og sten i nyrer og andre dele af urinorganer indgår ikke i gruppen *andre sygdomme i urinorganer*.
Kilde: Statens Serum Institut

Fokuseres der igen på det samlede regionale sundhedsforbrug opgjort ved udgifterne hertil, ses det at forbruget er lavere blandt de ældste modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser, *jf. figur 7.4*. Særligt blandt modtagere af hjemmehjælp (personlig pleje såvel som praktisk bistand) er sundhedsforbruget markant lavere blandt de ældste modtagere.

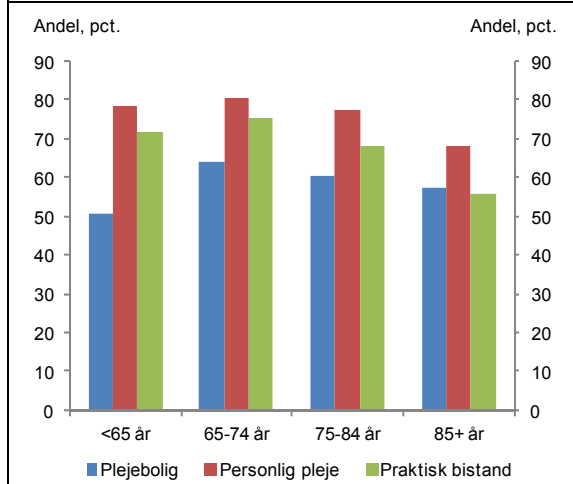
Andelen af modtagere der har kontakt med sygehusvæsenet er ligeledes faldende med alderen om end forskellene mellem aldersgrupperne er noget mindre, *jf. figur 7.5*.

Figur 7.4
Sundhedsudgifter pr. indbygger blandt modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser, kr., år 2010 – 10 udvalgte kommuner



Anm.: Opgjort som produktionsværdien ved somatisk sygehusbehandling samt bruttohonoraret ved somatisk behandling i praksissektoren. De 10 udvalgte kommuner er: Furesø, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Vordingborg, Esbjerg, Kerteminde, Odder, Viborg og Aalborg Kommuner.
 Kilde: Statens Serum Institut

Figur 7.5
Andel med kontakt til sygehus blandt modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser, pct., år 2010 – 10 udvalgte kommuner

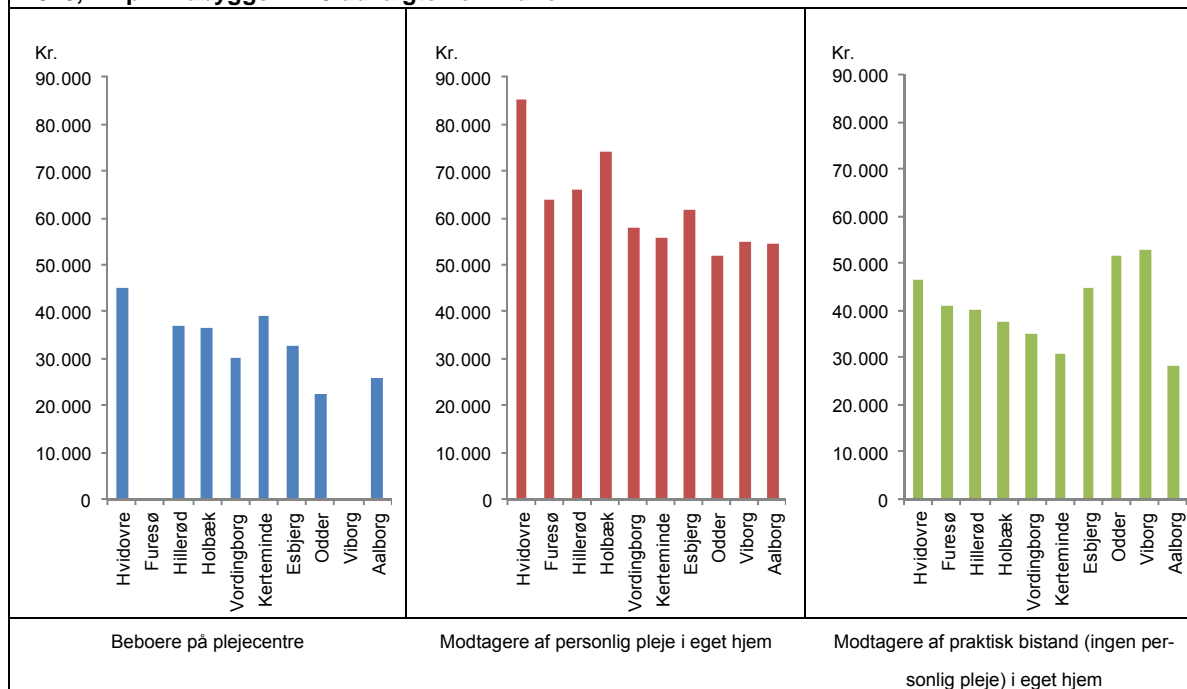


Anm.: De 10 udvalgte kommuner er: Furesø, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Vordingborg, Esbjerg, Kerteminde, Odder, Viborg og Aalborg Kommuner.
 Kilde: Statens Serum Institut

Ses på de regionale sundhedsudgifter til modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser i hver enkelt af de 10 udvalgte kommuner, kan der konstateres interessante forskelle. Overordnet set er der en tendens til, at det regionale sundhedsforbrug er højere blandt modtagere af varige kommunale plejeydelser i de fire kommuner Øst for Storebælt, om end forbruget blandt modtagere af praktisk hjælp afviger noget fra denne tendens. På tværs af de 10 kommuner er der for alle modtagergrupper en forskel på mere end 50 pct. mellem kommunerne med de højeste og laveste regionale sundhedsudgifter. Det indikerer, at indsatsen over for modtagere af kommunale pleje- og omsorgsydelser har betydning i forhold til at nedbringe forbruget af regionale sundhedsudgifter.

Figur 7.6

Regionale sundhedsudgifter blandt modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser, år 2010, kr. pr. indbygger – 10 udvalgte kommuner.



Anm.: Opgjort som produktionsværdien ved somatisk sygehusbehandling samt bruttohonoraret ved somatisk behandling i praksissektoren. De 10 udvalgte kommuner er: Furesø, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Vordingborg, Esbjerg, Kerteminde, Odder, Viborg og Aalborg Kommuner. Data for beboere på plejecentre i Furesø og Viborg Kommuner ikke vist på grund af meget få observationer. Kilde: Statens Serum Institut

En betydelig del af de borgere, der modtager varige kommunale pleje- og omsorgsydelser modtager ligeledes kommunale sygeplejeydelser, *jf. boks 7.1*. Kommunerne har således en flersidet kontakthorisont til disse borgere, og derved et særligt potentiale for en effektiv forebyggelsesindsats.

Boks 7.1

Modtagere af kommunale hjemmesygeplejeydelser

En væsentlig sundhedsrelateret kommunal kontakthorisont sker via indsatsen i hjemmesygeplejen. På nuværende tidspunkt indsamler de centrale sundhedsmyndigheder ikke oplysninger om modtagere af kommunale hjemmeplejeydelser, hvorfor det ikke har været muligt at afdække modtagergruppen på landsplan. Det har inden dog været muligt, at indhente oplysninger om sygeplejemodtagere for fem kommuner: Kolding, Tønder, Furesø, Viborg og Fredericia Kommuner. Oplysninger om modtagere af sygepleje er indhentet for år 2011. Kun borgere, som har modtaget sygepleje i tre eller flere måneder i løbet af 2011 er medtaget. Oplysningerne skelner mellem følgende grupper:

- Modtagere af sygeplejeydelser i eget hjem
- Modtagere af sygeplejeydelser på plejecentre²⁵

Oplysningerne viser, at der er et naturligt sammenfald mellem modtagere af kommunale sygeplejeydelser og modtagere af hjemmehjælp i form af personlig pleje og/eller praktisk bistand. I de fem udvalgte kommuner gælder det således, at omkring halvdelen af de borgere der modtager sygeplejeydelser i eget hjem derudover modtager hjemmehjælp i form af personlig pleje eller praktisk bistand. Blandt modtagere af personlig pleje får 75 pct. ligeledes hjemmesygeplejeydelser, mens det gælder for ca. 25 pct. af de borgere der alene

²⁵ Det har ikke været muligt at indhente oplysninger om modtagere af sygeplejeydelser på plejecentre for Furesø kommune.

modtager praktisk bistand fra hjemmehjælpen. Blandt beboere på plejecentre får hovedparten (omkring 95 pct. i de fire kommuner) leveret kommunale sygeplejeydelser. Det er således i høj grad de samme borgere, der både modtager kommunale sygeplejeydelser og som modtager hjemmehjælp eller bor på plejecenter.

7.4 Udvalgte indikatorer for modtagere af varige kommunale ydelser

I det følgende fokuseres på omfanget af tre udvalgte indlæggelsestyper blandt modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser: udvalgte forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser.

Førstnævnte indikator omfatter akutte indlæggelser inden for en række udvalgte sygdomsgrupper, hvor det er vurderet, at der er et særligt potentiale for at undgå sygehusindlæggelse. Indikatoren er udviklet til, at belyse omfanget af forebyggelige indlæggelser netop blandt borgere, der løbende modtager kommunale plejeydelser, hvorfor den er særlig relevant i nærværende sammenhæng. Genindlæggelser opgøres som akutte indlæggelser inden for 30 dage efter udskrivning fra foregående indlæggelse, mens korttidsindlæggelser omfatter akutte, medicinske indlæggelser, hvor patienten udskrives samme dag eller dagen efter indlæggelse. De nærmere definitioner af indikatorerne fremgår af kapitel 2.

Tabel 7.7

Antal forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser blandt modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser på 65 år eller derover – 10 udvalgte kommuner

	Antal indlæggelser i alt (pct. af alle indlæggelser hos 65+ årige)	Antal forebyggelige indlæggelser (pct. af forebyggelige indlæggelser hos 65+ årige)	Forebyggelige indlæggelser pr. 1000 personer	Antal genindlæggelser (pct. af genindlæggelser hos 65+ årige)	Genindlæggelser pr. 1000 personer	Antal korttidsindlæggelser (pct. af korttidsindlæggelser hos 65+ årige)	Korttidsindlæggelser pr. 1000 personer
Alle 65+ årige	44.510 (100,0)	6.632 (100,0)	56	3.436 (100,0)	29	7.069 (100,0)	60
Borgere på plejecentre	2.196 (4,9)	611 (9,2)	168	206 (6,0)	57	344 (4,9)	95
Modtagere af personlig pleje i eget hjem	11.006 (24,7)	2.366 (35,7)	219	1.243 (36,2)	115	1.442 (20,4)	133
Modtagere af praktisk pleje i eget hjem	6.171 (13,9)	943 (14,2)	83	453 (13,2)	40	909 (12,9)	80
Øvrige 65+ årige	25.137 (56,5)	2.712 (40,9)	29	1.534 (44,6)	17	4.374 (61,9)	47

Anm.: Ydelserne er klassificeret således, at modtagerne kun tælles med i én gruppe. Modtagere med flere ydelser forsøges først henført til plejecentre, dernæst personlig pleje i eget hjem og endelig praktisk hjælp i eget hjem.. De 10 udvalgte kommuner er: Furesø, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Vordingborg, Esbjerg, Kerteminde, Odder, Viborg og Aalborg Kommuner.
Kilde: Statens Serum Institut

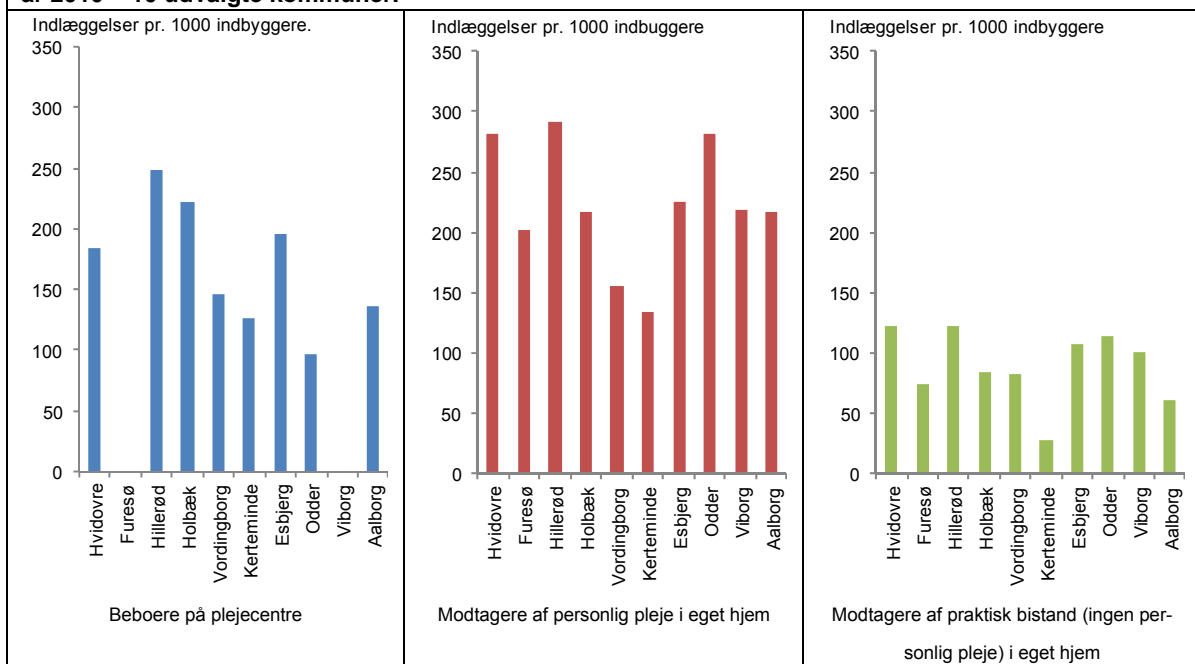
I de 10 udvalgte kommuner indlægges modtagere af kommunale pleje- og omsorgsydelser overordnet set hyppigere med en forebyggelig diagnose end befolkningen generelt. Omkring 45 pct. af alle forebyggelige indlæggelser hos ældre (65+ årige) forekommer blandt de borgere, som kommunerne via deres plejecentre og den personlig pleje i hjemmehjælpen har kontakt med. Blandt beboere på plejecentre forekommer årligt 168 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 personer, blandt modtagere af personlig pleje i eget hjem forekommer årligt 219 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 personer, mens der forekommer 84 forebyggelige indlæggelser pr. 1000 modtagere af praktisk hjælp i eget hjem, *jf. tabel 7.7*. Til sammenligning sker der 29 forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 personer blandt borgere på 65 år eller derover, som ikke modtager kommunale om-

sorgs- og plejeydelser. Der er således stor forskel på antallet af forebyggelige indlæggelser afhængig af hvilken kommunale ydelse borgeren får. Det største forebyggelsespotentiale ses umiddelbart hos borgere der modtager kommunale plejeydelser.

På tværs af de 10 udvalgte kommuner er der nogen variation i antallet af forebyggelig indlæggelser, jf. figur 7.7. For alle tre modtagergrupper er der således en forskel på mere end 100 pct. mellem kommunen med henholdsvis flest og færrest forebyggelige indlæggelser pr. 1000 personer. Det forholdsvist høje niveausamt variationen på tværs af de 10 udvalgte kommuner indikerer, at der er potentiale for at nedbringe antallet af indlæggelser med forebyggelige diagnoser blandt borgere, der er i løbende kontakt med den kommunale plejesektor.

Figur 7.7

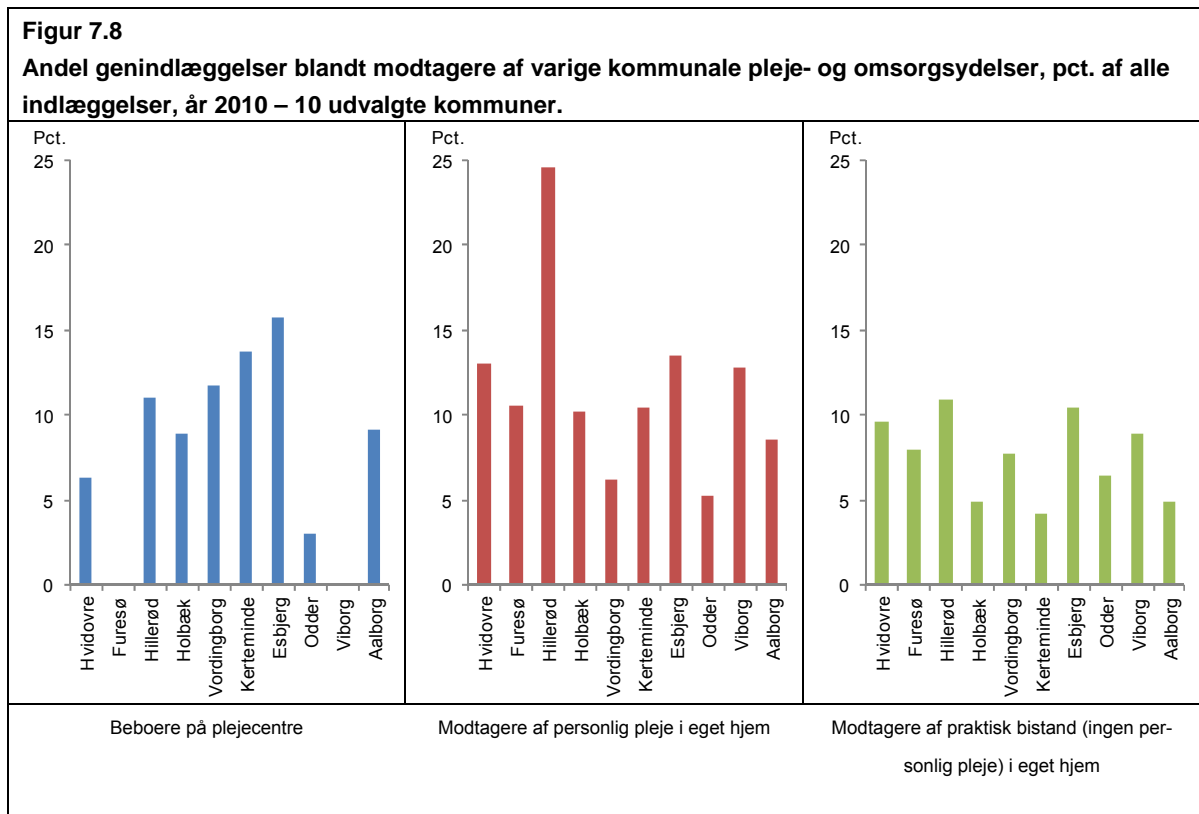
Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1000 modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser, år 2010 – 10 udvalgte kommuner.



Anm.: De 10 udvalgte kommuner er: Furesø, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Vordingborg, Esbjerg, Kerteminde, Odder, Viborg og Aalborg Kommuner. Data for beboere på plejecentre i Furesø og Viborg Kommuner ikke vist på grund af meget få observationer.
Kilde: Statens Serum Institut

Ligeledes er der en overhyppighed af genindlæggelser blandt modtagere af varige pleje- og omsorgsydelser. Omkring 42 pct. af alle genindlæggelser blandt ældre personer sker blandt plejecenterbeboere og modtagere af personlig pleje i eget hjem, jf. tabel 7.7. I gennemsnit forekommer, der 57 genindlæggelser pr. 1.000 beboere på plejecentrene, 115 pr. 1.000 modtagere af personlig pleje i eget hjem og 40 pr. 1.000 modtagere af praktisk bistand i eget hjem, mens der sker 17 genindlæggelser pr. 1.000 personer på 65 år eller derover, som ikke modtager en af disse kommunale omsorgs- og plejeydelser, jf. tabel 7.7.

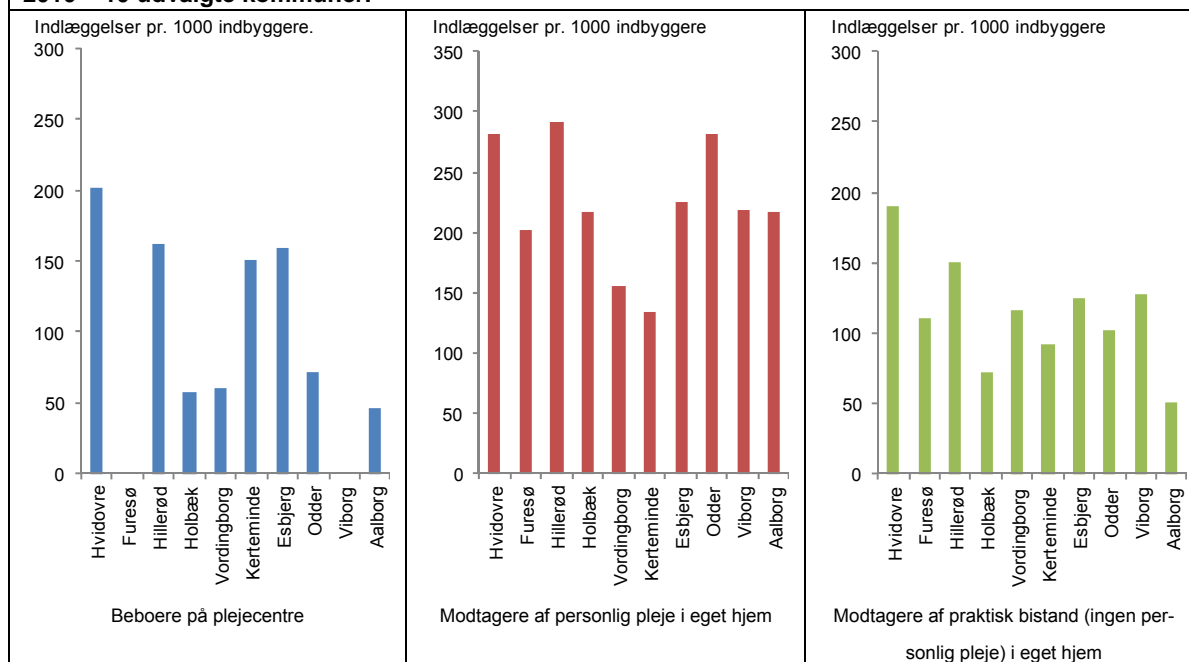
Blandt de 10 udvalgte kommuner er der stor forskel på, hvor ofte modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser genindlægges, jf. figur 7.9. På tværs af de tre modtagergrupper har eksempelvis Hillerød kommune et forholdsvist højt niveau af genindlæggelser, mens der sker forholdsvist få genindlæggelser i Odder kommune. For eksempel genindlægges omkring 25 pct. af modtagerne af personlig pleje i Hillerød kommune, mens den tilsvarende andel er omkring 5 pct. i Odder kommune. Disse kommunale forskelle blandt velafgrænsede borgergrupper tyder på, at den kommunale forebyggelses- og plejeindsat har betydning for, at undgå genindlæggelser blandt borgere kommunen i forvejen har løbende kontakt med.



Anm.: De 10 udvalgte kommuner er: Furesø, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Vordingborg, Esbjerg, Kerteminde, Odder, Viborg og Aalborg Kommuner. Data for beboere på plejecentre i Furesø og Viborg Kommuner ikke vist på grund af meget få observationer.
 Kilde: Statens Serum Institut

Antallet af korttidsindlæggelser er højere blandt modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser end hos den resterende befolkning, jf. tabel 7.7. Beboere på plejecentre har således omkring 95 korttidsindlæggelser pr. 1.000 personer, blandt modtagere af personlig pleje er tallet 133 og blandt modtagere af praktisk hjælp 80, mens der forekommer 47 korttidsindlæggelser blandt ældre borgere, der ikke modtager en varig kommunal omsorgs- og plejeydelse.

På tværs af de 10 udvalgte kommuner er der stor variation i andelen af korttidsindlæggelser, jf. figur 7.9. For beboere på plejecentre varierer antallet fra under 60 pr. 1000 modtagere i Holbæk, Vordingborg og Aalborg Kommuner til mere end 150 pr. 1000 modtagere i Kerteminde, Esbjerg, Hillerød og Hvidovre Kommuner. Variationen er ligeledes markant blandt modtagere af personlig pleje og praktisk hjælp, hvor der for begge typer er mere end 300 pct. forskel på kommunerne med færrest og flest korttidsindlæggelser. De betydelige kommunale forskelle indikerer, at der er et kommunalt forebyggelsespotentiale for at reducere omfanget af korte indlæggelser på sygehusene.

Figur 7.9**Antal korttidsindlæggelser pr. 1000 modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser, år 2010 – 10 udvalgte kommuner.**

Anm.: De 10 udvalgte kommuner er: Furesø, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Vordingborg, Esbjerg, Kerteminde, Odder, Viborg og Aalborg Kommuner. Data for beboere på plejecentre i Furesø og Viborg Kommuner ikke vist på grund af meget få observationer.
Kilde: Statens Serum Institut

I det følgende fokuseres der på forløbet for diabetikere, og de kontaktflader de har i løbet af et sygdomsforløb.

7.5 Forløbsbeskrivelse af diabetikere

Med henblik på yderligere belysning af snitfladeproblematikker og tværgående sammenhænge fokuserer indeværende afsnit på sundhedsforbruget blandt gruppen af ældre (65+ årige) personer med diabetes. Patientgruppen er udvalgt på baggrund af dens væsentlige størrelse og tyngde. Der var i 2010 omkring 145.000 ældre med diabetes. Sundhedsforbruget blandt ældre diabetikere er godt halvanden gang større end for ældre uden kronisk sygdom.

Behandling af diabetes er i alle regioner omfattet af forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Et forløbsprogram for kronisk sygdom er opbygget anderledes end eksempelvis pakkeforløb for kræft, der grundigt i de enkelte elementer (udredning og behandling) beskriver, hvad der bør gøres og hvornår. Indsatsen i forhold til borgere med kroniske sygdomme er karakteriseret ved et meget længere, tværsektorielt og ikke-lineært forløb hvor såvel tidlig opsporing som rehabiliteringsindsatsen er i fokus. Således udgør forløbsprogrammer for kronisk sygdom en overordnet ramme af generelle elementer, der udfyldes decentralt med hensyn til struktur, organisering, arbejdstilrettelæggelse, informationsstrømme mv. afspejlende lokale forhold. Endvidere henviser forløbsprogrammerne til de til enhver tid gældende faglige standarder og kliniske retningslinjer.

I det følgende analyseres den tværsektorielle behandling af ældre diabetes patienter med udgangspunkt i følgende fire elementer:

1. *Kortlægning*

Hvilke tilbud eksisterer/tilbydes patienttypen i kommune, praksissektor og sygehuse?

2. *Standardforløb*

Med udgangspunkt i forløbsprogrammet opstilles en beskrivelse af hvilke standardtilbud borgere i denne gruppe typisk modtager

3. *Udvalgte indikatorer til beskrivelse af forløb*

Kvantificering af udvalgte områder for praksissektor, sygehus og kommune

4. *Sammenligning af forløb*

Sammenligning på tværs af regioner af de udvalgte indikatorer og ift. det identificerede standardforløb

7.5.1 Kortlægning

Der eksisterer en lang række tilbud og indsatser i sygehusregi, praksissektor og kommuner til diabetikere. Der er ligeledes et vist sammenfald mellem sektorerne, hvor det bl.a. er sværhedsgraden af diabetikerens sygdom, der afgør hvorvidt løbende kontroller mv. varetages af alment praktiserende læge eller sygehusenes diabetesteam.

Boks 7.2

Tilbud i kommune, praksissektor og sygehus med relevans for diabetikere

Kommune

- Tidlig opsporing og generel forebyggelse (Sundheds- Og ForebyggelsesTilbud, SOFT-tilbud)
- Rehabilitering (patientrettet forebyggelse) herunder patientuddannelse og diætvejledning mv. (SOFT-tilbud)
- Hjemme(syge-)pleje (ikke nødvendigvis diabetesspecifik)

Praksissektor

- Tidlig opsporing
- Henvielse til SOFT-tilbud
- Jævnlig kontrolbesøg i almen praksis
- Årskontrol i almen praksis
- Kontrolbesøg hos speciallæge i øjensygdomme (evt. jf. årskontrol indenfor 30 mdr.?)
- Fodterapi (evt. jf. årskontrol indenfor 15 mdr.?)

Sygehus

- Jævnlig kontrolbesøg
- Behandling af primær lidelse eller følgesygdomme
- Årskontrol
- Patientuddannelse – diætvejledning, der ikke er hæftet op på kontrolbesøg etc.

7.5.2 Standardforløb

Beskrivelsen af standardforløb søger at belyse de tilbud og indsatser, der typisk kendetegner en ældre diabetikers kontakt med de forskellige dele af sundhedsvæsenet. Dette gøres med udgangspunkt i Region Hovedstadens forløbsprogram for diabetes type 2.

Der er en række udfordringer i forhold til at beskrive et standardforløb. Beskrivelsen er simplificeret i forhold til de grundige beskrivelser i forløbsprogrammet. Dette er gjort for overskuelighedens skyld samt for at gøre beskrivelsen operationaliserbar i forhold til at sammenholde den med de kvantitative opgørelser. Denne simplificering betyder, at det faglige fundament for beskrivelsen af standardforløb nedprioriteres til fordel for at kunne anvende beskrivelsen til sammenligningsformål.

En væsentlig del af forløbsprogrammet er en stratificering af patienterne efter parametre som bl.a. sygdommens sværhedsgrad og borgerens egenomsorgsevne. Stratificeringen er afgørende for hvor og hvilke tilbud, der anbefales diabetikere. Eksempelvis vil diabetikere med svær sygdom og mange komplikationer gå til rutine- og årskontrol på sygehuse mens øvrige håndteres af den praktiserende læge.

Det skal endvidere bemærkes, at udgangspunktet for beskrivelsen af standardforløbet er Region Hovedstadens forløbsprogram. Forløbsprogrammerne for diabetes kan være forskellige fra region til region.

Det bemærkes også, at en relativt stor andel af diabetikere har andre samtidige kroniske sygdomme, herunder ofte hjertekarsygdom, hvilket der ikke tages højde for her.

Boks 7.3

Typisk indhold og sundhedsforbrug i et standardforløb

Typisk indhold og sundhedsforbrug i et standardforløb

- Rutinekontrol 2-4 gange årligt hos praktiserende læge eller på sygehus
- Årskontrol 1 gang årligt hos praktiserende læge eller på sygehus
- Rehabilitering herunder patientuddannelse diætvejledning mv.
- Fodterapi evt. jf. årskontrol indenfor 15 mdr.
- Øjenkontrol evt. jf. årskontrol indenfor 30 mdr.
- Tilskud til medicin, blodsukkerapparater mv.
- Diverse sociale ydelser

7.5.3 Udvalgte indikatorer til beskrivelse af forløb

Nedenfor er opgjort en række indikatorer for ældre diabetikere. Indikatorerne omfatter aktiviteten i sygehussektoren og praksissektoren og er opgjort på regionsniveau. Figurene indikerer en række interessante forskelle regionerne i mellem. I Region Hovedstaden har ældre borgere med diabetes forholdsvis mange kontakter med sygehusvæsenet (under indlæggelse såvel som ambulant), hvorimod de har færre kontakter med almen praksis end landsgennemsnittet. De ældre borgere med diabetes i Region Syddanmark har forholdsvis få indlæggelser, herunder forebyggelige indlæggelser og korttidsindlæggelser, mens de har forholdsvis mange ambulante besøg på sygehuset, og flere kontakter til almen praksis end landsgennemsnittet.

Tabel 7.8

Diverse indikatorer for personer på 65 år eller derover med diabetes fordelt på regioner, år 2011.

Region Hovedstaden	Andel med, pct.	Antal pr. person	
		(gennemsnit)	Antal i forhold til hele landet, pct.
Hospitalsindlæggelse	32	0,7	
Akut indlæggelse	27	0,6	
Forebyggelig indlæggelse	9	0,1	
Genindlæggelse	5	0,1	
Korttidsindlæggelse	10	0,1	
Ambulant kontakt	60	4,3	
Kontakt til almen læge	98	16,8	
Kontakt til vagtlæge	26	0,7	
Kontakt til prakt. speciallæge	65	2,5	

Region Sjælland	Andel med, pct.	Antal pr. person	
		(gennemsnit)	Antal i forhold til hele landet, pct.
Hospitalsindlæggelse	32	0,6	
Akut indlæggelse	26	0,5	
Forebyggelig indlæggelse	8	0,1	
Genindlæggelse	4	0,1	
Korttidsindlæggelse	6	0,1	
Ambulant kontakt	55	3,2	
Kontakt til almen læge	99	17,9	
Kontakt til vagtlæge	28	0,7	
Kontakt til prakt. speciallæge	64	1,7	

Region Syddanmark	Andel med, pct.	Antal pr. person	
		(gennemsnit)	Antal i forhold til hele landet, pct.
Hospitalsindlæggelse	29	0,6	
Akut indlæggelse	22	0,4	
Forebyggelig indlæggelse	7	0,1	
Genindlæggelse	5	0,1	
Korttidsindlæggelse	7	0,1	
Ambulant kontakt	62	4,2	
Kontakt til almen læge	99	19,0	
Kontakt til vagtlæge	27	0,7	
Kontakt til prakt. speciallæge	47	1,3	

Tabel 7.8

Diverse indikatorer for personer på 65 år eller derover med diabetes fordelt på regioner, år 2011.

Region	Andel med, pct.	Antal pr. person	
		(gennemsnit)	Antal i forhold til hele landet, pct.
Region Midtjylland			
Hospitalsindlæggelse	29	0,6	
Akut indlæggelse	23	0,4	
Forebyggelig indlæggelse	7	0,1	
Genindlæggelse	4	0,1	
Korttidsindlæggelse	8	0,1	
Ambulant kontakt	57	3,2	
Kontakt til almen læge	99	19,1	
Kontakt til vagtlæge	1	0,0	
Kontakt til prakt. speciallæge	57	1,6	
			-100 0 100
Region Nordjylland			
Hospitalsindlæggelse	29	0,6	
Akut indlæggelse	23	0,4	
Forebyggelig indlæggelse	8	0,1	
Genindlæggelse	4	0,1	
Korttidsindlæggelse	5	0,1	
Ambulant kontakt	55	2,7	
Kontakt til almen læge	99	18,5	
Kontakt til vagtlæge	12	0,2	
Kontakt til prakt. speciallæge	59	1,5	
			-100 0 100

8. Afdækning af patientrettede forebyggelsesindsatser i kommunerne

8.1 Sammenfatning

De foregående kapitler har konstateret, at personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter er særlige interessante i forebyggelsesøjemed. Analyserne viser nemlig, at disse patienttyper har et markant højere forbrug af sundhedsydelser, og i forlængelse heraf kan det også konstateres, at disse patienttyper bl.a. har en overhyppighed i antallet af forebyggelige indlæggelser, uhensigtsmæssige genindlæggelser og korttidsindlæggelser, ligesom der på tværs af og inden for de enkelte regioner er en betydelig variation i antallet af disse indlæggelser.

Kommunerne har iværksat en række forskelligartede patientrettede forebyggelsesindsatser, der er rettet mod at forebygge indlæggelser og sygehusbesøg, herunder de forebyggelige indlæggelser, uhensigtsmæssige genindlæggelser og korttidsindlæggelser. Nærværende kapitel belyser en række af disse indsatser med udgangspunkt i ti udvalgte kommuner.

Der foreligger imidlertid kun få studier, der kan dokumentere effekten af kommunale indsatser, der søger at forebygge indlæggelser. Dansk Sundhedsinstitut²⁶ fremhæver i en sammenfatning af den eksisterende viden på området to indsatser, hvor der er nogen dokumentation for en effekt på indlæggelsesmønstret. De to indsatser er:

- Opfølgende hjemmebesøg
- Følge-hjem-ordninger

For at indsamle yderligere viden om virkningen af kommunale indsatser har COWI gennemført en kvalitativ analyse af forebyggelsesindsatsen i ti udvalgte kommuner (Furesø, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Vordingborg, Esbjerg, Kerteminde, Odder, Viborg og Aalborg Kommuner). Analysen har fokuseret på indsatser målrettet ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom²⁷. COWI vurderer på baggrund af interviews med kommunale og regionale repræsentanter, at følgende kommunale indsatser har størst potentiale for at forebygge indlæggelser og ambulante kontakter i det regionale sundhedsvæsen:

- Tæt dialog og samarbejde mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen
- Kompetenceudvikling af frontpersonale
- Akutte/subakutte kommunale tilbud
- Opfølgende hjemmebesøg

Der foreligger – med undtagelse af opfølgende hjemmebesøg – ikke dokumentation for effekten af de nævnte indsatser.

COWI vurderer endvidere, at en række indsatser målrettet ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom har et mellemstort potentiale for at forebygge indlæggelser og ambulante kontakter i det regionale sundhedsvæsen. Det drejer sig om følgende indsatser:

- Faldforebyggelse
- Indsatser vedr. medicinbehandling
- Telemedicinske initiativer
- Diagnoserettede forebyggelsestilbud/rehabiliteringstilbud
- Genoptræning og vedligeholdende træning

²⁶ Forebyggelse af indlæggelser. Oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer og effekter. Dansk Sundhedsinstitut, 2011.

²⁷ COWI's analyse omhandler også nyfødte, men denne målgruppe belyses ikke i nærværende rapport.

- Udskrivningskoordinatorer og fremskudt visitation

De ti kommuner, der indgår i COWI's analyse, har selv vurderet, at en række konkrete indsatser har nogen eller mærkbar betydning i forhold til at forebygge borgernes forbrug af regionale sundhedsydelser. Disse indsatser er:

- Den sygeplejefaglige indsats – fra konkrete opgaver med medicin håndtering og mindre behandlingsopgaver i hjemmesygeplejen til kommunale akuttilbud
- Generelle indsatser i form af bl.a. tidlig opsporing i ældreplejen
- Dialog og konkrete samarbejdskonstruktioner mellem kommune, sygehus og almen praksis
- Midlertidige akutpladser og døgnrehabiliteringstilbud rettet mod at kunne modtage patienter hurtigt efter udskrivning og medvirke til at undgå indlæggelser
- Patientrettede forebyggelsesindsatser overfor bl.a. personer med kronisk sygdom (patientuddannelse, rehabiliteringsforløb, genoptræning, opfølgende hjemmebesøg)

Ovenstående vurderinger er kommunernes egne og ikke nødvendigvis underbygget med evalueringer.

Ved at sammenholde de kvantitative resultater med de kvalitative kan det konkluderes, at der ikke kan spores en klar sammenhæng mellem indsats og udgiftsniveau, men det observeres dog, at flere kommuner med en høj indsatsintensitet i forhold til personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter tilsvarende har relativt lave sundhedsudgifter hertil, ligesom flere kommuner med en lav indsatsintensitet har relativt høje sundhedsudgifter.

8.2 Udbredelse af kommunale forebyggelsesindsatser

KL har i september 2012 foretaget en undersøgelse af udbredelsen af udvalgte forebyggelsesindsatser i kommunerne, hvortil 95 kommuner har svaret. Der er bl.a. spurgt til udbredelsen af kronikertilbud, indsatser på tværs af sundhed og beskæftigelse, samarbejde med sygehus og almen praksis, indsatser rettet mod forebyggelse af indlæggelser, akut- og døgnrehabiliteringspladser, ledelsesinformation mv.

Samarbejde med sygehus om udskrivning og opgaveoverdragelse

26 kommuner har indgået konkrete aftaler om opgaveoverdragelse med region/sygehus. 82 kommuner svarende til 86 pct. har iværksat initiativer i samarbejde med sygehuset for at sikre den gode udskrivning (udskrivningskoordinator eller andet formaliseret samarbejde), mens 63 kommuner har indført opfølgende hjemmebesøg i samarbejde med almen praksis

Forebyggelse af indlæggelser

I ældreplejen arbejder kommunerne med en række forskellige indsatser rettet mod at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser, bl.a. også i samarbejde med sygehuset om udskrivning og i samarbejde med almen praksis.

- 80 pct. af kommunerne har gennemført særlige initiativer rettet mod opkvalificering af medarbejderne,
- 60 pct. af kommunerne har særlige indsatser, fx redskaber til tidlig opsporing
- 70 pct. har gennemført særlige indsatser rettet mod bedre medicin håndtering
- 60 pct. arbejder med særlige indsatser indenfor faldforebyggelse
- Omkring 50 pct. af kommunerne har erfaring med telemedicinske løsninger i ældreplejen.

I forhold til sygeplejen har kommunerne iværksat en række initiativer, og 67 pct. af kommunerne har svaret, at de med henblik på at styrke sygeplejen og forebygge indlæggelser har iværksat andre særlige initiativer. Det

er fx triagering, second opinion, kompetenceudvikling mv. Endvidere indgår 45 kommuner i et partnerskab med KL om dokumentation af sygeplejen.

Hertil kommer akut- og døgnrehabiliteringspladser med døgn-dækket sygepleje, som mere end halvdelen af kommunerne har, samt forebyggende akutteam, dvs. særlige teams med specialiseret sygeplejekompetence med henblik på at forebygge indlæggelser (13 kommuner). Der var i juni 2012 ansat 8.185 sygeplejersker og 19.086 SOSU-assistenten. Et tal der er steget med hhv. 9 og 29 pct. fra 2007.

Rehabilitering og genoptræning

95 pct. af kommunerne har indført hverdagsrehabilitering og størstedelen har gennemført opfølgning på effekten heraf. En opfølgning der i stortset alle tilfælde har vist et mindre behov for ydelser i hjemmeplejen. I forhold til genoptræningen har 95 pct. af kommunerne foretaget en intern specialisering for at sikre faglig kvalitet af genoptræningsindsatsen, eks. i form af organisering i teams eller enheder med særlig kompetence på specifikke opgaver. Der var i juni 2012 ansat 6.586 ergo- og fysioterapeuter (fuldtidsbeskæftigede) i kommunerne. Der er tale om en stigning på 56 pct. i forhold til 2007.

Det kan således konstateres, at der i kommunerne er en relativ stor udbredelse af patientrettede forebyggelsesindsatser. Særligt i de senere år har kommunerne oprustet deres forebyggelsesaktiviteter både i forhold til den borgerrettede og den patientrettede forebyggelse²⁸.

- 96 % af kommunerne har i dag forebyggelsestilbud til KOL-patienter mod 80 % i 2010.
- 85 % har forebyggelsestilbud til borgere med type 2-diabetes mod 68 % i 2010.
- 67 % har forebyggelsestilbud til borgeren med hjerte-kar-sygdom mod 54 % i 2010.
- En mindre del af kommunerne (13-32 %) har også etableret tilbud til borgere med kræft, muskelskelet-sygdom og lettere psykiske lidelser, og mange har planer om det.
- Knap 62 % af kommunerne har forebyggelsestilbud til både KOL-patienter, diabetespatienter og hjerte-kar-patienter.
- Godt 11.000 borgere, svarende til 123 borgere pr. kommune, har været igennem et tilbud for enten type-2-diabetes, hjerte-kar-sygdom eller KOL.
- I 25 % af kommunerne er der mindre end 44 borgere, der har været igennem et tilbud.

Nedenstående boks 8.1 giver et overblik over de kommunale indsatser, der er rettet mod at forebygge indlæggelser og ambulante kontakter i sundhedsvæsenet. Det er ikke alle indsatser, der tilbydes i alle kommuner. Oversigten er inddelt i generelle indsatser og indsatser målrettet ældre medicinske patienter, personer med kronisk sygdom mv.

Boks 8.1 Typer af forebyggelsesindsatser i kommunalt regi, herunder indsatser der udføres i samarbejde med det regionale sundhedsvæsen	
Generelle indsatser <u>Kommunikation mellem kommune og sygehus</u> <ul style="list-style-type: none"> • Elektronisk kommunikation mellem kommune og sygehus • Jobrotationsordninger • Sygehuse kan tilknyttes en kommunal kontaktperson • Forløbskoordinatorer • Fremskudt visitation • Udskrivningskoordinatorer • Udskrivningskonferencer (via vi- 	Indsatser målrettet ældre medicinske patienter, personer med kronisk sygdom mv. <u>Sygepleje</u> <ul style="list-style-type: none"> • Risikovurdering med evt. tilbud om forebyggende indsats • Observationskort • Ernæringsindsats • Triagering (vurdering af habitual tilstand) • Kommunale døgnpladser/akutstuer • Intensiveret sygepleje i patientens hjem (fx akutteams) • Fast vagtordning som akut tilbud/ akutteam • Opfølgende hjemmebesøg ved hjemmesygeplejerske eller praktiserende læge • Palliative teams • Sygepleje, som forebygger indlæggelser i relation til forebyggelige indlæggelser

²⁸ Patientrettet forebyggelse i kommunerne 2011, Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, november 2011.

<p>deo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fælles skolebænk <p><u>Kommunikation mellem kommune og almen praksis</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunale lægelige udvalg • Elektronisk kommunikation med almen praksis • Nyhedsbreve og portal målrettet praktiserende læger • Hjælpekort • Praktiserende læger får direkte nummer til kommunen og omvendt <p><u>Kendskab til kommunale tilbud blandt praktiserende læger (initiativer ud over information på sundhed.dk)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Praksiskonsepter informerer om kommunale tilbud • Informationsbesøg hos praktiserende læger <p><u>Organisering og samarbejde mellem sygeplejersker og hjemmehjælpere</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tæt kobling mellem sygeplejersker og hjemmeplejen <p><u>Kompetencer hos frontpersonalet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetenceudvikling med fokus på bl.a. medicin håndtering, hverdagsrehabilitering mm. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetenceudvikling af frontpersonale <p><u>Medicin håndtering</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Systematisk kontakt til praktiserende læge for at sikre der foretages medicingennemgang (sende medicinlister hvert halve år til læge med henblik på gennemgang) • Uddannelsesforløb for medarbejdere i hjemmeplejen • Dosisdispensering <p><u>Tidlig opsporing og handling i øvrigt</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetenceudvikling af frontpersonale • Omsorgstandpleje (mhp. at forebygge underernæring grundet dårlig tandstatus) • Åbent hus arrangementer på aktivitetscentre/sundhedscentre (sygepl. måler fx blodsukker og blodtryk) • Senior/ældre-cafeer • KOL-cafeer • Motionshold <p><u>Faldforebyggelse</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetenceudvikling af medarbejdere • Identifikation af borgere i risiko for fald • Træning mhp. at forebygge fald • Ernæringsindsats • Faldforebyggelsesteam (screening af faldtruede, træning i eget hjem) <p><u>Telemedicinske initiativer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • GPS-sendere på demente • Monitorering af KOL-patienter i hjemmet • Telesårpleje • Træning af KOL-patienter (virtuelt) • Virtuelle akutpladser <p><u>Patientrettede forebyggelsestilbud</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabiliteringsforløb målrettet selvhjulpne borgere med de store kroniske sygdomme (KOL, diabetes type 2, hjertekarsygdom, kræft samt i et vist omfang muskel-skelet-lidelser og lettere psykiske lidelser). • Indeholder træning, kostvejledning, rygestoptilbud, sygdomsspecifik undervisning, mestring og psykosocial støtte. <p><u>Hverdagsrehabilitering</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetenceudvikling af medarbejdere • Træning af borgere <p><u>Genoptræning og vedligeholdende træning</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Genoptræning efter indlæggelse på sygehus • Træning efter serviceloven for borgere med begrænset funktionsniveau <p><u>Forebyggende hjemmebesøg</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Obligatoriske tilbud om forebyggende hjemmebesøg til ældre på 75 år eller derover
---	--

8.2 Kommunal forebyggelse i ti udvalgte kommuner

COWI har bistået udvalget med at gennemføre en kvalitativ analyse af potentialet for forbedret kommunal forebyggelse. Analysen er baseret på ti kommuner, hvoraf fem kommuner har et forholdsvist højt forbrug af regionale sundhedsydelse, ligesom der er udvalgt fem kommuner med et forholdsvist lavt forbrug. Herudover er der i udvælgelsen tilstræbt at sikre en vis variation i kommunernes socioøkonomiske forhold, geografisk spredning samt repræsentation af både by- og landkommuner.

Det drejer sig om følgende kommuner:

- Region Hovedstaden: Furesø, Hillerød og Hvidovre Kommuner
- Region Sjælland: Holbæk og Vordingborg Kommuner
- Region Syddanmark: Esbjerg og Kerteminde Kommuner
- Region Midtjylland: Odder og Viborg Kommuner
- Region Nordjylland: Aalborg Kommune

Analysen har bl.a. afdækket kommunale indsatser målrettet ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom samt samarbejdet mellem kommuner, det regionale sundhedsvæsen (sygehuse) og almen praksis, der kan medvirke til at forebygge indlæggelser og ambulante kontakter på det somatiske område. I nedenstående boks 8.2 opridses konklusionerne fra publikationen "Kvalitativ analyse af potentialet for forbedret kommunal forebyggelse af sygehuskontakt" fra 2012.

Boks 8.2

Konklusioner fra publikationen "Kvalitativ analyse af potentialet for forbedret kommunal forebyggelse af sygehuskontakt", COWI, 2012

COWI vurderer, at følgende kommunale indsatser har størst potentiale for at forebygge indlæggelser og ambulante kontakter i det regionale sundhedsvæsen:

- Tæt dialog og samarbejde mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen
- Kompetenceudvikling af frontpersonale
- Akutte/subakutte kommunale tilbud
- Opfølgende hjemmebesøg

COWI vurderer endvidere, at en række indsatser målrettet medicinske patienter og kroniske syge har et mellemstort potentiale for at forebygge indlæggelser og ambulante kontakter i det regionale sundhedsvæsen.

Det drejer sig om følgende indsatser:

- Faldforebyggelse
- Indsatser vedr. medicinbehandling
- Telemedicinske initiativer
- Diagnoserettede forebyggelsestilbud/rehabiliteringstilbud
- Genoptræning og vedligeholdende træning
- Udskrivningskoordinatorer og fremskudt visitation

I de efterfølgende afsnit beskrives de ti kommuners forebyggelsesindsatser. Først opridses kommunernes generelle indsatser, hvorefter indsatser målrettet ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom præsenteres. Det bemærkes, at flertallet af de beskrevne tiltag endnu ikke er evalueret i forhold til at dokumentere indsatsernes effekt på indlæggelsesmønstret. Endvidere er de samlede samfundsøkonomiske virkninger af de enkelte tiltag ikke vurderet.

8.2.1 Generelle indsatser

Kommunikation og samarbejde på tværs

For at sikre en effektiv forebyggelsesindsats er det særlig vigtigt, at kommunikationen mellem henholdsvis kommune og sygehus, kommune og almen praksis og internt i kommunen fungerer optimalt. For at opnå en god kommunikation kan flere initiativer iværksættes, som f.eks. elektronisk kommunikation med sygehuse, jobrotationsordninger, forløbskoordinatorer mm. Erfaringer fra bl.a. Viborg Kommune viser, at det kan lette kommunikationen og forståelsen mellem kommune og sygehus, hvis kommunen har medarbejdere, som tidligere har været ansat på sygehus og omvendt²⁹.

I et forsøg på at nedbringe antallet af dage, hvor færdigbehandlede patienter fortsat er indlagt på sygehus, har flere kommuner ansat såkaldte koordinerende visitatorer eller udskrivningskoordinatorer. De fungerer som bindeled mellem kommune og sygehus og er med til at skabe et sammenhængende patientforløb. Erfaringerne synes generelt at være gode, men der er behov for mere systematisk erfaringsopsamling³⁰.

Viborg Kommune har fremskudt visitation, som dækker over, at kommunens visitatorer er placeret på sygehuset. Hillerød Kommune vil forsøge at skabe økonomisk råderum til fremskudt visitation. Gribskov Kommune har i dag fremskudt visitation på Nordsjællands Hospitaler, som den eneste kommune i optageområdet. Nord-

²⁹ Kvalitativ analyse af potentialet for forbedret kommunal forebyggelse af sygehuskontakt, 2012, COWI

³⁰ Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan, 2011, Sundhedsstyrelsen

sjællands Hospitaler har gode erfaringer med fremskudt visitation, men peger samtidig på, at det kan give problemer, hvis alle kommuner ønsker at have visitatorer placeret på sygehusene.

Odder Kommune gennemfører udskrivningskonferencer med Regionshospitalet Horsens og Brædstrup ved brug af video. Kommunen forventer, at det vil betyde, at de vil kunne afholde udskrivningskonferencer for flere patienter, fordi de sparer transporttiden til sygehuset. Alle sygehuse i undersøgelsen oplyser, at de afholder udskrivningskonferencer for de patienter, hvor det vurderes relevant. Blandt sygehusene i Region Syddanmark afholdes dog færre og færre udskrivningskonferencer på grund af forbedret kommunikation i sektorovergangene via det elektroniske kommunikationssystem SAM:BO. Udskrivningskonferencerne gennemføres ved personligt fremmøde eller telefonisk. Nogle steder anvendes videokonferencer, jf. oven for. Denne løsning nævnes af flere sygehuse som et godt alternativ til det personlige fremmøde. Herudover fremhæves det, at fremskudt visitation eller lignende ordninger gør det lettere at afholde udskrivningskonferencer ved personligt fremmøde, fordi de kommunale repræsentanter ikke skal bruge længere tid på transport.

Samarbejdet med almen praksis

Kommunerne påpeger endvidere, at en god dialog med de praktiserende læger også er afgørende. De praktiserende læger henviser til behandling på sygehuse, og derfor afhænger kommunens forbrug af regionale sundhedsydelse netop af de praktiserende læger. Generelle problemstillinger i samarbejdet med de praktiserende læger drøftes i det kommunale lægelige udvalg, som er etableret/under etablering i alle kommuner som følge af den seneste overenskomst med de praktiserende læger. Furesø, Hvidovre og Odder Kommuner fremhæver, at den elektroniske kommunikation med de praktiserende læger letter den løbende kommunikation. Hillerød Kommune har et nyhedsbrev og en portal, som bruges til at informere de praktiserende læger. I

Vordingborg Kommune har man udviklet hjælpekort til sosu'er til brug for kommunikation med praktiserende læger med positive tilbagemeldinger fra lægerne. Hjælpekortet er en konkret tjekliste, dels i forhold til forberedelse inden sosu-assistenten kontakter læge eller andre, og dels i forhold til den information, der er væsentlig at få med i kommunikationen på vegne af borgeren.

Kendskabet til og tilliden til kommunale tilbud blandt de praktiserende læger er en forudsætning for, at de praktiserende læger henviser til kommunale tilbud. Flere kommuner fremhæver positive erfaringer med, at en praksiskonsulent informerer om kommunale tilbud.

I boks 8.3 præsenteres indsatser vedr. kommunikation og samarbejde på tværs.

Boks 8.3

Indsatser vedr. kommunikation og samarbejde på tværs

Forløbskoordinator (Viborg Kommune)

Der er oprettet en forløbskoordinatorstilling, som er en delt stilling mellem kommune og sygehus. Målgruppen er personer med flere kroniske sygdomme. Formålet er at afdække, hvor i samarbejdet mellem sektorerne, der brug for at sætte ind. Kommunikation og dokumentation på tværs af sektorer er generelt et stort problem. Forløbskoordinatoren har den fordel at have adgang til begge systemer (både det kommunens og sygehusets system). Forløbskoordinatoren kan medvirke til, at kommunikationen via de eksisterende kanaler forbedres og sikre, at viden ikke går tabt i overgangen mellem sektorer. Forløbskoordinatoren har typisk ikke direkte kontakt med borgerne, men kommer med forslag til, hvad kommunen eller sygehuset kan gøre for at undgå indlæggelser. Forløbskoordinatoren kan blive kontaktet af de praktiserende læger, rehabiliteringsafdeling i kommunen eller hjemmesygeplejersker, der ønsker at drøfte forskellige problemstillinger. Herudover beskæftiger forløbskoordinatoren sig med forløb for indlagte medicinske patienter på sygehuset. Projektet startede 1. maj 2011 og kører frem til 31. december 2012. Det overordnede

mål er at reducere antallet af indlæggelser i målgruppen med 5 procent.

Jobrotation (Aalborg Kommune)

Aalborg Kommune og Region Nordjylland/Aalborg Sygehus har i samarbejde oprettet en jobrotationsordning, som kaldes "bytte-bytte-sygeplejersker". En kommunal hjemmesygeplejerske og en regional sygeplejerske fra en relevant afdeling på sygehuset tilbringer to dage på sygehuset og to dage i hjemmeplejen. Formålet med ordningen er at fremme sparring, skabe videndeling samt øge forståelse for hinandens arbejde, hvilket kvalitetsudvikler samarbejdet.

Organisering

Flere kommuner fremhæver det tværfaglige samarbejde internt i kommunerne som afgørende for forebyggelsesindsatsen. Aalborg Kommune har en styregruppe på sundhedsområdet med repræsentation fra andre forvaltninger, og der indgås årlige samarbejdsaftaler med andre forvaltninger. I Furesø Kommune er der etableret flere tværfaglige mødefora om kommunens mere komplekse borgere. I Esbjerg Kommune arbejdes der i tværfaglige team, og i Hvidovre Kommune lægges der mange ledelseskrafter i, at kommunens medarbejdere forstår hinanden på tværs. Forskelle i den interne organisering og arbejdstilrettelæggelse i kommunerne kan have betydning for antallet af indlæggelser og ambulante kontakter. Flere kommuner peger på vigtigheden af, at hjemmeplejen og hjemmesygeplejen arbejder tæt sammen. Kommunerne vurderer endvidere, at det er afgørende, at frontpersonalet er i tæt dialog med sygeplejerskerne. I Vordingborg og Odder Kommuner er hjemmesygeplejen integreret i hjemmeplejen. Forskelle i den interne organisering og arbejdstilrettelæggelse i kommunerne kan have betydning for antallet af indlæggelser og ambulante kontakter.

Kompetenceniveau

Endelig konstaterer kommunerne, at kompetenceniveauet hos frontpersonalet er vigtigt i den kommunale forebyggelsesindsats. Det vurderes, at det bl.a. er den løbende kompetenceudvikling af det kommunale plejepersonale, der på længere sigt kan gøre medarbejderne i stand til at opfange og reagere på borgernes begyndende funktionstab i tide, således at egentlige indlæggelser kan forebygges, samtidig med at standarden for plejen generelt hæves. Især kompetenceudvikling vedrørende tidlig opsporing og handling samt medicin-håndtering anses for at have afgørende betydning. Der er gennemført/fokus på kompetenceudvikling for frontpersonale i flere kommuner, *jf. boks 8.7.*

8.2.2 Indsatser målrettet ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom

Som det fremgår af tabel 8.1 kan kommunerne iværksætte en række forskellige indsatser for at forebygge indlæggelser og ambulante kontakter for ældre medicinske patienter, mennesker med kronisk sygdom mv. De ti kommuners indsatser målrettet medicinske patienter og personer med kronisk sygdom beskrives i det efterfølgende.

Akutte/subakutte kommunale tilbud

Ifølge Sundhedsstyrelsen kan nogle af de meget korte indlæggelser undgås, hvis der eksisterer akutte/subakutte kommunale tilbud (kommunale døgnpladser eller øget sygepleje i patientens hjem). Dette kræver klare aftaler med almen praksis om rådgivning og vurdering, når behovet opstår³¹.

Otte af de ti kommuner oplyser at have akutte/subakutte kommunale tilbud. Indhold og omfang af tilbuddene varierer mellem kommuner fra mange eller få døgnpladser, til akutstuer og akutteams. Kompetenceniveauet blandt de kommunale medarbejdere samt kendskab og tillid til kommunale tilbud blandt de praktiserende læger fremhæves af kommunerne som afgørende for udbyttet af den akutte/subakutte indsats. Det sidste er en

³¹ Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan, 2011, Sundhedsstyrelsen

forudsætning for, at de praktiserende læger henviser til de kommunale tilbud i stedet for at indlægge patienter på sygehus.

Viborg kommune har etableret et såkaldt akutteam, som beskrives i boks 8.4.

Boks 8.4

Akut/subakut kommunalt tilbud

Akutteam (Viborg Kommune)

Viborg Kommune etablerede i marts 2011 et akutteam, der består af ni sygeplejersker med forskellige kompetencer. Tilbuddet gælder for alle grupper af borgere. Sygehuset, de praktiserende læger eller hjemmeplejen visiterer, og enkelte borgere kan ringe direkte. Akutteamets opgave er at rykke hurtigt ud til borgerne, hvor de f.eks. kan tage blodprøver eller give IV-behandling. Kommunen vurderer, at der er forebygget 20 indlæggelser om måneden indtil nu. Vurderingen er foretaget af akutteamet selv.

Tidlig opsporing og handling

Tidlig opsporing og handling fokuserer på indsatser som faciliterer, at det kommunale frontpersonale er i stand til at observere og handle hensigtsmæssigt i forhold til en ændret sundhedstilstand hos borgerne. Ved tidlig opsporing og handling blandt ældre medicinske patienter anbefales det at anvende værktøjer til systematisk identifikation af nedsat fysisk funktionsniveau, underernæring, ensomhed/isolation og sygdomstegn³². Ved at identificere ændringer i borgernes sundhedstilstand tidligt er der alt andet lige bedre muligheder for at forebygge indlæggelser. En interviewundersøgelse gennemført af DSI peger på, at få og mere specialiserede sundhedspersonaler ikke kan løse opgaven alene, f.eks. sygeplejersker. Det handler om at involvere flere kommunale medarbejdere og skabe samarbejde på tværs, men det kræver samtidig et højere niveau af viden i organisationens yderste led. Der peges særligt på behovet for at ændre kulturen, sådan at sundhedsfaglig og forebyggende fokus, tænkning og handling bliver en integreret del af hverdagen. Det kræver et tæt (dagligt) samarbejde mellem hjælpere, assistenter, sygeplejersker mv. med fokus på læring og feedback - ikke kun uddelegering og fordeling af opgaver. Endvidere er det afgørende at kunne reagere hurtigt. En stor svaghed i mange nuværende indsatser er, at handling enten udebliver eller ikke er effektiv, og der efterlyses klare rammer, retningslinjer, rutiner og handlemuligheder³³.

Ni ud af de ti kommuner har indsatser med henblik på tidlig opsporing og handling udover de forebyggende hjemmebesøg. Initiativerne er mangecartede såsom seniorcafeer, åbent hus arrangementer, motionshold, kompetenceudvikling af medarbejdere mm.

Flere kommuner fremhæver vigtigheden af en tværfaglig organisering, herunder at hjemmehjælpere og hjemmesygeplejen arbejder tæt sammen. I Odder Kommune er hjemmesygeplejersker integreret i hjemmeplejen og indgår i tæt dialog med assistenterne. Denne organisering bevirker, at assistenterne altid ved, hvor de kan henvende sig, hvis de observerer ændringer i borgerens tilstand, som skal drøftes med en hjemmesygeplejerske.

I boks 8.5 beskrives to eksempler på indsatser vedr. tidlig opsporing og handling.

Boks 8.5

Tidlig opsporing og handling

Stolemotionshold (Kerteminde Kommune)

Projektet "Livskraft i Senior Livet" skal forebygge lidelser, indlæggelser på sygehus og behov for hjælp fra

³² Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan, 2011, SUnhedsstyrelsen

³³ Forebyggelse af indlæggelser, 2011, Dansk Sundhedsinstitut

andre ved at have særligt fokus på faldulykker, fejllærning og nedsat funktionsniveau. Borgere over 70 år kontaktes og tilbydes en risikovurdering med tilbud om forebyggende indsats efter behov. 160 medarbejdere og 45 frivillige er uddannet som instruktører i "Stol på Idræt", og der er oprettet omkring 20 stolemotionshold med 320 aktive motionister i lokalområderne. Der afholdes endvidere livscaféer i forbindelse med stolemotionsholdene.

Triagering (Hillerød Hospital og Hillerød Kommune)

Hillerød Hospital har i samarbejdet med Hillerød Kommune og fire andre kommuner gennemført et projekt med henblik på at forebygge indlæggelser. Projektet undersøgte både indlæggelser og genindlæggelser med seks udvalgte diagnoser, og konklusionen var, at patienterne var syge, da de blev indlagt, men at langt størstedelen af indlæggelserne kunne have været forebygget - ikke op til 14 dage før, men tidligere. Et redskab, som er udviklet som led i projektet, er triagering i hjemmeplejen, hvor borgerne opdeles i kategorier efter, hvor alvorlig deres tilstand er: Grøn, gul (her kan kommunen gøre noget) og rød (her skal andre faggrupper ind). Det er et simpelt system, hvor hensigten er at øge den faglige refleksion. Der er udarbejdet forskellige systemer for handling, og når en borger flyttes fra grøn til gul, er man forpligtet til at handle.

Opfølgende hjemmebesøg

Opfølgende hjemmebesøg har til formål at sikre en let og smidig overgang til hjemmet efter udskrivning fra sygehus for svage ældre ved at tilbyde borgeren et eller flere besøg af sundhedsfagligt personale i eget hjem. Opfølgende hjemmebesøg efter indlæggelse gennemføres typisk i et samarbejde mellem kommune, sygehus og almen praksis. Det er som regel sygehuset, som visiterer til ydelsen, og hjemmesygeplejen samt den praktiserende læge, der gennemfører besøget. Det er en række studier, der tyder på, at de opfølgende hjemmebesøg kan forebygge indlæggelser og nedbringe forbruget af kommunale ydelser. Effekten er dog relativt følsom i forhold til de mål, der ledelsesmæssigt opstilles i forbindelse med besøgene og i forhold til den konkrete organisatoriske implementering³⁴.

Seks ud af de ti kommuner oplyser, at de gennemfører opfølgende hjemmebesøg. Antallet af besøg varierer meget fra kommune til kommune. Det fremhæves som afgørende for indsatsernes udbytte, at kommunernes samarbejde med almen praksis fungerer. Det kan være en udfordring at finde et tidspunkt inden for f.eks. en uge efter udskrivelse, hvor både hjemmesygeplejersken og den praktiserende læge har mulighed for at deltage. Desuden er det en forudsætning, at der er indgået en aftale med de praktiserende læger om aflønning for den tid, som de bruger i forbindelse med besøget.

Flere kommuner fremhæver endvidere, at de opfølgende hjemmebesøg er en god lejlighed til at få gennemgået borgerens medicin, og at denne del af indsatsen har stort potentiale i forhold til at forebygge indlæggelser. Andre kommuner påpeger, at de har gode erfaringer med udgående sygeplejersker og palliative teams fra sygehuset.

Der er lighedspunkter mellem kommunernes opfølgende hjemmebesøg og Region Hovedstadens såkaldte følge-hjem-ordninger, *jf. boks 8.6*.

³⁴ Forebyggelse af indlæggelser, 2011, Dansk Sundhedsinstitut

Boks 8.6

Følge-hjem-ordning

Region Hovedstaden har fra 2010 implementeret følge-hjem-ordninger. Ordningerne er bl.a. baseret på et randomiseret kontrolleret forsøg på Gentofte Hospital, der viste, at der går længere tid, før patienterne bliver genindlagt, hvis de følges hjem af sygehuspersonale efter udskrivelse, og såfremt de bliver genindlagt, er de indlagt i kortere tid. Målgruppen er svage patienter/ patienter med komplekse problemstillinger. Personalet gennemgår patientens medicin, afprøver/installerer hjælpemidler samt tjekker op på praktiske ting - der ses på helhedsbilledet af patienten i hjemmet. Et vigtigt aspekt i ordningen er at skabe tryghed for patienten. Der er typisk behov for at involvere både kommune og almen praksis. Effekten af indsatsen i forhold til at forebygge indlæggelser er dokumenteret ³⁵.

Medicinhåndtering

På grund af svækkelse, herunder kognitive problemer, er flere ældre medicinske patienter afhængige af hjælp fra f.eks. den kommunale hjemmepleje til medicinadministration. Flere kommuner fremhæver, at indsatser vedr. medicinhåndtering har et særligt stort potentiale i forhold til at forebygge indlæggelser og ambulante kontakter. Der opstår generelt for mange medicinfejl - især ved ændringer i borgerens medicin. Kommunerne oplever, at der er udfordringer i forhold til kommunikationen med sygehus. Det handler typisk om den information om medicin, som kommunerne modtager fra sygehusene efter udskrivelse. Det opleves som problematisk, at sygehus, almen praksis og kommune ikke har fælles adgang til data om borgerens medicin. Det Fælles Medicinkort (FMK) kan givetvis være med til at løse nogle af disse udfordringer og sikre, at kommunerne har adgang til opdateret information om, hvilken medicin der er ordineret til borgeren.

Det blev i september 2009 besluttet at udbrede et fælles elektronisk medicinkort, der skal give alle klinkere i sundhedsvæsenet adgang til opdaterede informationer om en patients aktuelle medicinering. Det vil bidrage til mere sikker medicinering og forebygge medicineringsfejl, bl.a. fordi uhensigtsmæssige arbejdsgange i forbindelse med udveksling af medicinoplysninger mellem sundhedsvæsenets parter kan afskaffes.

Ifølge økonomiaftalerne for 2010 skulle Fælles Medicinkort (FMK) have været fuldt udrullet i alle regioner, i alle kommuner og hos de praktiserende læger inden udgangen af 2011, men forventes først afsluttet på sygehuse og hos praktiserende læger og speciallæger ved udgangen af 2013. Den kommunale udbredelse er endnu ikke igangsat.

På et møde i den nationale bestyrelse for sundheds-it den 20. december 2012 blev der mellem stat, kommuner og regioner opnået enighed om, at den tekniske udbredelse i kommunerne skal afsluttes inden udgangen af 2014 og systemet skal være taget i fuld anvendelse senest medio 2015. Dette vil ske med udgangspunkt i standardiserede implementeringsmodeller, der sikrer koordination til sygehuse og praktiserende læger.

Alle kommuner arbejder løbende med medicinhåndtering i hjemme-sygeplejen og i samarbejde med almen praksis. I COWI's analyse peges der på nogle konkrete initiativer, fx at nogle kommuner med faste mellemrum tager kontakt til de praktiserende læger for at sikre, at der bliver foretaget medicingennemgang for udvalgte borgere. Odder Kommune har siden 2009 sendt medicinlister til de praktiserende læger hvert halve år med henblik på gennemgang. I Vordingborg Kommune har de iværksat en ny indsats pr. 1. januar 2012 på to plejecentre, hvor kommunen kontakter praktiserende læge, når borgere på plejecentre har fødselsdag, hvorefter den praktiserende læge kommer ud på plejecenteret og gennemgår medicinen sammen med en sygeplejerske.

³⁵ Forebyggelse af indlæggelser, 2011, Dansk Sundhedsinstitut

Alle repræsentanter fra sygehuse i COWI's analyse fortæller, at de fokuserer på sikker medicin håndtering. Sygehuse forsøger således, at sikre kommunikationen i sektorovergangen fra sygehus til kommune bedst muligt. I Region Syddanmark anvendes et én-strengt medicinsystem via det elektroniske kommunikationssystem SAM:BO, der skal sikre, at alle medicinoplysninger kommunikeres fra den ene sektor til den anden. Nedenfor i boks 8.7 fremgår eksempler på, hvorledes kommunerne arbejder med medicin håndtering.

Boks 8.7
Medicin håndtering
Nogle kommuner fremhæver indsatser vedr. kompetenceudvikling af medarbejderne i forbindelse med medicin håndtering. I 2007 satte Kerteminde Kommune særlig fokus på korrekt medicin håndtering. Som et led i dette var samtlige ansatte i hele hjemmeplejen på et opdateringskursus i medicin håndtering i 2011. Kommunen har fået en procedure for medicin håndtering, så medarbejderne altid er opdateret. Dette indebærer, at der er en klar ansvarsfordeling mellem de forskellige faggrupper, f.eks. sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Ligeledes har alle personalegrupper i Hvidovre Kommune modtaget undervisning i procedurer og arbejdsgangsbeskrivelser siden 2010 og Viborg Kommune gennemfører også undervisning af ansatte i hjemmeplejen og på plejecentre.
Et andet eksempel på medicin håndtering er Københavns kommune, der har indgået en aftale med apotekerne om medicingennemgang på 17 plejehjem. Aftalen blev indgået i 2012 og løber foreløbigt frem til 2014.

Genoptræning

I henhold til sundhedsloven skal kommunerne tilbyde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. genoptræningsplanen fra sygehuset. Det bør generelt tilstræbes, at genoptræning efter udskrivelse sker umiddelbart i forlængelse af udskrivelsen for at opnå optimal effekt. I nogle tilfælde kan det dog være nødvendigt at afvente heling og derfor udskyde opstarten af genoptræning.

Der er store forskelle blandt de ti kommuner i den oplyste gennemsnitlige ventetid på genoptræning efter udskrivelse. Således varierede median-ventetiden i 2011 fra 10 dage efter udskrivning fra sygehus til 27 dage.

Tabel 8.2
Median-ventetid til genoptræning efter udskrivelse fra sygehus, 2011, dage

Kommune	Ventetid (median)
Furesø	10
Hillerød	25
Hvidovre	14
Holbæk	26
Vordingborg	19
Esbjerg	27
Kerteminde	25
Odder	26
Viborg	14
Aalborg	22
Lands gennemsnit	19

Kilde: Statens Serum Institut

Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering dækker over en indsats i borgerens hjem eller nærmiljø med det formål, at borgeren skal udvikle, genvinde og bibeholde eller forebygge forringelse af sine funktioner og evner. Det har ikke været muligt at påvise en direkte sammenhæng med indlæggelser (DSI, 2011).

Samtlige ti kommuner oplyser, at de gennemfører indsatser inden for hverdagsrehabilitering. Formålet med hverdagsrehabilitering i alle kommunerne er at gøre borgeren mere selvhjulpne og hermed mindre afhængig af hjælp fra kommunen. Indsatsen vurderes på denne baggrund at have et væsentligt potentiale for kommunale besparelser som følge af reduceret behov for kommunale ydelser. Den direkte betydning i forhold til forebyggelse af indlæggelser er tvivlsom. Hvis de ældre som følge af hverdagsrehabiliteringen generelt bliver mere selvhjulpne og funktionsdygtige, kan det dog have betydning for antallet af indlæggelser og ambulante besøg på sygehuse på længere sigt.

I boks 8.8 beskrives Esbjergs døgnrehabiliteringsindsats.

Boks 8.8

Rehabilitering

Døgnrehabilitering (Esbjerg Kommune)

Esbjerg kommune har samlet specialkompetencer i rehabilitering på 20 midlertidige boliger. Der var tale om et forsøg i 2010, men døgnrehabiliteringen er siden blevet et permanent tilbud som følge af kommunens gode erfaringer. De borgere, som visiteres til døgnrehabilitering, kan komme fra både sygehus og eget hjem. Oftest er det ældre med fysiske eller psykiske problemer, som ikke er i stand til at klare sig selv. Opholdet har til formål at gøre borgerne bedre i stand til at klare sig selv, samtidig skal døgnrehabiliteringen bevirke, at borgernes udskrivning fra sygehuset forbedres og at sandsynligheden for genindlæggelser falder.

Faldforebyggelse

En af de medvirkende faktorer til faldulykker er et faldende fysisk aktivitetsniveau. Nedsat muskelstyrke og balanceevne er årsager til faldulykker. Andre hyppigt medvirkende årsager er svimmelhed og bivirkninger i forbindelse med indtagelse af medicin. Der er dokumentation for, at en systematisk multifaktoriel faldforebyggelse, hvor fysisk træning er central, kan reducere forekomsten af faldulykker og faldrelaterede skader³⁶. Multifaktoriel faldforebyggelse dækker over faldforebyggelse, som tager sigte på at udrede og forebygge alle de mange faktorer, som kan udløse fald, herunder manglende ernæring og væskeindtag, medicin, sygdom, boligindretning, adfærd og psykiske forhold.

Syv af de ti kommuner fortæller, at de har iværksat en systematisk indsats rettet mod forebyggelse af fald. Der er generelt tale om indsatser med henblik på at identificere personer med risiko for fald - f.eks. som fokusområde i de forebyggende hjemmebesøg. I nedenstående boks 8.9 fremgår det, hvorledes Odder Kommuner og Nordsjællands Hospitaler arbejder med faldforebyggelse.

Boks 8.9

Faldforebyggelse

I Odder Kommune er der udrullet et forløbsprogram for patienter med hoftebrud. Medarbejderne er udstyret med et kort med advarselslamper. Hvis medarbejderen er bekymret for en borger og kan svare "ja" til et af en række spørgsmål, skal medarbejderen dokumentere det i omsorgssystemet og orientere sosu-assistent eller sygeplejerske. Aalborg Kommune har en lignende indsats og fremhæver, at det er vigtigt at have en helhedsorienteret multifaktoriel tilgang til faldforebyggelsen.

³⁶ Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan, 2011, Sundhedsstyrelsen

Nordsjællands Hospitaler påpeger, at Helsingør Kommune som den eneste kommune i optageområdet har en systematisk faldforebyggende indsats. Kommunen har et faldforebyggelsesteam, som står for screening af faldtruede, træning i eget hjem og har en helhedsorienteret tilgang. En evaluering af indsatsen viste, at den er omkostningsneutral for kommunen.

Flere sygehuse har etableret faldklinikker, hvor patienterne kan henvises til faldudredning. De fleste steder er der ikke formaliseret samarbejde mellem hospitaler og kommuner i forhold til faldforebyggelse, og sygehuse efterspørger en forstærket kommunal indsats på området.

Diagnoserettede tilbud/forløbsprogrammer

Fysisk træning er i de fleste kommuner en del af diagnoserettede tilbud/forløbsprogrammer, og størstedelen af kommunerne udbyder undervisning i emner som f.eks. kost, vigtigheden af fysisk aktivitet og sygdomsspecifik viden som en del af deres tilbud³⁷.

Alle ti kommuner i COWI's analyse har implementeret diagnoserettede forebyggelsestilbud/ forløbsprogrammer for KOL og type 2-diabetes. Herudover har nogle kommuner implementeret forløbsprogrammer for hjertekarsygdom, muskel-skeletsygdomme, kræft, hjerneskade og palliation og særligt Aalborg kommune har opnået gode resultater gennem rehabiliteringstilbud til borgere med KOL og/eller hjertekarsygdomme, *jf. boks 8.10*. Flere kommuner fremhæver, at det er afgørende, at de praktiserende læger kender tilbuddene og har tillid til dem, da det er den praktiserende læge, der henviser.

Boks 8.10

Diagnoserettede tilbud/forløbsprogrammer

Aalborg Kommune er den af de ti kommuner, der er været længst fremme med implementeringen af forløbsprogrammer. En evaluering af Aalborg kommunes rehabiliteringstilbud til borgere med KOL og/eller hjertekarsygdomme viser, at deltagerne reducerede deres forbrug af sygehjælp med 1,7 mio. kr. efter to år. Aalborg Kommune har rehabiliteringstilbud til borgere med KOL, hjertekarsygdom, type 2-diabetes, kræft, muskel- skeletsygdomme og demens. Rehabiliteringstilbud kan forebygge indlæggelser og ambulante kontakter ved at styrke patientens egenomsorg og hermed forsinke sygdomsudviklingen. Herudover kan rehabiliteringstilbud til borgere med f.eks. KOL og hjertekarsygdom medvirke til at forebygge indlæggelser og ambulante kontakter, som skyldes angstanfald.

I Hillerød Kommune er diabetes-tilbuddet organiseret som et tværkommunalt samarbejde med Allerød og Gribskov Kommuner. Fordelen ved det tværkommunale samarbejde er en øget fleksibilitet, herunder at patienterne kan komme hurtigere til, fordi der oprettes flere hold løbende. Ulempen kan være øget transport for patienterne. Tilbuddene er generelt målrettet borgere, som i vid udstrækning er selvhjulpne. Borgere med begrænset funktionsevne kan tilbydes træning efter serviceloven.

Telemedicinske initiativer

Telemedicin giver patient og pårørende nye muligheder ved pleje og behandling. Telemedicinsk behandling foregår ofte i et samarbejde mellem kommune og sygehus. Ved hjælp af værktøjer til hjemmemonitorering kan der fx skabes mulighed for, at patienten – eventuelt med hjælp fra en hjemmesygeplejerske – kan interagere med en læge eller sygeplejerske via internettet. Telemedicin har gennem flere år været benyttet i den præhospitale indsats ved hjertepatienter, og der er igangsat flere mindre projekter for KOL-patienter³⁸.

³⁷ Patientrettet forebyggelse i kommunerne – en kortlægning af patientrettede forebyggelsestilbud (rehabilitering) til borgere med type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdom og kronisk obstruktiv lungesygdom i alle danske kommuner, 2011, Trygfondens forebyggelsescenter

³⁸ Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan, 2011, Sundhedsstyrelsen

Fem af de ti kommuner oplyser at have erfaring med telemedicin og/eller hjemmemonitorering. Andre kommuner oplyser, at de ved at planlægge et projekt eller indgår i et planlagt, men endnu ikke igangsat projekt. Aalborg Kommune har f.eks. medvirket i et fireårigt tværsektorielt forskningsprojekt TELEKAT i perioden 2008-2011, jf. boks 8.11. Holbæk Kommune deltager i et udviklingsprojekt om telesårpleje med Roskilde Sygehus. Projektet indebærer, at hjemmesygeplejersken udstyres med en smartphone, som bruges til at tage billeder af patientens sår og sende billeder til sygehuset, der på dette grundlag yder vejledning om behandling. Furesø og Kerteminde Kommuner deltager i lignende projekter. I Hillerød Kommune anvendes GPS-sendere til demente. På den måde undgås indlæggelser og skadestuekontakter som følge af, at borgere bliver nedkølede, hvis de farer vild og ikke kan finde hjem.

Boks 8.11

Telemedicin

Aalborg Kommune har fra 2008-2011 medvirket i et forskningsprojekt forankret på Aalborg Sygehus, TELEKAT. I forskningsprojektet blev det demonstreret, at KOL-patienter med støtte fra telehomecare-teknologi kan uddannes til selvmonitorering af egen sygdom. Erfaringerne fra projektet skal udbredes til hele kommunen fra 2013. Det er et mål at undgå 280 indlæggelser som følge af KOL i løbet af et år. Det svarer til 40 procent af alle indlæggelser inden for målgruppen med 2010 som baseline. I forskningsprojektet deltog 115 borgere med svær eller middelsvær KOL opdelt i en interventions- og en kontrolgruppe. Efterfølgende sammenligninger mellem de to grupper viste et dokumenteret fald i indlæggelser på 54 procent og et fald i udgifterne til plejeydelser på 20.000 kroner pr. borger. Evaluering af TELEKAT blev foretaget i samarbejde med universitet.

Forebyggende hjemmebesøg

Siden 1995 har det ifølge servicelovens § 79 været bestemt, at kommunerne skal tilbyde ældre på 75 år og derover mindst et årligt forebyggende hjemmebesøg. De forebyggende hjemmebesøg gennemføres forskelligt i kommunerne. Erfaringer viser, at det kan være hensigtsmæssigt at centralisere de forebyggende hjemmebesøg for at samle dokumentation og udvikle kompetencer hos medarbejderne.

Syv ud af de ti kommuners tilbud om forebyggende hjemmebesøg holder sig inden for minimumsstandarderne fastsat i henhold til servicelovens § 79a. Der er forskelle mellem kommuner i forhold til, hvordan der rekrutteres til forebyggende hjemmebesøg. Det er den generelle opfattelse i kommunerne, at deltagelsesprocenten øges, hvis borgeren selv skal melde afbud for ikke at få besøg. På den måde fanges flere svagere ældre, som ikke magter at melde afbud. Nogle kommuner har valgt at ændre rekrutteringsstrategien, f.eks. Furesø, Hillerød og Odder Kommuner, sådan at borgeren nu selv skal kontakte kommunen for at aftale tidspunkt for besøg med det formål at spare ressourcer og som følge af, at mange af besøgene hos ressourcestærke borgere blev oplevet som unødvendige. Ifølge Viborg Kommune øger det deltagelsesprocenten at have et fokusområde for de forebyggende hjemmebesøg.

8.3 Hvilke forebyggelsesindsatser virker?

Formålet med nærværende afsnit er, at belyse hvilke forebyggelsesindsatser der har en reel effekt på borgernes indlæggelsesmønster. Først belyses forskningen, herefter præsenteres aktørernes egne vurderinger og slutteligt inddrages rapportens kvantitative konklusioner.

8.3.1 Hvad siger forskningen?

Den eksisterende viden vedrørende forebyggelse af indlæggelser er sammenfattet af Dansk Sundhedsinstitut i 2011³⁹. DSI gennemgår erfaringer fra opfølgende hjemmebesøg, følge-hjem ordninger, hverdagsrehabilite-

³⁹ Forebyggelse af indlæggelser. Oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer og effekter. Dansk Sundhedsinstitut, 2011.

ring og forskellige indsatser relateret til forebyggelse af (primær) indlæggelser. DSI konkluderer, at selvom der har været igangsat mange initiativer på området, er der kun foretaget relativt få systematiske evalueringer af indsatsernes effekt på indlæggelsesmønstrer. Der er således kun få studier, der kan dokumentere effekten af kommunale indsatser, der søger at forebygge indlæggelser. Langt de fleste evalueringer og kortlægninger af problemstillinger i relation til uhensigtsmæssige og forebyggelige indlæggelser er foretaget i regi af sygehussektoren, og i enkelte tilfælde almen praksis. Det betyder, at der eksisterer mere viden om opfølgende hjemmebesøg og følge-hjem ordninger, hvor sygehus og almen praksis er involveret, mens der kun er begrænset viden om effekter af kommunale indsatser som sygeplejefaglige indsatser fx i udgående akutfunktioner, rehabiliteringsindsatser mv.

Dette kan bl.a. skyldes, at mange af de kommunale sundhedsopgaver er relativt nye og kom til i forbindelse med kommunalreformen i 2007. Der er ligeledes forskellige faglige traditioner i primær- og sekundærsektoren for, hvordan der evalueres, undersøges og dokumenteres. Manglen på valide studier eller undersøgelser fra kommunalt hold, der dokumenterer sundhedsmæssige problemer, uhensigtsmæssige indlæggelser eller effekter af tiltag skyldes en helt anden tradition, end den der er i sekundærsektoren for sundhedsfaglige forskning, dokumentation af effekter og systematisk evaluering. Primærsektoren har ikke tradition for at arbejde med dokumentation af effekt på sundhed. Det betyder dog ikke, at der ikke iværksættes gode tiltag eller foretages evalueringer i primærsektoren, men disse har i langt højere grad karakter af samarbejdspartner-, bruger- eller borgertilfredshedsundersøgelser⁴⁰.

Manglen på valide evalueringer af nye kommunale indsatser handler dog også om, at det teknisk er vanskeligt at gennemføre valide effektstudier i enkelt-kommuner, hvor antallet af personer, der udsættes for den pågældende indsats er begrænset, og hvor der mangler en kontrolgruppe. Samtidig vil evaluering af effekt ofte være meget ressourcekrævende og forudsætter kompetencer, som kommunerne ikke altid har til rådighed. I de tilfælde, hvor indsatser og modeller, der er afprøvet og evalueret har vist gode resultater i en given kommune, eksempelvis hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune, har det vist sig at blive spredt hurtigt til andre kommuner.

Desuden er der en udfordring i at finde gode indikatorer for måling af effekt, bl.a. pga. manglende systematisk dokumentation af den kommunale sundhedsindsats. Ligesom kommunerne i dag har vanskeligt ved at foretage koblinger af data, der muliggør en sammenligning af før- og efter situationen på tværs af sektorer for den gruppe, der er omfattet af den konkrete indsats.

Dansk Sundhedsinstitut fremhæver to indsatser, hvor der foreligger nogen dokumentation for en effekt på indlæggelsesmønstrer. Det drejer sig om opfølgende hjemmebesøg og følge-hjem-ordninger.

Opfølgende hjemmebesøg er det tiltag der er bedst dokumenteret. Der har været gennemført flere danske studier af forskellige former for opfølgende hjemmebesøg efter indlæggelse med det formål at forebygge genindlæggelser. Evalueringer fra bl.a. Rødovreprojektet, Glostrupprojektet og Vestklyngen peger på, at potentialet for at forebygge indlæggelser på en omkostningseffektiv (direkte besparende) måde er stort ved at sætte systematisk ind med opfølgende hjemmebesøg ved egen læge og hjemmesygepleje efter indlæggelse blandt (svage) ældre⁴¹, jf. boks 8.13.

⁴⁰ Forebyggelse af indlæggelser, 2011, Dansk Sundhedsinstitut

⁴¹ Hendriksen, 1985; Jacobsen et al, 2007; Oxholm og Kjellberg, 2011

Boks 8.13

Evalueringer af opfølgende hjemmebesøg

Rødovreprojektet (1977) bestod i, at de ældre modtog en opsøgende og forebyggende samtale hver tredje måned i en treårig periode. Samtalerne blev foretaget af en læge og to hjemmesygeplejersker. Målgruppen var borgere over 75 år. Effekten af interventionen over den treårige interventionsperiode:

- Interventionsgruppen havde signifikant lavere forbrug af sengedage.
- Interventionen mindskede plejehjemsforbruget – men ikke signifikant.
- Der var signifikant lavere dødelighed i interventionsgruppen.
- Der var ingen signifikant forskel i brug af egen læge, men der registreredes færre læge-vagttilkald fra interventionsgruppen.
- Samtalerne resulterede i en øget tildeling af hjælpemidler og boligændringer og signifikant flere hjemmehjælpsydelse end til kontrolgruppen.
- Udgifterne til interventionen beløb sig til 2,5 millioner (løn, hjemmehjælp og hjælpemidler), mens besparelserne beløb sig til 5 millioner (reducerede sengedage, vagtlæge-besøg og plejehjemspladser). Der var således en samlet besparelse på 2,5 mio. kr. (fordelt på 285 personer i interventionsgruppen giver det en besparelse på ca. 8700 kr./person i interventionsgruppen).

Glostrupprojektet (2007) bestod i en tidlig og tæt opfølgning efter udskrivelse foretaget af praktiserende læge og hjemmesygeplejerske. Glostrupprojektet adskiller sig fra Rødovreprojektet ved at sprede interventionen ud på flere aktører ved at anvende egen læge og hjemmesygeplejerske. I Glostrupprojektet indgik op til 3 besøg, det første en uge efter udskrivning, hvor både egen læge og hjemmesygeplejerske deltager. Derefter var der opfølgning efter behov henholdsvis hver 3. og 8. uge. Målgruppen var borgere over 78 år, med minimum to dages medicinsk eller geriatrisk hospital indlæggelse. Effekten af interventionen:

- Interventionsgruppens havde et signifikant lavere forbrug af sygehusydelse.
- Interventionsgruppens udgifter til medicin og sundhedsforanstaltninger i primærsektoren blev øget.
- Interventionsgruppen havde et lille merforbrug af hjemmesygeplejeydelse.
- Interventionsgruppen har en nettobesparelse på ca. 5.000 kr. pr. borger i den periode, der lå ½ år efter starten af den opfølgende indsats.

Vestklyngen (2011) består af seks kommuner (Herning, Holstebro, Ringkøbing-Skjern, Lemvig, Ikast-Brande og Struer). Vestklyngen implementerede i et forsøg en ensartet variant af Glostrupprojektet, men Vestklyngen adskiller sig fra Glostrupprojektet ved, at det var den udskrivende sygeplejerske, der afklarede, om patienten tilhørte målgruppen, og at sygeplejersken kunne tage kontakt til kommunen, som kunne bistå med information om patienten. Hvor Glostrupprojektet havde meget strenge retningslinjer for inklusionskriterierne, så kombinerede man i Vestklyngen de objektive kriterier fra Glostrupprojektet med en række subjektive sundhedsfaglige vurderinger på baggrund af nogle fleksible kriterier baseret på fx sociale forhold, helbreds-mæssige forhold og sociale kriterier. De objektive kriterier for patienter i Vestklyngen fulgte i store træk dem fra Glostrupundersøgelsen, men i Vestklyngen blev patienter inkluderet uafhængig af indlæggelseslængde, demens og sprogproblemer. I Glostrupprojektet blev patienter, der var demente, havde sprogproblemer eller kun var indlagt i mindre end to dage, ekskluderet. Vestklyngen blev evalueret som et "intention to treat"-studie, dvs., at effekterne opgøres i forhold til de patienter, der bliver tilbudt interventionen, men effekterne i Glostrup baserede sig på dem, der modtog besøget. Da der er flere patienter, der tilbydes en intervention, end patienter som takker ja og faktisk modtager ydelserne, vil effekterne – alt andet lige – være mindre i en "intention to treat"-evaluering som den i Vestklyngen end den i Glostrupprojektet. Derfor kan reduktioner i indlæggelsesmønstre heller ikke direkte sammenlignes. Evalueringen af projektet i Vestklyngen viste følgende resultater:

- Borgere, som har fået tilbudt (men ikke nødvendigvis modtaget) et opfølgende hjemme-besøg, bli-

ver i gennemsnit indlagt 11 % mindre i det følgende halve år efter. Effekten var ikke signifikant, men grupperne var også relativt små.

- Over en halvårlig periode blev der fundet en kommunaløkonomisk besparelse på 12.391 kr. pr. borger. De kommunaløkonomiske besparelser var statistisk signifikante.
- Øvrige besparelser – fx til hospitalsomkostninger – gik ca. lige op med interventionsomkostningerne mv.

Vestklyngens resultater adskiller sig således markant fra resultaterne i Glostrup-projektet, idet besparelserne ikke skyldes et reduceret sygehusforbrug, men i stedet en kommunaløkonomisk besparelse fordi borgerne i interventionen får et signifikant lavere forbrug af kommunale ydelser. Dog genfindes den lavere indlæggelsestendens, og tager man udgangspunkt i middelværdien, hvor betydning af enkeltpersoners ekstremt høje forbrug reduceres, så er hospitalsbesparelserne mere sammenlignelige med projektet i Glostrup⁴².

Evalueringerne viser således, at opfølgende hjemmebesøg også kan nedbringe forbruget af kommunale ydelser. Dokumentationen for effekten af opfølgende hjemmebesøg i en gruppe af kommuner betyder dog ikke nødvendigvis, at indsatsen vil have samme effekt i andre kommuner på grund af forskelle i indsatsens indhold, implementering og kontekstuelle forhold mm. mellem kommuner. Opfølgende hjemmebesøgs potentiale til at forebygge indlæggelser afhænger således af kvaliteten af den ledelse og implementering, der finder sted lokalt – herunder evnen til at motivere medarbejderne i alle sektorer og sikre at målgruppen såvel som indholdet bliver meningsfuldt for patienter og sundhedsfaglige⁴³.

Der foreligger også dokumentation for at følge-hjem-ordninger har en effekt på indlæggelsesmønstret. Følge-hjem-ordninger minder om opfølgende hjemmebesøg i den forstand, at det er målrettet sektorovergangen i forbindelse med udskrivning, men interventionen ligger hos udgående sygehuspersonale, som i varierende grad inddrager kommunalt personale, men ikke almen praksis. Formålet er ligesom ved opfølgende hjemmebesøg bl.a. at forebygge genindlæggelser. Der findes mange eksempler på forskellige følge-hjem-ordninger, men DSI har kun kunnet finde én effektevaluering, som dokumenterede en god effekt på nedbringelse af genindlæggelser – særligt korte genindlæggelser – men der er ingen dokumentation for omkostningseffektiviteten⁴⁴.

Region Hovedstaden og fem kommuner har kørt et projekt vedrørende forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. Projektets formål var at forebygge indlæggelser og genindlæggelser af borgere over 60 år, der modtager hjemmepleje, sygepleje eller praktiske ydelser fra kommunerne. De diagnoser, der var i fokus i projektet, var udvalgt på baggrund af en kvantitativ analyse; lungebetændelse, urinvejsinfektion, dehydrering, obstipation, KOL og brud pga. fald. Diagnoserne er udvalgt blandt de diagnoser som Sundhedsstyrelsen henholdsvis Region Hovedstaden har defineret som forebyggelige, hvilket betyder at de ved en tidlig opsporing og indsats kan forhindres i at udvikle sig til en indlæggelseskrævende sygdom. Se konklusionerne fra projektet i tekstboks 8.13.

8.3.2 Hvad siger aktørerne selv?

Som det fremgår af COWI's analyse, vurderer ti kommuner, at en række konkrete indsatser har mærkbar betydning i forhold til at forebygge borgernes forbrug af de regionale sundhedsydelser. Afhængig af målgruppe fremhæves forskellige typer af indsatser. Der kan dog i særlig grad fremhæves indsatser indenfor følgende områder:

⁴² Forebyggelse af indlæggelser, 2011, Dansk Sundhedsinstitut

⁴³ Forebyggelse af indlæggelser, 2011, Dansk Sundhedsinstitut

⁴⁴ Forebyggelse af indlæggelser, 2011, Dansk Sundhedsinstitut

- Den sygeplejefaglige indsats – fra konkrete opgaver med medicin håndtering og mindre behandlingsopgaver i hjemmesygeplejen til akuttilbud
- Generelle indsatser i form af tidlig opsporing mv. i ældreplejen
- Dialog og konkrete samarbejdskonstruktioner mellem kommune, sygehus og almen praksis
- Midlertidige akutpladser og døgnrehabiliteringstilbud rettet mod at kunne modtage patienter hurtigt efter udskrivning og medvirke til at undgå genindlæggelser
- Patientrettede forebyggelsesindsatser overfor bl.a. personer med kronisk sygdom (patientuddannelse, rehabiliteringsforløb)

På en række områder har kommunerne allerede i dag gode erfaringer med konkrete indsatser, om end der mangler egentlige evalueringer af effekten. Hertil kommer de forskelligartede udviklingstiltag, som enkelte kommuner er i gang med at etablere eller er i forsøgsstadiet ud fra en formodning om, at de vil kunne få effekt.

Det handler om:

- Shared care løsninger (integrerede tilbud på tværs af sektorer)
- Virtuelle akutpladser (borgernes behandles i eget hjem ved hjælp af telemedicinske løsninger)
- Akutteams/ specialiseret sygepleje

Endelig kan der peges på tiltag, der vurderes at understøtte opfølgningen og fokuseringen i de konkrete sundhedsindsatser:

- Aktiv brug af ledelsesinformation
- Analyser af konkrete borgergrupper og områders forbrug af sundhedsydelser

En række eksempler på konkrete initiativer og indsatser i forskellige kommuner er beskrevet i boks 8.14 nedenfor.

Boks 8.14

Eksempler

Tværasektorielt samarbejde mellem kommune og sygehus (Københavns Kommune)

Københavns Kommune har i samarbejde med Bispebjerg Hospital etableret et forsøgsprojekt med en tværasektoriel udredningsenhed (TUE). Initiativet forventes at forebygge en række akutte indlæggelser ved en hurtig diagnostisk afklaring og/eller behandlingsstart. Initiativet baserer sig på en accelereret udredning og diagnosticering af svage ældre. Bispebjerg Hospital leverer speciallægekompetencer og de fysiske rammer, mens Københavns Kommune leverer den sygeplejefaglige indsats i en kommunal enhed placeret på hospitalet. Der er tale om en helhedsorienteret indsats, hvor hele borgerens situation vurderes af kommunen, samtidig med at den lægelige udredning og indledende behandling foregår. Hensigten er at skabe langt bedre forudsætninger for koordineret hjemsendelse af borgeren til eget hjem eller midlertidig døgnplads efterfølgende.

Faldforebyggelse (Varde Kommune)

I Varde Kommune får ældre borgere besøg af to faldforebyggelseskonsulenter – en sygeplejerske og en terapeut, der er uddannet i sundhedspædagogik. Konsulenterne sætter fokus på hverdagsindikatorer, der gør dem i stand til at opspore borgere i risiko for fald og forebygge potentielle faldulykker, som forårsages af f.eks. manglende bevægelse, tab af muskelmasse, kronisk sygdom og nedsat syn.

Hold hjulet i gang – tidlig opsporing i ældreplejen (Roskilde Kommune)

Projektet er et samarbejde mellem geriatrisk team og hjemmeplejen. Det centrale i initiativet er at observere og reagere på ændringer hos svækkede ældre. Et element i indsatsen består af et kompetenceløft i hjemmeplejen og en mere systematisk overvågning af, om en ældre borgers funktionsevne falder. Kontakt til

hjemmesygeplejersken sikrer, at der følges op på observationerne, således det forebygges tidligt, at borgerens tilstand forværres. Samtidig er drejhjulet suppleret med dialogmøder mellem sygeplejersker og praktiserende læger samt undervisning af personalet. Hensigten er at skabe et mere sammenhængende forløb for bl.a. de ældre medicinske patienter og undgå uheldige indlæggelser.

Telemedicinske løsninger er gennem de seneste år blevet afprøvet i pilotprojekter forskellige steder i Danmark. Projekterne har vist, at telemedicin kan give økonomiske gevinster, f.eks. viser TELEKAT i Ålborg, at indlæggelser og genindlæggelser kan reduceres via telemedicinske løsninger. En udfordring i Danmark er imidlertid, at der indtil videre ikke er gennemført telemedicinske storskalaprojekter i tilstrækkeligt omfang og særligt ikke vedr. hjemmemonitorering. Det udestår således at afprøve løsninger på mange patienter for med tilstrækkelig sikkerhed at fastslå effekterne i en driftssituation – både de behandlingsmæssige, kvalitetsmæssige og samfundsmæssige effekter.

Den nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin har dog til formål at modne telemedicinske løsninger med stærkere evalueringer og udbrede telemedicinske løsninger i større skala. De udvalgte projekter i handlingsplanen skal dermed vise om de underliggende forudsætninger er til stede, og om forventningerne til potentialet ved at anvende telemedicin i større skala kan indfries, *jf. boks 8.15.*

Boks 8.15

National handlingsplan for udbredelse af telemedicin

I handlingsplanen er udvalgt fem telemedicinske initiativer:

1. Klinisk Integreret Hjemmemonitorering v. Region Hovedstaden og Region Midt
2. Telecare Nord v. Region Nordjylland
3. National udbredelse af telemedicinsk sårbehandling v. Medcom
4. Telepsykiatri v. Medcom
5. Internetpsykiatri v. Region Syddanmark

I forbindelse med den nationale handlingsplan er der udviklet en tværsektoriel business case for den nationale udbredelse af telemedicinsk sårbehandling. Som eksempel viser business casen for telebaseret sårbehandling potentielt betydelige økonomiske gevinster.

Forventede økonomiske gevinster på landsplan ved indførelse af telebaseret sårbehandling, (mio. kr.)

	2012	2013	2014	2015
Estimerede gevinster	-	52,0	107,9	168,0
Estimerede udgifter	4,5	15,0	10,5	6,8
Nettoprovenu	-4,5	37,0	97,4	161,2
Akkumuleret provenu	-4,5	32,5	129,9	291,1

Kilde: Den nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin

I perioden 2012-2020 forventes initiativet vedr. telemedicinsk sårbehandling at realisere et samlet nettopotentiale på ca. 1,8 mia. kr., hvor hovedparten frigives i kommunerne. Nettopotentialet ved fuld indfasning i 2020 er estimeret til ca. 330 mio. kr. årligt.

Region Hovedstaden og fem kommuner har kørt et projekt vedrørende forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. Projektets formål var at forebygge indlæggelser og genindlæggelser af borgere over 60 år, der modtager hjemmepleje, sygepleje eller praktiske ydelser fra kommunerne. I første del af projektet blev der gennemført en kvantitativ og en kvalitativ analyse, der dokumenterede dels i hvilket omfang der var et fore-

byggelsespotentiale i forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser, og dels hvad der ligger forud for en indlæggelse med en forebyggelig diagnose. Resultaterne fra analyserne præsenteres i boks 8.16.

Boks 8.16

Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser⁴⁵

På baggrund af den kvalitative analyse, der omfattede grundige journalaudits af 79 indlæggelsesforløb med forebyggelige diagnoser, kunne det i projektet konkluderes;

- Langt størstedelen af indlæggelserne kan forebygges, hvis kommunerne sætter ind på et tidligt tidspunkt, hvor borgerens almentilstand bliver ændret og/eller forværret.
- Patienterne var syge, da de blev indlagt, og der var på indlæggelsestidspunktet ikke noget alternativ til en indlæggelse.
- Social- og sundhedshjælperne i kommunerne havde i langt størstedelen af forløbene tidligt observeret, at borgerens almentilstand var forværret, men der var ingen modtagere af observationerne.
- I de sidste 1-2 uger op til indlæggelsen er kommunerne typisk klar over, at borgeren er indlæggelsestruet, og reagerer ved at sætte ekstra besøg på hos borgeren.
- De ekstra besøg mangler mål og plan for besøgene, og har derfor ringe effekt i forhold til at forebygge en indlæggelse.
- Kommunerne ender derfor både med udgiften til de ekstra besøg og udgiften til medfinansieringen ved indlæggelsen.
- Hospitalerne tænker ikke i forebyggelse af genindlæggelser når patienten udskrives.
- Hospitalernes personale har ikke blik for hvordan de forebyggelige tilstande/sygdomme kan forebygges
- I 75 % af genindlæggelserne, der blev gennemført journalaudit på, var der tale om en forebyggelig diagnose ved både primærindlæggelsen og genindlæggelsen.
- Mellem 40 % (fra den kvantitative analyse) og 60 % (fra den kvalitative analyse) blev indlagt udenfor egen læges åbningstid, altså via vagtlægen.

På baggrund af ovenstående konklusioner blev der udviklet 11 interventioner, der havde til formål at matche de identificerede problemstillinger, bl.a. triagering, jf. boks 8.5. I anden del af projektet blev de udviklede interventioner afprøvet i en periode på fire måneder. Evalueringen af projektet og interventionerne viste, at projektet er lykkedes med at udvikle en metode til tidlig opsporing og indsats i forhold til at forebygge indlæggelser med forebyggelige diagnoser.

Medarbejdere i kommunerne, der er i kontakt med borgerne, har vurderet, at metoden er anvendelig og relevant til at forebygge indlæggelser. Det er ikke muligt efter fire måneders afprøvning, at måle en effekt af de gennemførte interventioner. Der kan konstateres en nedgang på 5 % i antal forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser af borgere over 65 år i projektets anden del i forhold til samme periode året før. Imidlertid er ændringen ikke på nuværende tidspunkt udtryk for en generelt nedadgående tendens.

Som en del af udvalgets arbejde er der blevet afholdt en workshop vedr. potentialet for forbedret kommunal forebyggelse. Nedenforopridses pointerne fra workshoppens:

- Der er behov for et styrket fokus på mest sundhed for pengene og på at sikre sammenhæng mellem sektorer og myndigheder i sundhedsvæsenet. Der blev bl.a. peget på midler som en mere klar opgavefordeling på kronikerområdet og forsøg med samfinansiering af indsatser.

⁴⁵ Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser, 2012, Gribskov Kommune, Frederikssund Kommune, Halsnæs Kommune, Hillerød Kommune, Frederikssund Hospital og Hillerød Hospital.

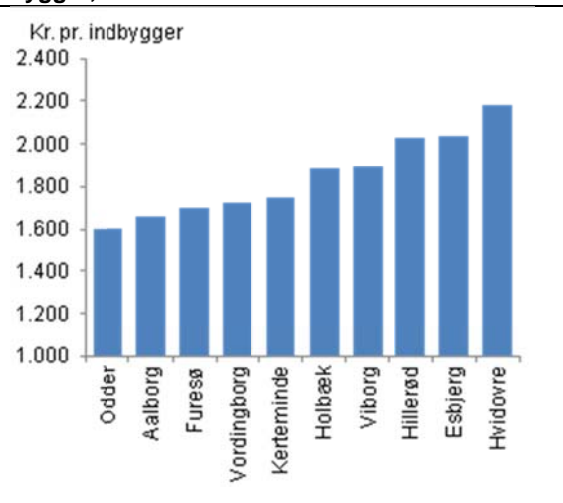
- Der er behov for et styrket samarbejde mellem kommuner og almen praksis, hvor borgerens helhedsbillede er i centrum. Konkret peges bl.a. på midler som større forpligtelse af alment praktiserende læger i sundhedsaftalerne eller via bedre muligheder for honorering samt mere sammenhængene dokumentation på tværs af sektorer.
- Kommunale tilbud om specialiseret sygepleje i form af akutteams har gode muligheder for at aflaste sygehusene, men kræver et velfungerende samarbejde mellem kommune, sygehus og almen praksis. Initial skepsis hos sygehus og almen praksis kan modvirkes ved gensidig dialog og læring, inddragelse og fremvisning af tilbuddet.
- Region Hovedstaden påpeger, at der ikke bør opbygges parallelle sundhedssystemer og behandlingstilbud i kommunerne, og det er således ikke en særskilt målsætning at undgå indlæggelser og genindlæggelser. I stedet bør fokus i kommunerne være på opsporing og afværgelse af begyndende funktionstab og sygdomsudvikling i samarbejde med almen praksis, at sikre de relevante sundhedsfaglige kompetencer og at kunne håndtere borgere på alle tider af døgnet.
- Flere omkringliggende lande (bl.a. Sverige, Norge, Finland og Storbritannien) har gode erfaringer med flytning af aktivitet fra sygehuse til den primære sundhedssektor. Der er særligt gode erfaringer med etablering af intermediære enheder og fælles governance-strukturer.
- Det er vigtigt at inddrage den nuværende dokumentation for hvilke typer af indsatser, der har effekt, men samtidigt nødvendigt at sikre at den lokale implementering og organisering fordrer et vellykket samarbejde mellem de involverede parter.
- Kommunernes Landsforening efterspurgte et styrket økonomisk incitament til kommunal forebyggelse.

8.4 Hvad viser vores kvantitative resultater?

Formålet med nærværende afsnit er kort at opridse den kvantitative analyses hovedkonklusioner for de ti udvalgte kommuner. Konklusionerne præsenteres og forsøges sammenholdt med resultaterne fra den kvalitative analyse med henblik på at vurdere om der kan spores en sammenhæng.

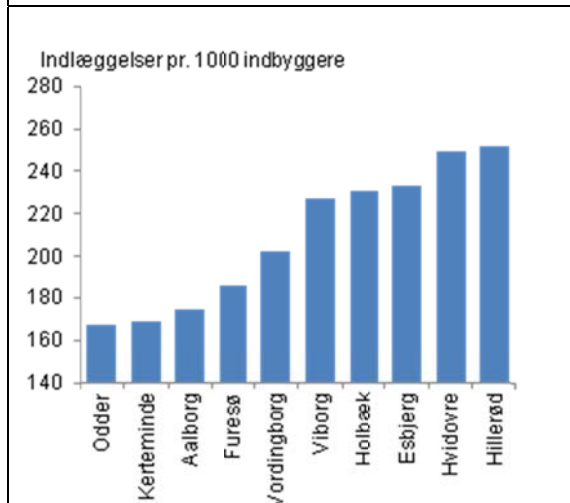
Figur 8.1 viser udgiften pr. indbygger til kommunal medfinansiering i de ti kommuner. Hvidovre Kommune har de højeste udgifter på 2.180 kr. pr. indbygger, mens Odder Kommune ligger lavest med 1.602 kr. pr. indbygger. Af nedenstående figur 8.2 fremgår det, at Hvidovre Kommune igen placerer sig højt med 250 indlæggelser pr. 1000 indbyggere, kun overgået af Hillerød, der har 252 indlæggelser pr. 1000 indbyggere. Odder Kommune placerer sig også på denne indikator lavt og har således kun 167 indlæggelser pr. 1000 indbyggere.

Figur 8.1
Udgifter til kommunal medfinansiering pr. indbygger, kr.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

Figur 8.2
Antal indlæggelser pr. 1000 indbyggere.



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

I COWI's kvalitative analyse af forebyggelsesindsatsen i de ti kommuner tildeles de ti kommuner point efter et system, der giver en indikation af intensiteten i indsatsen, der er målrettet ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom. For hver indsats i kortlægningen er kommunerne tildelt point på en skala fra 0 til 3 afhængig af, om de tilbyder den pågældende indsats, indholdet og omfanget af indsatsen mv. Tildelingen af point er baseret på oplysninger indsamlet ved interviews i kommunerne, og afspejler derfor i et vist omfang kommunernes egne vurderinger af deres indsatser. De nærmere kriterier fremgår af COWI's rapport.

Tabel 8.3 viser rangeringen af indsatserne i kommunerne ud fra den af COWI opstillede metode. Tabellen skal læses således, at jo højere placering jo højere er intensiteten af de kommunale indsatser i forhold til ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom. Det ses, at Vordingborg Kommune sammen med Aalborg og Viborg ligger på de første tre pladser. I den lavere ende af intensitetsskalaen ligger Hillerød lavest med Hvidovre og Holbæk som henholdsvis nr. 8 og 9.

Tabel 8.3
Bedste indsats målrettet ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom ifølge COWI-rapport

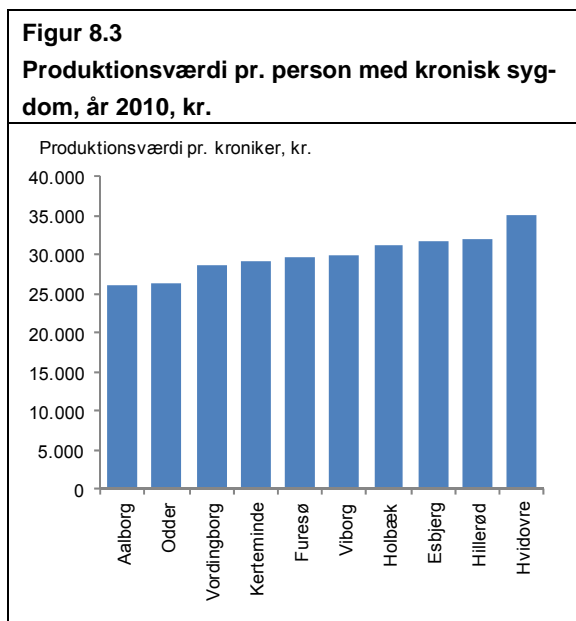
Placering	Kommune	Placering	Kommune
1	Vordingborg	6	Furesø
2	Aalborg	7	Odder
3	Viborg	8	Hvidovre
4	Kerteminde	9	Holbæk
5	Esbjerg	10	Hillerød

Kilde: "Kvalitativ analyse af potentialet for forbedret kommunal forebyggelse af sygehuskontakt", COWI, 2012

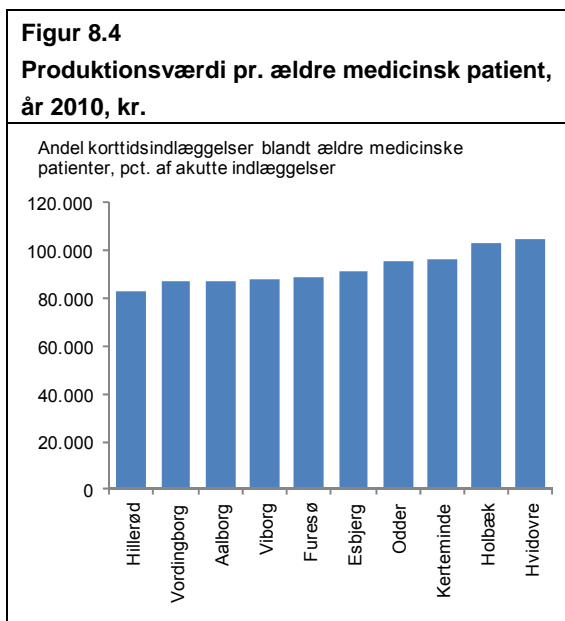
I nedenstående figur 8.3 og 8.4 fremgår de samlede udgifter (opgjort som produktionsværdi) for henholdsvis personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter i de ti kommuner. Ved at sammenholde disse resultater med intensitetsvurderingen kan fås en indikation om der er en sammenhæng mellem intensiteten af den kommunale indsats og udgiftsniveauet (opgjort som produktionsværdi).

Det bemærkes, at Vordingborg og Aalborg Kommuner har de laveste og tredjelaveste udgifter til personer med kronisk sygdom og samtidig har den højeste indsatsintensitet i forhold til disse grupper. Tilsvarende er Hvidovre, Holbæk og Hillerød Kommuner, der på indsatsintensiteten ligger på de tre sidste pladser, også de dyreste, hvad angår udgifter til personer med kronisk sygdom med pladser mellem 7 og 10, hvor dem med de højeste udgifter er Hvidovre og Hillerød Kommuner.

For så vidt angår de ældre medicinske patienter er sammenhængen mindre entydig. Holbæk, Hvidovre og Odder Kommuner har forholdsvist høje udgifter til ældre medicinske patienter, og samtidig en lav indsatsintensitet. Omvendt har Hillerød Kommune den laveste indsatsintensitet samt de laveste udgifter til ældre medicinske patienter. Vordingborg og Aalborg Kommuner har forholdsvist lave udgifter til ældre medicinske patienter kombineret med en høj indsatsintensitet.



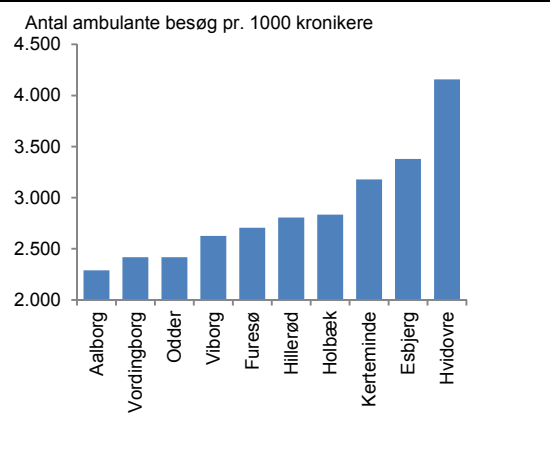
Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
 Kilde: Statens Serum Institut



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
 Kilde: Statens Serum Institut

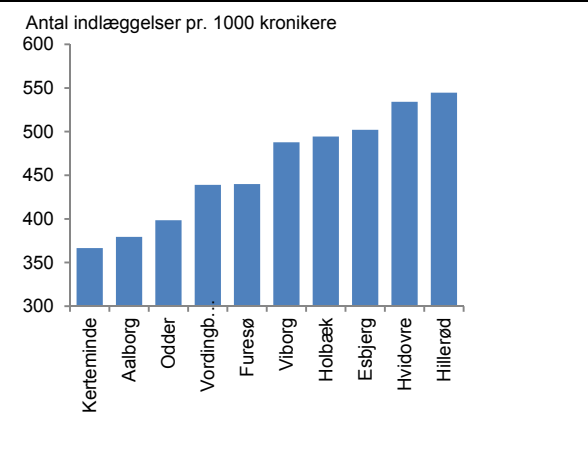
Der er således indikationer, der kan pege i retning af en vis sammenhæng mellem indsatsintensitet og udgifter således, at de kommuner med en høj intensitet omvendt også har relativt lave sundhedsudgifter ligesom det omvendte også er tilfældet. Ses der på antallet af ambulante besøg og indlæggelser for personer med kronisk sygdom i de ti kommuner er sammenhængen mindre tydelig, men stadig tilstede som det fremgår af nedenstående figurer 8.5 og 8.6.

Figur 8.5
Antal ambulante besøg pr. 1000 personer med kronisk sygdom



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

Figur 8.6
Antal indlæggelser pr. 1000 personer med kronisk sygdom



Anm.: Data er køns- og aldersstandardiseret
Kilde: Statens Serum Institut

Disse resultater skal dog tolkes med en vis varsomhed og som også belyst i kapitel 4 er der en række andre elementer end de kommunale indsatser, der kan have indflydelse på medfinansieringsniveauet ligesom det er relativt få kommuner analyserne er baseret på. Med disse forbehold for øje kan det konkluderes, at der ikke kan spores en klar sammenhæng mellem indsats og udgiftsniveau, men det observeres dog, at flere kommuner med en høj indsatsintensitet i forhold til personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter tilsvarende har relativt lave medfinansieringsudgifter hertil ligesom flere kommuner med en lav indsatsintensitet har relativt høje medfinansieringsudgifter. Der er imidlertid ikke taget højde for udgifterne forbundet med den kommunale indsats, hvorfor analysen ikke siger noget om indsatsens samlede effektivitet.

9. Dokumentation af den patientrettede forebyggelsesindsats

9.1 Sammenfatning

Effektive kommunale forebyggelsesindsatser kræver viden om, hvilke indsatser der virker – og hvilke indsatser der virker godt. Evaluering af sundhedsindsatser er et centralt middel til at sikre denne viden og dermed opnå højere kvalitet, mulighed for prioritering og dermed bedre ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet. Hertil kommer, at indsatserne skal dokumenteres for at afdække og kvalitetssikre den samlede sundhedsindsats. Fokus i denne rapport er den patientrettede forebyggelsesindsats og særligt indsatser, der kan reducere borgernes behov for (gen)indlæggelser og ambulante besøg. En forudsætning for at vide, hvilke indsatser der virker, er at indsatserne dokumenteres, og at udviklingen i borgernes sygehusforbrug ligeledes dokumenteres.

I nærværende kapitel belyses først den eksisterende dokumentation af kommunale og regionale forebyggelsesindsatser samt redskaber til opfølgning og monitorering af kommunale forebyggelsesindsatser. Efterfølgende afklares de nuværende mangler og udfordringer for de eksisterende analysemuligheder og redskaber på dokumentationsområdet. Endelig vurderes muligheder, der kan medvirke til at styrke den kommunale forebyggelse samt fremadrettet sikre mere systematisk udbredelse af de gode eksempler – de indsatser der virker – således, at den kommunale sundhedsindsats effektiviseres yderligere.

Dokumentationen på sundhedsområdet er generelt god i Danmark. Der eksisterer en høj dokumentationskomplethed og detalje på behandlingsområdet særligt på sygehusene, mens det tilsvarende i forhold til både regionale og kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser ikke har det samme niveau. Dette er blandt andet medvirkende til, at der mangler viden om den kommunale sundhedsindsats. Kommunerne har hidtil ikke haft tradition for at dokumentere sine indsatser. Kommunerne står derfor over for et udviklingsarbejde, fordi kommunerne i langt højere grad skal dokumentere indsatserne for at opnå bedre kvalitet, målrettede indsatser og derved opnå mulighed for prioritering og bedre ressourceudnyttelse. Der skal bl.a ske en stillingtagen til, hvad der præcist ønskes dokumenteret i de kommunale indsatser. Det skal således afklares, hvilken basisdokumentation der ønskes i kommunerne. Det vurderes, at der er et stort potentiale i, at arbejdet med dokumentation særligt omkring patientrettede forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser intensiveres. Ligeledes vurderes det, at en øget gennemsigtighed i de kommunale sundhedstræk og en mere konsistent kommunal anvendelse af data som en integreret del af den kommunale indsats for en effektiv forebyggelses- og plejeindsats kan medvirke til at effektivisere indsatserne over for særligt ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom.

Der kan samlet set peges på en række muligheder for videreudvikling, der kan medvirke til at understøtte arbejdet med dokumentation, evidens og vidensdeling i sundhedsvæsenet særligt i forhold til patientrettede forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. Disse er:

- Standardisering af ydelser, og retningslinjer for indsatser og dokumentation intensiveres
- Bedre information om tilbud og indsatser
- Systematisk opfølgning på parametre
- Deling af dokumentation mellem relevante aktører
- Bedre overensstemmelse ml. sygehusforbrug og datagrundlag
- Bedre og mere brugervenlige analysemuligheder i eSundhed/KØS
- Øget viden om hvilke indsatser der har effekt og hvad indsatserne koster

9.2 Dokumentation med relevans for opfølgning på og monitorering af de kommunale indsatser

For at dokumentation kan bidrage til at skabe viden om, hvad der virker og understøtte udviklingen af effektive forebyggelsesindsatser i kommunerne, kan der peges på en række vigtige elementer:

- 1) Der foretages dokumentation af de indsatser, der i dag leveres i kommunerne og regionerne
- 2) Dokumentationen bygger på standardiserede data (og dermed også en vis standardisering af indsatserne)
- 3) Data registreres ens og korrekt
- 4) Der er muligheder for at analysere på data, herunder at koble data mellem systemer/sektorer og dele viden
- 5) Der eksisterer retvisende data for kommunernes opfølgning på, hvordan udviklingen er i borgernes sygehusforbrug (dvs. som indikator for effekten af forebyggelsesindsatsen)
- 6) Data stilles til rådighed på en lettilgængelig måde, og de anvendes systematisk
- 7) Der er metoder og muligheder for at måle på effekten af indsatsen ved hjælp af den opsamlede dokumentation

I dette afsnit gives et overordnet overblik over dokumentationen og arbejdet med at dokumentere i det regionale og det kommunale sundhedsvæsen. Der gives ligeledes et overblik over eksisterende videndeling og analyseredskaber med relevans for opfølgning på og monitorering af de kommunale indsatser.

9.2.1 Dokumentation i det regionale sundhedsvæsen

Dokumentationen i det regionale sundhedsvæsen er afgørende for en effektiv kommunal forebyggelse og opfølgning på sygehusforbruget blandt de borgere, som forebyggelsesindsatsen i kommunerne er rettet mod. Uden god og tilstrækkelig dokumentation af aktiviteterne i det regionale sundhedsvæsen er det vanskeligt for kommunerne at effektivisere forebyggelsesindsatsen ved at målrette den mod relevante borgere, idet den patientrettede forebyggelse netop er rettet mod at påvirke bestemte typer af indlæggelser på de regionale sygehuse. Samtidigt ville kommunernes muligheder for evidensbaseret forebyggelse og dermed mulighederne for at udpege de indsatser, der virker bedst, have ringe kår. Endelig ville grundlaget for benchmarking af resultaterne af kommunernes indsats være beskedent, og det ville derfor være vanskeligt at udbrede bedste praksis.

Aktiviteterne i det regionale sundhedsvæsen er samlet set relativt veldokumenterede. Det gælder særligt for sygehusvæsenet. Det hænger ikke mindst sammen med, at der i sygehusvæsenet er en mangeårig tradition for registrering og dokumentation som grundlag for evidensbaseret viden og praksis samt for den politiske og administrative styring af sygehusvæsenet.

Landspatientregisteret (LPR) er kernen i sygehusvæsenets dokumentation af dets aktiviteter, *jf. boks 9.1*. LPR's oplysninger om sygehusaktivitet anvendes også i *DRG-systemet*, *hvilket* er et redskab til at klassificere patienter i klinisk meningsfulde og ressourcehomogene grupper, der anvendes i en lang række sammenhænge, *jf. boks 9.2*.

Boks 9.1

Landspatientregisteret

Registeret er siden dets oprettelse i 1977 løbende blevet udvidet, både i bredden med flere patientgrupper og i dybden med flere oplysninger. Siden 1995, hvor såvel ambulante kontakter som skadestuekontakter og psykiatriske kontakter blev inkluderet i LPR, har registeret indeholdt en lang række oplysninger om samtlige patientkontakter på offentlige og private sygehuse i Danmark.

De indberettede oplysninger omfatter administrative oplysninger som patientens cpr-nummer, bopælskommune, sygehus- og afdelingsnummer, indlæggelses- og udskrivningsdato, indlæggelsesmåde (akut/planlagt). Herudover indberettes kliniske oplysninger om patienten i form af diagnoser samt undersøgelser, operationer og andre procedurer udført på patienten.

LPR ligger til grund for opgørelser af bl.a. genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser, ligesom LPR indgår i opgørelser af forekomsten og nye tilfælde af borgere med kroniske sygdomme.

Boks 9.2

DRG-systemet

DRG-systemet anvendes til at gruppere ambulante og stationære patienter, der behandles på sygehus efter diagnose, behandling, alder, køn og udskrivningsstatus. Til hver DRG-gruppe er der knyttet en gennemsnitlig udgift til produktionen svarende til DRG-taksten. Det danske DRG-system består således dels af en DRG-gruppering, der indeholder regelsættet til gruppering af patienter i stationære og ambulante grupper, dels af selve DRG-taksterne, der er beregnet som landsgennemsnitlige udgifter ved behandlingen af patienterne på de offentlige danske sygehuse.

DRG-systemet blev taget i anvendelse i Danmark i midten af 1990'erne. Systemets metode bygger på to elementer. Der foretages for det første en gruppering af patienterne i Diagnose Relaterede Grupper (DRG), og for det andet sker der en beregning af de udgifter, der er forbundet med behandlingen af patienterne i de enkelte grupper. Formålet med at indføre DRG-systemet var oprindeligt at forbedre grundlaget for at vurdere sammenhængen mellem aktivitet og udgifter (produktivitet) på de danske sygehuse. Systemets anvendelsesområde er efterfølgende blevet udbredt, således at systemet siden 2000 er blevet anvendt som grundlag for takststyring, generel aktivitetsstyring og finansiering af sundhedsvæsenet, herunder den kommunale medfinansiering.

I dag anvendes DRG-systemet til systematiske opgørelser af aktiviteten og produktionsværdien, hvilket gør det muligt at monitorere aktivitetsudviklingen og finansiering fra den kommunale (med)finansiering og de statslige aktivitetsafhængige puljer.

Efter indførelsen af den kommunale medfinansiering sker der ligeledes en løbende formidling af oplysninger fra DRG-systemet til kommunerne. Oplysningerne indgår i kommunernes planlægning og økonomistyring af sundhedsområdet.

Praksissektoren er ikke dokumenteret i samme grad som sygehusvæsenet, og der er i dag begrænset systematisk viden om, hvordan patienterne bliver behandlet, og hvad de bliver behandlet for, hos de alment praktiserende læger og speciallæger. De ydelser der leveres i praksissektoren registreres i sygesikringsregisteret, jf. boks 9.3. Praksissektoren har en helt central rolle i forhold til den kommunale forebyggelsesindsats, idet almen praksis visiterer patienterne til en række af de kommunale patientrettede tilbud og visiterer patienterne til behandlingstilbud på sygehuset. Almen praksis har kontakt med de samme borgere, som de kommunale forebyggelsesindsatser rettes mod.

Lægemiddelstatistikregisteret indeholder oplysninger om det totale salg af lægemidler i Danmark på baggrund af recepter udskrevet i praksissektoren, jf. boks 9.4.

Både Sygesikringsregisteret og Lægemiddelstatistikregisteret er vigtige kilder til information om aktiviteten i praksissektoren, herunder aktivitet som er relevant for den kommunale forebyggelsesindsats. Bl.a. bidrager begge registre med oplysninger til Det Nationale Diabetesregister, og de indgår ligesom LPR i opgørelser af borgere med kroniske sygdomme.

Den seneste udvikling inden for dokumentationen af praksissektoren skete i forbindelse med overenskomsten mellem Danske Regioner og de praktiserende læger fra april 2011. Ifølge overenskomsten skal alle praktiserende læger inden for overenskomstperioden tage *Datafangst* i brug, jf. boks 9.5.

Med overenskomsten er der således skabt grobund for, at praksissektoren – startende med almen praksis – fremover i højere grad kan dokumentere, hvilke patientgrupper, der behandles i almen praksis, og hvilken behandling, de modtager. Der er således fremadrettet et potentiale for, at disse informationer kan berige de allerede eksisterende på sygehusniveau og samlet set give et klart og fyldestgørende billede af indsatserne i det regionale sundhedsvæsen.

Boks 9.3

Sygesikringsregisteret

I *Sygesikringsregisteret* registreres de sygesikringsydelse, som der leveres i praksissektoren, med det primære formål at håndtere afregningen for disse ydelser mellem regionerne og de praktiserende læger. Hver kontakt i registeret indeholder oplysninger om borgeren, der har modtaget ydelsen, ydelsens art og yderen, som har udført ydelsen.

Da Sygesikringsregisteret altså grundlæggende er et afregningsregister indeholder registeret ikke på samme måde som LPR oplysninger af klinisk karakter i form af diagnoser, procedurer mv.

Boks 9.4

Lægemiddelstatistikregisteret

Lægemiddelstatistikregisteret indeholder oplysninger om det totale salg af lægemidler i Danmark siden 1994, hvilket indbefatter salg på baggrund af recepter udskrevet i praksissektoren. Ved receptsalg registreres ca. 30 forskellige oplysninger om den enkelte ekspedition, bl.a. medicinbrugerens cpr-nummer, lægens yder-nummer, varenummeret på den udleverede lægemiddelpakning mv. Til disse oplysninger tilføjes oplysninger om den enkelte lægemiddelpakning, herunder mængdeoplysninger og lægemidlets såkaldte ATC-kode ud fra WHO's ATC-system, der klassificerer lægemidler efter deres primære indholdsstof samt virkeområde.

Boks 9.5

Datafangst

Kravet om Datafangst betyder, at lægerne sender information om patienter med KOL, astma, kroniske muskel- og skeletlidelser, osteoporose, hjerte-karsygdomme, cancer, diabetes og ikke-psykotiske, psykiske lidelser til Dansk Almenmedicinsk Database (DAMD).

I den forbindelse forpligter de praktiserende læger sig til at ICPC-kode alle henvendelser vedrørende ovenstående diagnoser. ICPC (International Classification of Primary Care) er WHO's diagnoseklassifikation for almen praksis. ICPC indeholder knapt 700 symptomer og sygdomsdiagnoser.

Danske Regioner og de praktiserende læger er desuden enige om, at resultaterne af dataindsamling for ICPC-kodede henvendelser skal danne grundlag for en senere aftale om udvidelse af kodningsforpligtelsen.

Som det fremgår af ovenstående grundlæggende beskrivelse er dokumentationen af de regionale indsatser veludviklet og generelt på et meget højt niveau. Den er dog koncentreret omkring patientbehandlingen på sygehusene, mens dokumentationen af de regionale patientrettede forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser ikke dokumenteres i samme omfang. Dette gælder eksempelvis patientuddannelse og visse af sygehusenes udgående funktioner som eksempelvis kronikerteams mv. Et lignende scenarie på dette område ses i kommunerne, som det vil fremgå af næste afsnit.

9.2.2 Dokumentation i kommunerne

Dokumentationsniveauet af kommunale sundhedsindsatser varierer på tværs af sundhedsindsatser. Der pågår et større arbejde med at udvikle dokumentationen på området, både i forhold til den lokale ledelsesinformation, og i forhold til at sikre valide tværkommunale data.

I takt med at kommunerne har fået flere opgaver på sundhedsområdet er dokumentation af de kommunale sundhedsydelse kommet i stadig større fokus i kommunerne.

Dokumentation af plejeindsatser i ældreplejen er omfattende, men både lokalt og nationalt har det været vanskeligt at dokumentere udviklingen på fx sygeplejeområdet. Dokumentationen på de øvrige sundhedsindsat-

ser (borger- og patientrettede forebyggelsestilbud, genoptræning, sundhedspleje, forebyggende hjemmebesøg mv.) er meget varierende. Der er imidlertid fokus på, at kommunerne fremover skal arbejde mere systematisk med at dokumentere og evaluere de kommunale indsatser.

Niveauet af dokumentation indenfor de forskellige sundhedsydelser i kommunerne varierer alt efter område. Det afhænger bl.a. af, hvorvidt der eksisterer standardiserede ydelser på området (hvilke indsatser skal kommunerne levere?), hvilken registrering der foregår, heraf om den er it-understøttet, hvilken validitet der er i data, samt hvorvidt data indsamles på tværs af kommunerne fx i nationale databaser.

I forhold til ydelsesdelen er der på en række områder stor usikkerhed om, hvad der virker, og hvad kommunerne skal tilbyde, jf. ligeledes konklusionerne fra foregående kapitel. Det gælder fx i forhold til kommunernes patientrettede forebyggelsesindsatser. Der er således ikke et standardiseret ydelseskatalog, som kommunerne kan registrere efter. Kommunerne registrerer typisk en række aktiviteter og oplysninger om modtagere til brug for det konkrete faglige arbejde med borgeren. Data anvendes ligeledes i den lokale ledelsesinformation på området. Men it-understøttelsen varierer, og dermed også mulighederne for at trække valide data ud til analyseformål og tværgående ledelsesinformation.

På sygeplejeområdet er der fx udarbejdet et antal indsatser, der nationalt opsamles data for. Men her handler problematikken i højere grad om validiteten af data. Behovet for at definere et indsatskatalog og sikre indsamling af sammenlignelig data er derfor under udvikling i KL's partnerskabsprojekt om sygepleje. En analyse foretaget af KL af, hvorledes hjemmesygeplejen anvender deres tid viser eksempelvis at omkring 15 pct. af tiden anvendes til at dokumentere. Denne dokumentation sker blot på en sådan måde, at det ikke er muligt systematisk at opsamle data, analysere disse og på en tilstrækkelig meningsfuld måde videreformidle dem til andre relevante modtagere som eksempelvis det regionale sundhedsvæsen.

For at forbedre dokumentationen i kommunerne er der udarbejdet nationale indikatorer for det kommunale sundhedsområde, jf. *boks 9.6* ligesom der også arbejdes med dokumentation af sygeplejen og ældreplejen, jf. *boks 9.7. og 9.8.*

Boks 9.6

Nationale indikatorer for sundhed

I det nationale dokumentationsprojekt på det kommunale sundhedsområde er der i 2009 udarbejdet 27 indikatorer inden for forebyggelse og sundhedsfremme, genoptræning, hjemmesygepleje og alkoholmisbrug, stofmisbrug og børnesundhed. Indikatorerne fokuserer på bl.a. på udgifter, modtagere, kontakter, ventetid, typer af ydelser og årsager til ydelsen. I forhold til flere indikatorer er der dog en udfordring omkring dokumentationspraksis og manglende validitet i data på tværs af kommuner og der pågår et arbejde med at udvikle datakvaliteten.

Boks 9.7

Dokumentation af sygepleje og partnerskab om sygepleje

KL's partnerskabsprojekt om dokumentation og udvikling af hjemmesygeplejen har til formål at udvikle ny praksis for både national og lokal dokumentation af sygeplejeydelser og sammen med kommunerne at udvikle rammer for styring og faglig udvikling i hjemmesygeplejen. 45 kommuner indgår i projektet. I partnerskabsprojektet udvikles der et nyt fælles indsats-katalog, som sikrer, at alle kommuner dokumenterer indsatser ensartet. Indsatskataloget opbygges i forhold til opgavetyper og kompleksitet. Herudover udvikler kommunerne dokumentation om antal modtagere af hjemme-sygepleje, hvor modtagerne henvises fra, hvor mange der indlægges på /udskrives fra sygehus, aldersfordeling og diagnosefordeling for modtagerne samt det samlede antal timer, der leveres sygepleje. Udviklingen af indsatskataloget pågår i 2011/2012 og kommunerne i projektet indberetter hertil fra 2013.

Boks 9.8**Dokumentation af ældrepleje**

Kommunernes dokumentation af indsatser i ældreplejen er omfattende og særligt i forhold til visitation af hjemmehjælp (frit valg), er der et højt dokumentationsniveau både lokalt og nationalt. Dokumentationsniveauet for borgere på plejehjem/plejeboliger er lavere. Der indsamles nationalt en lang række data for ydelser på plejeområdet i Danmarks Statistik på baggrund af kommunernes omsorgssystemer. De kommunale omsorgssystemer består i dag af flere forskellige systemer, der har en del fællestræk, men har forskellige opbygninger der gør kommunikation mellem disse systemer vanskelig, ligesom mulighederne for en central database indeholdende oplysninger fra alle de kommunale omsorgssystemer er kompliceret at etablere.

KL udarbejder sideløbende med de lokale og nationale initiativer et Fælles Kommunalt Ledelsesinformationssystem (FLIS) på en række sektorområder, herunder ældreområdet, der vil understøtte kommunernes sammenligninger på tværs på ældreområdet. FLIS vil derfor også medvirke til at højne sammenligneligheden i data på tværs af kommuner. Flertallet af kommunerne har tilsluttet sig FLIS, der går i drift fra 2013.

Kommunerne har i mange år haft Fælles sprog I og II, der understøtter dokumentationen af afgørelser om hjælp efter serviceloven. Det gælder særligt ydelser efter servicelovens §83 (hjemmehjælp). I takt med at kommunerne løser flere og mere komplekse opgaver på sundhedsområdet har der vist sig et behov for videreudvikling af fælles sprog. Heri er planlagt en række nye dokumentationselementer i myndighedsdelen med henblik på at dokumentere sundhedsfaglige data som diagnoser, symptomer samt relevante fysiologiske og anatomiske oplysninger, herunder mulighed for at dokumentere ændringer i borgernes funktionsniveau som resultat af den kommunale indsats. Der er ligeledes udviklet et værktøj rettet mod leverandørindsatserne og dokumentation af bl.a. handle- og plejeplaner.

Endeligt sker der løbende dokumentation af kommunal genoptræning og sundhedspleje, *jf. boks 9.9 og 9.10.*

Boks 9.9**Genoptræning**

Kommunerne indberetter deres ydelser i relation til almindelig ambulans genoptræning efter Sundhedsloven til Statens Serum Institut. Udover grundoplysninger som den indberettende institution, borgerens CPR-nummer samt bopælskommune indberettes dato for den udførte genoptræningsydelse samt procedurekode for den enkelte genoptræningsydelse. Indberetningerne anvendes bl.a. til opgørelse af indikatorer for genoptræningsaktivitet og ventetid til genoptræning, som indgår i de kommunale sundhedsindikatorer, *jf. afsnit 9.2.3.*

Genoptræning og træning efter serviceloven registreres typisk i de elektroniske omsorgsjournaler i varierende form, både hvad angår detaljeringsgrad og registreringspraksis.

Boks 9.10**Sundhedspleje**

Sundhedsplejens aktiviteter registreres lokalt i forskellige elektroniske børnejournalsystemer. Nationalt opsamlers der data i Børnedatabasen på en række udvalgte indikatorer:

- vægt/højde fra barnet bliver født til barnet går ud af skolen (inklusive data fra de praktiserende lægers syv børneundersøgelser)
- Oplysninger om barnets udsættelse for passiv rygning (ved første sundhedsplejerskebesøg i hjemmet)
- Oplysninger om barnets ernæring i de første 4 måneder

9.3 Redskaber til opfølgning på og monitorering af kommunale indsatser

Der eksisterer i dag en række redskaber til opfølgning på og monitorering af kommunale indsatser som kommunerne kan anvende. Nedenstående har fokus på nationale redskaber. I foregående afsnit blev de kommunale sundhedsindikatorer samt indikatorer på ældreområdet beskrevet. Herudover findes monitorering af sundhedsaftaler, den nationale sundhedsprofil og endelig eSundhed/KØS (KommunalØkonomisk Sundheds-

informationsgrundlag). Hovedvægten i beskrivelsen er lagt på eSundhed/KØS, da dette er det væsentligste redskab for kommunerne i forhold til at følge deres borgeres forbrug og aktivitet i sundhedsvæsenet.

Monitorering af sundhedsaftaler

Som led i evalueringen af sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner, der blev foretaget i et samarbejde mellem KL, Danske Regioner, PLO og staten, blev der udvalgt 13 indikatorer, som regioner og kommuner kan anvende i planlægningen af og opfølgningen på sundhedsaftalerne.

Blandt de udvalgte indikatorer findes en række med relevans for den patientrettede forebyggelse. Det gælder indikatorer for forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser, indikatorer for genoptræning efter udskrivninger, herunder ventetid til almindelige genoptræning, samt patientoplevelt samarbejde og kommunikation mellem hospital og kommune.

Monitoreringen er på nuværende tidspunkt ikke påbegyndt

Den nationale sundhedsprofil

Den nationale sundhedsprofil er en spørgeskemaundersøgelse blandt 180.000 danskere vedrørende deres sundhed og sygelighed. Undersøgelsen er aftalt mellem KL, Danske Regioner og staten og blev gennemført første gang i 2010.

Foruden indikatorer for KRAM-faktorerne (kost, rygning, alkohol og motion) indeholder den nationale sundhedsprofil bl.a. indikatorer for selvrapporterede specifikke sygdomme og lidelser, herunder visse kroniske sygdomme og hjertesygdomme.

Den nationale sundhedsprofil offentliggøres på sundhedsprofil2010.dk, hvor indikatorerne foreligger på nationalt, regionalt og kommunalt niveau. Undersøgelsen gennemføres igen i 2013 og herefter hvert fjerde år.

eSundhed/KØS (KommunalØkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag)

Den løbende registrering af regional sundhedsaktivitet, og data opsamles og formidles af de centrale sundhedsmyndigheder via eSundhed. eSundhed er et informationssystem rettet mod regioner og kommuner. Systemet har eksisteret i en del år og er løbende blevet udvidet og udviklet. En udvikling der stadig pågår.

Siden kommunalreformen trådte i kraft 1. januar 2007 har de centrale sundhedsmyndigheder via eSundhed videreformidlet opgørelserne af den kommunale (med)finansiering samt den bagvedliggende aktivitet.

eSundhed stiller informationer til rådighed om aktivitet på sygehuse mv., der ligger til grund for de månedlige kommunale betalinger af medfinansiering. Datagrundlaget er dermed bygget op efter afregningsgrundlaget for den kommunale medfinansiering suppleret af en række oplysninger om diagnoser, typer af behandlinger mv. Kommunerne bruger bl.a. denne information som grundlag for dialogen med regionerne og til at kvalificere, monitorere og planlægge deres sundhedsindsats.

Det er også eSundhed, der formidler "regningerne" for den kommunale medfinansiering ligesom det er på baggrund af systemets data, at disse sendes til afregning hver måned i det offentlige betalingssystem. Formidlingen af informationer til kommunerne via eSundhed foregår i flere niveauer. Niveauerne er struktureret således, at detaljeringsgraden stiger fra niveau til niveau. Det mest detaljerede niveau i eSundhed, der er rettet mod kommunerne, er KØS (KommunalØkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag) som gennemgås mere detaljeret nedenfor.

Boks 9.11

Indhold i eSundhed

Formidlingen af informationer til kommunerne via eSundhed foregår i flere niveauer. Niveauerne er struktureret således, at detaljeringsgraden stiger fra niveau til niveau.

Niveau 1: Opgørelser af kommunernes medfinansiering

Dette niveau formidler månedlige opgørelser af den kommunale medfinansiering (kroner) for de enkelte kommuner opdelt i hovedområderne somatik, psykiatri og sygesikring (praksissektoren). Der er mulighed for at se opgørelserne i forskellige prisniveauer/takstsystemer, således at aktiviteten kan ses med forskellige års takstsystemer. Kommunerne kan eksempelvis se aktiviteten for tidligere år i det mest aktuelle takstsystem og dermed opgøre tidligere års aktivitet i nuværende års takststruktur. Det kan eksempelvis bruges af kommunerne i deres budgetlægning.

Niveau 2: Standardtabeller til belysning af den kommunale medfinansiering

Dette niveau giver mulighed for yderligere detaljering ift. niveau 1. Her kan vælges opgørelser på flere statistikvariable end blot medfinansieringskroner som i niveau 1. Eksempelvis kan yderligere vælges samlet værdi, antal besøg, antal udskrivinger, antal sengedage. Disse statistikvariable kan endvidere grupperes i aldersgrupper, DRG-grupper eller behandlingssteder. Dermed giver niveau 2 mulighed for at analysere de månedlige kommunale betalinger nærmere, idet der knyttes aktivitet på. Ligesom i niveau 1 er der mulighed for at se opgørelserne i forskellige prisniveauer/takstsystemer.

Niveau 3: Analyseværktøj til belysning af den kommunale medfinansiering

Dette niveau giver mulighed for gennem et fleksibelt dataområde at designe sin egen tabel ved at vælge hvilke data der skal indgå i rækker, kolonner og dataområde ud fra en lang række variable. Det er ligeledes muligt at vælge variable til overordnede kriterier for tabellen således, at der dynamisk kan afgrænses i tabellen. Eksempelvis kan periode vælges som et kriterium og gennem simple klik kan der afgrænses i perioden og resultatet opdateres herefter i den dannede tabel.

"Niveau 4": Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS)

Grunddata – se særskilt afsnit nedenfor.

9.4 Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS)

Adgangen til grunddata samt data fra andre kilder end de centrale sundhedsregistre er at finde i KØS, der således udgør det fjerde og mest detaljerede niveau for formidling af information på sundhedsområdet til kommunerne.

Der har udover de tilgængelige oplysninger i eSundhed været et kommunalt ønske om mere detaljerede data, så kommunerne fik 1) adgang til de bagvedliggende individbaserede oplysninger med henblik på bl.a. at kunne målrette forebyggende aktiviteter mod udvalgte grupper, og 2) mulighed for at analysere sammenhænge mellem den regionale sundhedsindsats og tilgrænsende kommunale sektorer som omsorgs- og arbejdsmarkedsområdet.

På den baggrund besluttede KL og de centrale sundhedsmyndigheder at igangsætte arbejdet med etableringen af et Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS) således, at kommunerne kan få stillet det bedst mulige informationsgrundlag til rådighed, hvilket kan give dem mulighed for at planlægge deres sundhedsindsatser bedst muligt. Netop med en placering hos de centrale sundhedsmyndigheder er det sikret, at alle de centrale oplysninger er til stede, således at kommunerne har mulighed for at tilgå og bearbejde data. Dette arbejde foregår under hensyntagen til bl.a. kravet om datasikkerhed i forhold til behandling af personfølsomme data.

Den første version af KØS gik i luften i 2009 i form af en adgang via en fysisk maskine placeret hos de centrale sundhedsmyndigheder. Systemet er siden da løbende blevet udviklet, ikke mindst med introduktionen af en

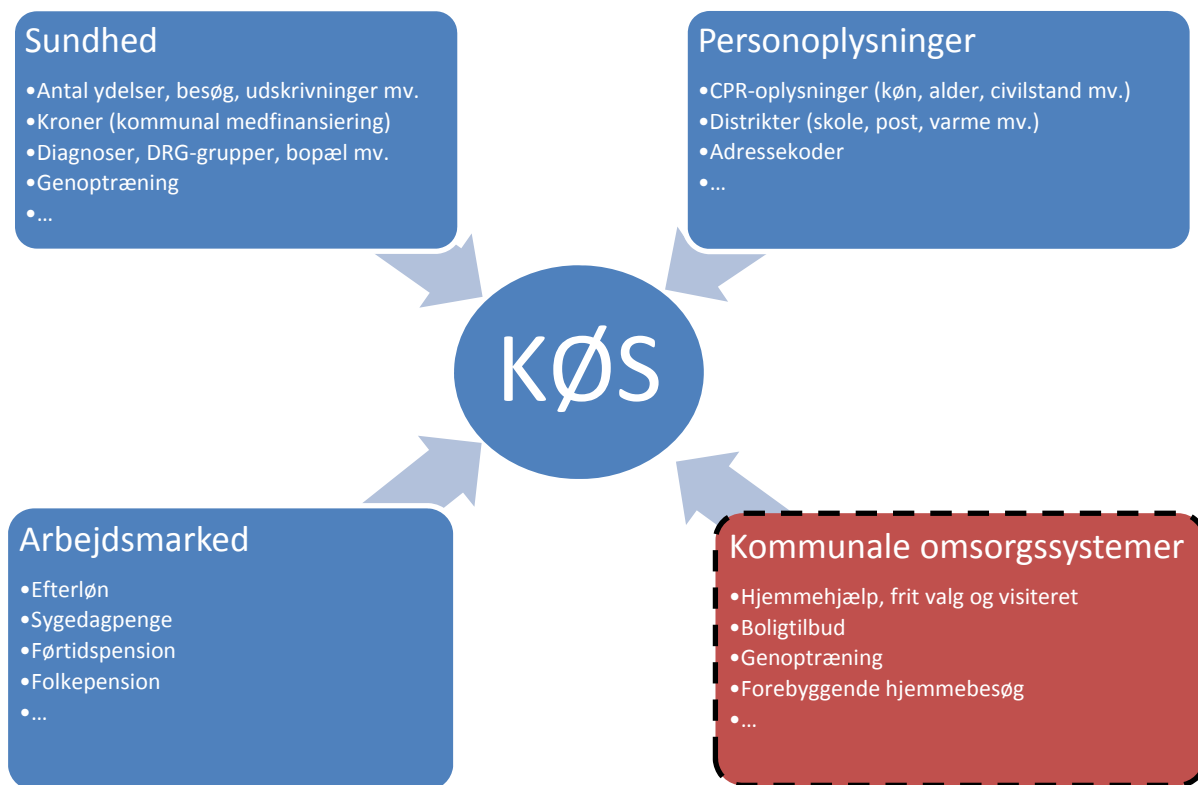
brugergrænseflade på eSundhed i efteråret 2010. Udviklingen med at tilføje nye data og forbedre brugervenligheden pågår stadig.

9.4.1 Dataindhold i KØS

Muligheden for at imødekomme kommunernes øgede informationsbehov er søgt realiseret ved at udbygge det fælles datagrundlag for afregning hos de centrale sundhedsmyndigheder. Dette er sket ved at supplere datagrundlaget med oplysninger fra eksterne systemer; CPR-registeret og Beskæftigelsesministeriets arbejdsmarkedsregister – DREAM fra juni 2012. Derudover vil datagrundlaget senere blive suppleret med data fra de kommunale omsorgssystemer. Det er herefter muligt med udgangspunkt i det individbaserede centrale datagrundlag at lave koblinger af disse data og på den baggrund danne relevante aggregeringer på ikke-individniveau, som kommunerne kan anvende.

Opbygningen af KØS er illustreret i nedenstående figur. Systemet er bygget op på en sådan måde, at der løbende kan tilføjes nye dataområder fra eksterne registre og lignende.

Figur 9.1
Opbygningen af KØS



Personoplysninger stammer fra CPR-registeret, mens oplysningerne om borgernes status i arbejdsmarkeds-systemet stammer fra Beskæftigelsesministeriets arbejdsmarkedsregister: DREAM. Oplysningerne fra de kommunale omsorgssystemer (Elektroniske OmsorgsJournaler – EOJ-systemer) er endnu ikke medtaget i KØS, men der arbejdes på at få disse implementeret.

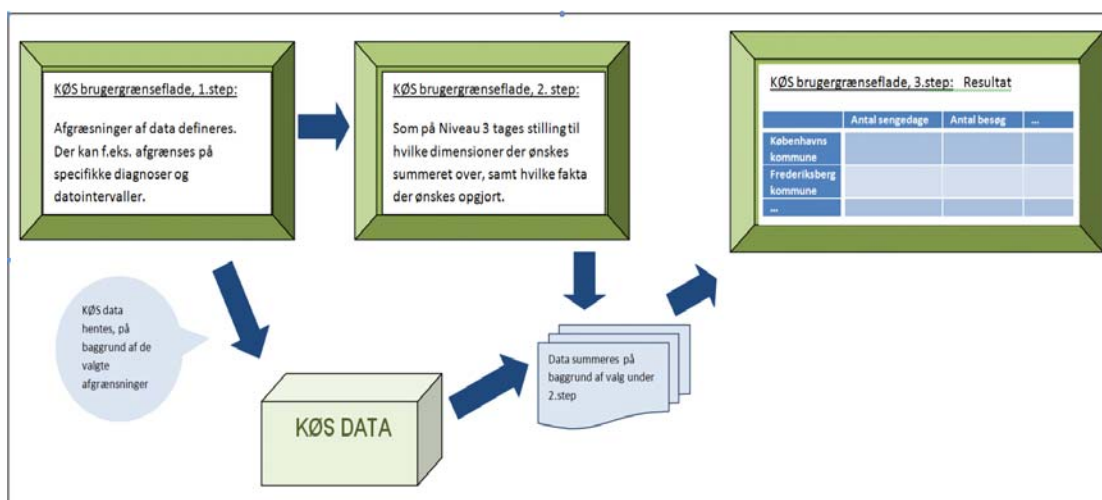
9.4.2 Anvendelsesmuligheder

KØS har en lang række anvendelsesmuligheder for kommunerne. Det skal dog bemærkes, at der ikke for alle dataområderne er færdigudviklet funktionaliteter i systemet, der understøtter alle koblinger. Det betyder, at der er en del af data fra ovenstående registre som kommunerne endnu ikke har adgang til at foretage analyser på. Således er det fulde potentiale i systemets nuværende data ikke er fuldt udnyttet.

Udviklingen af KØS sker i tæt samarbejde med kommunerne og den etablerede referencegruppe bestående af en række kommuner og KL. Referencegruppen har fulgt udviklingen og været med til at udstikke retningen for KØS samt kommet med forslag til definitioner og prioriteringer i forhold til udviklingen af KØS.

Det overordnede princip ved anvendelsen af KØS er illustreret i nedenstående figur.

Figur 9.2
Princippet i KØS-brugergrænsefladen



KØS bliver primært anvendt på to måder, der ikke har været mulighed for i de øvrige analyseværktøjer, der stilles til rådighed på eSundhed.

Den ene måde er til analyser på afgrænsede populationer. Dette giver bl.a. mulighed for at kommunerne kan afgrænse data til kun at omfatte en udvalgt population fx på et givet plejehjem, en gruppe af borgere med KOL eller de af kommunen kendte stofmisbrugere. Således kan kommunerne følge disse gruppers sundhedsforbrug og gennem analyser heraf indrette og målrette egne indsatser. Sådanne analyser kræver, at kommunen selv indlæser de specifikke cpr-numre i systemet. En øvelse der kræver et godt kendskab til systemet.

Den anden måde er muligheden for at følge borgere gennem flere systemer dvs. kombinationer af eksempelvis sundhedsforbrug og arbejdsmarkedsindsatser og på sigt ældrepleje. Således kan kommunerne foretage analyser af sammenhænge mellem forbrug i det regionale sundhedsvæsen (praksissektor eller sygehussektoren) og eksempelvis borgere, der modtager sygedagpenge, førtidspension eller andre arbejdsrelaterede overførselsindkomster. Det planlægges ligeledes, at kommunerne på sigt kan analysere sammenhænge mellem sundhedsforbrug blandt de borgere, der får leveret ydelser i ældreplejen fordelt på forskellige ydelseskategorier (praktisk hjælp, personlig pleje mv). Endelig vil systemet blive udviklet med funktionaliteter, der viser geografisk opdeling på fx kommunale distrikter eller specifikke adresser. Det skal dog bemærkes, at disse funktionaliteter endnu ikke er udviklet og implementeret i den nuværende udgave af systemet.

Herudover er der selvfølgelig muligheden for kombinationen af ovenstående, hvor en specifikt afgrænset population følges gennem flere systemer. Det kan således blive muligt at se denne befolkningsgruppes træk på sundhedsvæsenet samt kommunale omsorgs- og arbejdsmarkedsydelse.

Det bemærkes, at særligt funktionaliteterne omkring den anden måde, hvor borgerne følges gennem flere systemer har været vanskelige at udvikle og betyder, at der endnu ikke for alle områder eksisterer en funktionalitet, der gør dette muligt. At kunne lave en række af disse koblinger kræver i øjeblikket, at brugerne kobler sig direkte på KØS-databasen og koder de nødvendige programmer. Dette kræver tekniske kundskaber, som de færreste kommuner har til rådighed, ligesom det stiller krav om fysisk fremmøde hos de centrale sundhedsmyndigheder, da fjernopkobling hertil ikke er mulig. Det er vurderingen, at der stadig er et potentiale at indfri ift. KØS, der sikrer større udbredelse og brugervenlighed. Således blev det i økonomiaftalen for 2013 mellem regeringen og KL aftalt at fortsætte udviklingen af værktøjet til at understøtte de kommunale sundhedsindsatser.

Der er på nuværende tidspunkt planlagt en række konkrete forbedringer af KØS. Disse fremgår af boks 9.12. nedenfor. Det forventes, at størstedelen af udbygningerne er implementeret medio 2013. De centrale sundhedsmyndigheder vil ligeledes intensivere samarbejdet særligt med kommunerne omkring videreudvikling af eSundhed/KØS, herunder fremadrettet anvende den nedsatte referencegruppe mere proaktivt.

Boks 9.12 Planlagte forbedringer af KØS
Datagrundlag: <ul style="list-style-type: none">• Tilføjelse af data fra de kommunale omsorgssystemer (EOJ)• Tilføjelse af markører for plejeboliger og personer med kronisk sygdom• Tilføjelse af GIS-koordinater i data
Brugervenlighed: <ul style="list-style-type: none">• Udvikling af standardiserede udtræk• Udvikling af standardiserede diagnosegrupper• Mulighed for at sammenligne sygehuse• Forbedring af dokumentationen• Mulighed for kortillustrationer

Endelig gives kommunerne yderligere muligheder for gennemførelse af analyser på sundhedsområdet. Dette sker i forlængelse af den vedtagne ændring i Sundhedsloven, hvor kommuner og regioner tildeles udvidet adgang til sundhedsdata på individniveau.

Dette gør det muligt for kommunerne at koble sundhedsdata med egne data på individniveau med det formål at forbedre analysemulighederne med henblik for f.eks. mere målrettet forebyggelse. Data stilles til rådighed i henhold til bl.a. Persondataloven. Det betyder bl.a. at data ikke kan stilles til rådighed, hvis det er muligt at indhente data på det relevante aggregeringsniveau ad andre kanaler, som f.eks. det eksisterende KØS-miljø.

Dataadgangen vil omfatte bl.a. KØS-data og datamængden kan øges i takt med udbygningen af KØS og andre datakilder, som stilles til rådighed gennem eSundhed.

Adgangen vil ske gennem eSundhed. Her etableres en ansøgnings- og godkendelsesprocedure, således at kommunerne kan gives adgang til nærmere beskrevne og afgrænsede udtræk, såfremt ansøgningen opfylder reglerne for adgang.

En bekendtgørelse for adgangen til data er under udarbejdelse og forventes sammen med den konkrete adgang via eSundhed at være etableret primo 2013.

9.5 Udfordringer og mangler i nuværende dokumentation og redskaber

Dokumentationen på sundhedsområdet er generelt god i Danmark. Flere af de nationale sundhedsregistre og kliniske databaser regnes blandt nogle af de mest detaljerede i verden og en nyligt udarbejdet modenheds-

analyse af dokumentationsområdet i Danmark foretaget af Boston Consulting Group placerer Danmark i toppen internationalt set. Der er dog også en række områder, hvor der er udfordringer og mangler.

I takt med der bliver flere ældre og flere borgere med kroniske sygdomme stiger behovet for sundhedstilbud uden for sygehusene og særligt for forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser rettet mod disse borger- og patientgrupper. For at sikre viden om disse gruppers sundhedstilstand, der gør vi kan følge dem over tid og på tværs af sundhedsvæsenet samt kan blive klogere på, hvilke indsatser der har den største effekt, er det nødvendigt med en nyfokusering af dokumentationsindsatsen til også at omfatte disse områder.

Der eksisterer en høj dokumentationskomplethed og detalje på behandlingsområdet særligt på sygehusene, mens det tilsvarende i forhold til både regionale og kommunale forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser ikke har det samme niveau. Dette er blandt andet medvirkende til, at der mangler viden om indsatser og disses effekt. Det fremgik blandt andet af foregående kapitel, at der er meget lidt evidensbaseret information om den patientrettede forebyggelsesindsats.

Udfordringer og mangler i den nuværende dokumentation af regionale og kommunale sundhedsindsatser og i de eksisterende redskaber til videreformidling og analyse af disse kan belyses under tre overskrifter:

- I. Standardisering af ydelser og retningslinjer for indsatser og dokumentation
- II. Tilgængelighed og deling af information
- III. Brugervenlighed og funktioner i eksisterende redskaber

Ad I) Standardisering af ydelser og retningslinjer for indsatser og dokumentation

Der findes på nuværende tidspunkt kun begrænset data, der kan belyse sammenhæng, patientforløb og kvalitet på tværs af regionale og kommunale tilbud. Regioner og kommuner er gensidigt afhængige af hinandens indsats i forhold til forebyggelse, behandling og pleje. Det er derfor et problem, bl.a. i forbindelse med opfølgningen på sundhedsaftalerne, at der er forskel på dokumentationen af de forskellige typer af indsatser.

For mange af de patientrettede forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser i kommuner og regioner eksisterer der ikke en standardisering af ydelserne og klare retningslinjer for de forskellige indsatser. For at kunne have en meningsfuld dokumentation af indsatser er denne standardisering vigtig. Det er ligeledes vigtigt med klare retningslinjer for såvel den faglige del af indsatserne som for, hvorledes disse skal dokumenteres således, at der kan ske en meningsfuld og systematisk opsamling af viden. En viden der fremadrettet skal kunne anvendes til at forbedre indsatserne og udbrede de gode eksempler.

Der er flere gode eksempler på, at der er igangsat initiativer på området. Her kan bl.a. nævnes kommunernes partnerskabsprojekt om hjemmesygeplejen og arbejdet med Fælles sprog I og II, jf. ovenstående.

Det er desuden væsentligt for opfølgningen på den kommunale forebyggelsesindsats og dialogen mellem sygehus og kommune, at den aktivitet, som medfinansieringen er baseret på, stemmer overens med borgernes faktiske forbrug. Der er i dag nogle udfordringer knyttet hertil. Disse vedrører bl.a. afregning for overflytninger mellem sygehuse, der i nogle tilfælde skaber uhensigtsmæssige forskelle mellem kommunerne som følge af den måde, sygehusene registreringsteknisk er organiseret. Et forhold der endvidere påvirkes af ændringer i sygehusstrukturen. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er bekendt med problematikken og en behandling heraf er sat i gang i regi DRG-udvalget, hvor alle parter er repræsenteret.

Der kan endvidere være forskelle og ændringer i registreringspraksis, der påvirker den enkelte kommunes udgifter eller som udfordrer analyser af bestemte patientgrupper (fx medicinske patienter) uden at have noget at gøre med ændringer i borgernes forbrug samt eksempelvis regionale patientskoler, hvor afregningen sker som individuelle ambulante forløb.

Rigsrevisionens beretning fra 2011 om DRG-systemet - med fokus på kvaliteten af de data, der indgår i beregningerne af taksterne – indeholder en række anbefalinger. Regionerne er i den forbindelse blevet pålagt, at forbedre datakvaliteten. I forlængelse heraf har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse initieret en række initiativer vedr. bedre retningslinjer for registrering i sygehusenes patientadministrative systemer og LPR samt initiativer vedr. højere kvalitet i registreringerne i sygehusenes patientadministrative systemer og LPR.

Ad II) Tilgængelighed og deling af information

Udfordringerne med manglende dokumentation af den patientrettede forebyggelsesindsats hæmmer selvfølgelig tilgængeligheden heraf. Det er relevant at have kendskab til hvilke ydelser og indsatser der tilbydes og hvem og hvor mange der benytter sig af disse. Dette er relevant viden for såvel regioner som kommuner i deres planlægning af den patientrettede forebyggelsesindsats. En sådan deling af information vil medvirke til at sikre større sammenhæng i tilbuddene og mindske risikoen for opbygning af parallelle tilbud.

Denne tilgængelig og deling af information er ikke i tilstrækkeligt omfang til stede i dag. Både kommuner og regioner mangler viden om hinandens tilbud og indsatser.

Ligesom det ovenfor blev beskrevet, at der mangler en standardisering og retningslinjer for indsatser, ydelser og dokumentation på det patientrettede forebyggelsesområde mangler der ligeledes central opsamling af de indsatser der dokumenteres. Dette er særligt tilfældet på det kommunale område, hvor tilgængeligheden af oplysninger, der registreres bl.a. i de kommunale omsorgssystemer ikke på tilstrækkelig systematiseret vis opsamles centralt med henblik på udbredelse og læring. Der er i regi af nationale dokumentationsprojekter indsamlet udvalgte oplysninger fra kommunernes omsorgssystemer via Danmarks Statistik, der aggregeres og videreformidles i årligt udarbejdede indikatorer. Nogle af disse data tilgår endvidere de centrale sundhedsmyndigheder og indgår som en del af datagrundlaget i KØS. Der er primært tale om oplysninger fra de kommunale omsorgssystemer, men der mangler en grundlæggende opsamling af alle data samt efterfølgende videreformidling af disse.

En af tankerne med KØS-databasen er at have et centralt sted, hvor disse oplysninger kan samles og der kan laves relevante koblinger mellem data for at belyse sammenhænge og indsatser med henblik på efterfølgende systematisk videreformidling til alle relevante aktører på sundhedsområdet. Der vurderes at være et væsentligt potentiale i denne grundtanke, der kan indfries udover de resultater, der allerede er opnået med KØS.

Ad III) Brugervenlighed og funktioner i eksisterende redskaber

KØS vurderes at være det væsentligste nuværende, centrale redskab til analyse og videreformidling af oplysninger om sundhedsforbrug og indsatser.

Der eksisterer i dag en meget stor datamængde i eSundhed/KØS til brug for kommunernes analysearbejde. Men de nuværende anvendelsesmuligheder vanskeliggøres af manglende brugervenlige løsninger. Manglen herpå betyder, at det kræver større datamæssige færdigheder at foretage udtræk og analyser i systemet, ligesom risikoen for faldgruber og fejl er til stede.

Der er behov for udvikling af en mere brugervenlig løsning i eSundhed og særligt KØS, der gør det lettere at anvende som ledelsesinformationsværktøj med veludviklede indikatorer, fokusområder og udtræksmuligheder. Dette er nødvendigt for at indfri det store potentiale, der ligger i den grundlæggende struktur og tanke bag KØS-systemet.

Kommunerne efterspørger bl.a. muligheden for standardiserede diagnosegrupper, udvalgte indikatorer for patientgrupper med særligt potentiale, standardiserede rapporter, markører for bl.a. personer med kronisk sygdom mv. Helt konkret efterlyser kommunerne:

- Bedre grundlag for analyser af sundhed på tværs, herunder data fra ældre- og beskæftigelsesområdet
- Bedre muligheder for opfølgning på indsatser for bestemte grupper bl.a. ved at sikre en mulighed for at kunne følge sygehusforbruget blandt forskellige modtagere i hjemmeplejen og differentiere herimellem, når der indlæses cpr-nr. til opfølgning.
- Bedre opfølgningmuligheder ved hjælp af individbaserede data.
- Bedre muligheder for at sammenligne forbruget af sygehusydelser blandt bestemte patientgrupper fx personer med kronisk sygdom forbedres, så kommunerne kan sammenligne sig på, hvor mange patienter, der er med en bestemt diagnose, og hvor stort et sygehusforbrug disse patienter har.

9.6 Videreudvikling

Det vurderes, at der er et stort potentiale i, at arbejdet med dokumentation særligt omkring patientrettede forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser intensiveres. Ligeledes vurderes det, at en øget gennemsigtighed i de kommunale sundhedstræk og en mere konsistent kommunal anvendelse af data som en integreret del af den kommunale indsats for en effektiv forebyggelses- og plejeindsats kan medvirke til at effektivisere indsatserne over for særligt ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom.

Der kan på baggrund af ovenstående kortlægning og analyse af udfordringer og mangler peges på en række muligheder for videreudvikling, der kan medvirke til at understøtte arbejdet med dokumentation, evidens og vidensdeling i sundhedsvæsenet særligt i forhold til patientrettede forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser. Disse er oplistet i boks 9.13. nedenfor.

Boks 9.13

Videreudvikling af dokumentationsområdet

Arbejdet med at standardisere ydelser og retningslinjer for indsatser og dokumentation intensiveres

Der er behov for, at arbejdet med standardisering af ydelser og retningslinjer for indsatser og dokumentation i forhold til den patientrettede forebyggelses- og rehabiliteringsindsats intensiveres. For at sikre den nødvendige sammenhæng i tilbud på tværs af sundhedsvæsenet bør dette ske i et samarbejde mellem de regionale og kommunale aktører bl.a. med udgangspunkt i nationale retningslinjer og anbefalinger.

Den manglende viden om hvilke indsatser, der virker stiller krav om, at der i kommuner og regioner bør arbejdes mere systematisk med løbende dokumentation af indsatserne samt efterfølgende evalueringer. Det skal sikres, at resultaterne heraf udbredes på systematisk vis. Dette kan ske via de centrale formidlingsplatforme – herunder i særdeleshed via eSundhed/KØS.

I forhold til dokumentation af de kommunale sundhedsydelser bør der arbejdes for en sikring af mere ensartede data på tværs af kommunerne ligesom der bør arbejdes med at videreudvikle registreringskulturen.

Bedre information om tilbud og indsatser

Der er behov for viden om, hvilke tilbud og indsatser, der tilbydes i regioner og kommuner. Kommuner og regioner bør sikre gensidig information og orientering om egne og fælles tilbud og indsatser. Disse oplysninger kan med fordel videreformidles via de centrale sundhedsinformationsplatforme som eksempelvis eSundhed.

Systematisk opfølgning på parametre

Det er behov for at kommuner og regioner arbejder systematisk med at følge op på de parametre, der kan være indikatorer for forebyggelsesindsatsen samt sikrer en systematisk opfølgning på effekten af forebyggelsesindsatserne

Deling af dokumentation mellem relevante aktører

For at sikre fremtidig mulighed for at kunne belyse sammenhæng, patientforløb og kvalitet på tværs af regionale og kommunale tilbud, skal der arbejdes for større deling af relevant dokumentation om de forskellige

indsatser mellem de relevante aktører. Fokus i udviklingen bør være på, hvordan der sikres bedre viden om borgernes forløb på tværs af sektorer, ligesom relevant information bør samles nationalt og systematisk videreformidles til relevante parter. Denne videreformidling kan ske gennem nationale systemer som eSundhed/KØS

Bedre overensstemmelse mellem sygehusforbrug og datagrundlag

Der er behov for, at vurdere mulighederne for at justere datagrundlaget for kommunernes opfølgning på borgernes sygehusforbrug (dvs. afregningsgrundlaget for medfinansieringen) for at sikre et godt grundlag for den kommunale opfølgning på borgernes sygehusforbrug. Det skal vurderes, hvordan der sikres, at de data kommunerne anvender i opfølgningen på borgernes sygehusforbrug er afgrænset mest hensigtsmæssigt (fx overflytninger mellem sygehuse), ligesom der ses nærmere på, om problemer med ændrede registreringer kan afhjælpes, så der sikres et godt datagrundlag for at følge de udpegede potentialegrupper i denne rapport. Dette kan ske i DRG-udvalget.

Bedre og mere brugervenlige analysemuligheder i eSundhed/KØS

Der bør arbejdes på at styrke og yderligere indfri potentialerne i eSundhed/KØS som den centrale platform for videreformidling af sundhedsinformation. Her er der behov for at udbygge brugervenligheden i systemet, så alle kommuner sikres en let adgang til centrale analyser og opfølgning på sundhedsforbruget i kommunen. Funktionaliteten i systemet ændres således, at de rette informationer er mere tilgængelige, herunder bl.a. etablering af en række relevante standardrapporter på forskellige områder og udvikling af standardiserede diagnosegrupper. Systemets funktionaliteter tilrettes, så det sikres, at de centrale analyser af fx potentialegrupper, der er afdækket i denne rapport på sigt kan tilgås uden større datamæssige færdigheder. Der skal ligeledes arbejdes videre med at sikre et relevant og opdateret datagrundlag, herunder arbejde for at kommunale data – bl.a. data om hjemmesygepleje samt ældrepleje og omsorg – i større omfang og mere smidigt tilgås systemet.

Øget viden om hvilke indsatser der har effekt og hvad indsatserne koster

Som også fremhævet i kapitel 8 er der behov for yderligere forskning i hvilke indsatser, der virker med henblik på at skabe mere evidens på forebyggelsesområdet. Det kan bl.a. ske ved, at der på tværs af forskningsmiljøer, kommuner, regioner og statslige myndigheder sikres en opsamling på (og forskning i), hvilke indsatser, der virker, og dermed hvad kommunerne skal satse på. Ligeledes bør kommunernes muligheder for at lave før- og eftermålinger på forebyggelsesaktiviteten afsøges og beskrives.

Det kan ligeledes ske ved at kommuner og regioner intensiverer samarbejdet med forskningsverdenen, herunder indgår partnerskaber mv. med forskningsinstitutioner såvel som selv aktivt prioriterer en evidensbase-rettet tilgang til arbejdet med de patientrettede forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser.

10. Snitfladeproblematikker i den patientrettede forebyggelse

10.1 Sammenfatning

I forbindelse med evalueringen af kommunalreformen⁴⁶ på sundhedsområdet er der foretaget en analyse af den patientrettede forebyggelse og sundhedsaftalernes funktion. Nærværende kapitel bygger på denne analyse og belyser snitfladeproblematikkerne i den patientrettede forebyggelse.

10.1.1 Den patientrettede forebyggelse

En af sundhedsvæsenets største udfordringer er at sikre sammenhængende og omkostningseffektive patientforløb. Den patientrettede forebyggelse, der primært er rettet mod det stigende antal personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter, er afgørende i denne sammenhæng.

Med kommunalreformen blev den patientrettede forebyggelse et delt ansvar mellem regioner og kommuner, hvorfor indsatsen er koblet op på et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde mellem disse myndigheder. Samarbejdet er bl.a. forankret i sundhedsaftalerne mellem kommuner og regioner, og der eksisterer en række samarbejdsprojekter og samarbejdsmodeller mellem regioner og kommuner.

Samarbejdet fungerer godt mange steder, og der er sket en positiv udvikling i samarbejdet i regi af bl.a. sundhedsaftalerne. Der kan dog stadig identificeres en række udfordringer i forbindelse med den patientrettede forebyggelse. Der vurderes således at være et uudnyttet potentiale for at styrke samarbejdet om den patientrettede forebyggelse. Boks 1.1 sammenfatter snitfladeproblematikker i forhold til den patientrettede forebyggelse.

Boks 10.1

Snitfladeproblematikker i forhold til den patientrettede forebyggelse

Gråzoner i arbejdsdelingen og risiko for overlappende tilbud

- Risiko for overlappende tilbud, fx rygestoptilbud, patientuddannelser mv.
- Uensartet organisering på tværs af kommuner og sygehuse kan vanskeliggøre samarbejdet om større tværgående projekter, fx organiseringen af patientuddannelser eller den telemedicinske indsats.
- Teknologien stiller nye krav til samarbejdet og den traditionelle arbejdsdeling mellem regioner og kommuner, hvis patienten fx skal kunne blive længere i sit eget hjem.
- Uklarhed om hvilke opgaver, der løses af fx almen praksis og kommunen, hvilket indebærer en risiko for, at patienter håndteres på et højere specialiseret niveau end nødvendigt.

Utilstrækkelig rådgivning, videndeling og evidens

- Regionernes rådgivningsforpligtelse udnyttes ikke godt nok, ligesom viden generelt ikke deles i tilstrækkeligt omfang.
- Manglende kendskab til hinandens tilbud på tværs af sektorer.
- Manglende systematisk registrering og dokumentation af patientrettede forebyggelsesindsatser, fx manglende monitorering af forløbsprogrammerne.

⁴⁶ Evaluering af kommunalreformen, Økonomi- og Indenrigsministeriet, 2013

<ul style="list-style-type: none"> Eksisterende oplysninger om patienterne deles ikke i tilstrækkeligt omfang.
<p>Organisatoriske udfordringer, kompetencer og kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> Kommuner og sygehuse har ikke tilstrækkelig fokus på forebyggelige (gen)indlæggelser. Utilstrækkelig udveksling af relevant information om patienter mellem sektorer før, under og efter indlæggelse.
<p>Uhensigtsmæssige incitamentsstrukturer</p> <ul style="list-style-type: none"> Manglende incitament til at løse opgaver i overensstemmelse med LEON-princippet. Honoreringssystemerne i almen praksis og på sygehusområdet tilskynder ikke tilstrækkeligt fokus på sammenhængende forløb og kvalitet.

10.1.2 Sundhedsaftalerne

For at understøtte samarbejdet på tværs af sektorer og sikre sammenhængende patientforløb blev det med sundhedsloven gjort lovpligtigt for regionsråd og kommunalbestyrelser at etablere Sundhedskoordinationsudvalg og indgå sundhedsaftaler om varetagelse af opgaver på sundhedsområdet. Sundhedsaftalerne er i dag den overordnede politiske ramme for det tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet.

Sundhedsstyrelsen har i 2011 gennemført en evaluering af sundhedsaftalerne, som viser, at sundhedsaftalerne generelt er et velegnet redskab til at sikre dialog og samarbejde mellem kommuner og regioner. Evalueringen viser ligeledes, at der har været en positiv udvikling i samarbejdet og i indholdet i de konkrete aftaler fra de første sundhedsaftaler til de nuværende sundhedsaftaler.

Sundhedsaftalerne har imidlertid i deres nuværende form og tilrettelæggelse har en række svagheder. Boks 10.2 sammenfatter de generiske problemstillinger ved de nuværende sundhedsaftaler.

<p>Boks 10.2</p> <p>Generiske problemstillinger ved de nuværende sundhedsaftaler</p>
<p>Sundhedsaftalerne er ikke tilstrækkeligt forpligtende, herunder i forhold til almen praksis</p> <ul style="list-style-type: none"> Det nuværende aftalesystem sikrer ikke tilstrækkeligt effektivt, at de praktiserende læger indgår på forpligtende vis i det integrerede sundhedsvæsen. Der ses i både kommuner, regioner og almen praksis udfordringer ift. at implementere forløbsprogrammer for kroniske patienter op til det aftalte ambitionsniveau.
<p>Sundhedsaftalernes form – 98 sundhedsaftaler kan give for stor variation</p> <ul style="list-style-type: none"> Der findes i dag 98 sundhedsaftaler, som er indgået med afsæt i en regional grundaftale udarbejdet af Sundhedskoordinationsudvalget. Det betyder, at der kan være variation i sundhedsaftalerne indenfor den enkelte region, hvilket kan vanskeliggøre samarbejdet og betyde for stor uensartethed i tilbuddene.
<p>Sundhedsstyrelsens tilbagemelding i forbindelse med godkendelse af sundhedsaftalerne</p> <ul style="list-style-type: none"> Sundhedsstyrelsen fokuserer i sin godkendelse på, om sundhedsaftalerne opfylder be-

kendtgørelsens obligatoriske krav eller ej. Nogle kommuner og regioner har efterspurgt en individuel tilbagemelding på de enkelte sundhedsaftaler i forbindelse med godkendelsen.

Implementeringsudfordringer – langt fra aftale til praksis i mødet med borgerne

- Der er fortsat udfordringer i forhold til at sikre kendskab og ejerskab til aftalernes konkrete indhold hos medarbejderne i de udførende led.

Mål, indikatorer og opfølgning

- Der er fortsat behov for at styrke opfølgningen på sundhedsaftalerne med henblik på at sikre en løbende vurdering af, om sundhedsaftalerne virker som tilsigtet samt skabe et kvalificeret grundlag for dialog om udvikling af indsatsen og samarbejdet mellem aftalparterne.

Sundhedsaftalernes indhold – obligatoriske indsatsområder

- De nuværende sundhedsaftaler indeholder seks obligatoriske indsatsområder, som generelt har meget forskellig karakter. Samtidig sker en løbende udvikling af sundhedsvæsenet og af patienternes behov og krav til sundhedsvæsenet.
- Sundhedsaftalerne anvendes ikke i tilstrækkeligt omfang til at sikre lokale forpligtelser mellem regioner og kommuner i forhold til udbredelse og implementering af sundheds-it.

10.2 Snitfladeproblematikker i den patientrettede forebyggelse

Dette afsnit præsenterer en række af de udfordringer, der eksisterer i snitfladen mellem det kommunale sundhedsvæsen, sygehus og almen praksis.

Behandlingsforløb for personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter er ofte karakteriseret ved længere, tværsektorielle og ikke-lineære forløb med vekslende behov for tilbud på sygehus, i almen praksis og i det kommunale sundhedsvæsen. Derfor er kommuner og regioner, herunder praksissektoren, gensidigt afhængige af hinandens indsats i forhold til forebyggelse samt behandling og pleje.

Problemstillingerne kan dels have den konsekvens, at patienten ikke oplever et sammenhængende sundhedsvæsen, dels at patientforløbet ikke er omkostningseffektivt.

Følgende problemstillinger belyses:

- Gråzoner i arbejdsdelingen og risiko for overlappende tilbud
- Mangelfuld forpligtelse af parterne i sundhedsaftaler mv.
- Utilstrækkelig rådgivning, videndeling og evidens
- Organisatoriske udfordringer, kompetencer og kommunikation
- U hensigtsmæssig incitamentsstruktur

10.2.1 Gråzoner i arbejdsdelingen og risiko for overlappende tilbud

Det delte ansvar mellem regioner og kommuner om den patientrettede forebyggelse kan skabe uklarhed og gråzoner i forhold til, hvem der gør hvad. En uklar arbejdsdeling indebærer en risiko for, at der forekommer overlappende tilbud på sygehuse, i almen praksis og i kommuner, og i andre tilfælde, at der ikke bliver givet tilstrækkelige tilbud.

Uklarheden om arbejdsdelingen kan således forårsage, at patienterne oplever et usammenhængende forløb⁴⁷. Dels er der risiko for, at opgaven ikke bliver løst, dels risiko for at flere sektorer varetager samme opgave. Overgangsproblematikken er blandt de emner, som patienter vurderer mindre positivt, når de i forbindelse med Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser er blevet spurgt om deres oplevelser af deres indlæggelsesforløb⁴⁸.

Et eksempel på en central indsats i den patientrettede forebyggelse, hvor der kan opleves udfordringer i forhold til arbejdsdelingen, er patientuddannelsesområdet. I de centrale udmeldinger om indsatsen for mennesker med kroniske sygdom er der peget på, at der bør sikres sygdomsspecifik undervisning, både i forløbet i primærsektoren og i forbindelse med sygehusindlæggelser.

Gråzoner mellem kommunale tilbud og sygehuse

Udviklingen i sundhedsvæsenet, hvor sygehusbehandlingen samles og specialiseres, betyder, at der er udviklet nye tilbud i borgerens nærmiljø for at sikre tilgængelighed til bl.a. specialiseret behandling, og det har også betydet, at snitfladerne mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen løbende ændrer sig. I denne udvikling er det vigtigt at have fokus på opgavefordelingen bl.a. for at undgå overlappende tilbud. Der er således behov for at have fokus på at undgå overlappende opgaveløsning og parallelle tilbud, fx også i forhold til opgavefordeling mellem kommunens sygeplejetilbud og sygehuset vedrørende den akutte indsats for ældre medicinske patienter og patientuddannelsesstilbud.

Det er fx en udfordring for sygehusene og almen praksis, at kommunernes tilbud kan være forskellige eller ikke-eksisterende, idet de dermed er tilbøjelige til at opretholde uddannelseselementer, der med fordel kan placeres i kommunerne for at sikre, at alle personer med kronisk sygdom modtager et relevant tilbud. Udfordringen er primært aktuel i mindre kommuner, der ikke har etableret et tilbud, og som måske har svært ved at få etableret tilbuddene⁴⁹.

I regioner og kommuner satses der på at udbrede telemedicinsk hjemmemonitorering i stor skala, og anvende telemedicin som led i behandlings- eller plejetilbud. Udviklingen betyder, at der kan være behov for at etablere nye samarbejdsstrukturer omkring den telemedicinske behandling mellem sygehus og kommunal hjemmepleje, herunder en præcisering af ansvars- og opgavefordelingen. Udbredelsen af telemedicin stiller således nye krav til samarbejdet på tværs af sektorer. Det ændrer ved snitfladerne i samarbejdet mellem sygehusvæsenet og den kommunale hjemmepleje i den telemedicinske behandling, eksempelvis når behandlings- og plejeopgaven udføres samtidigt. Helt konkret kan der nævnes telemedicinsk sårvurdering, *jf. boks 10.3*.

⁴⁷ Den kroniske patient – nærbilleder af livet med kronisk sygdom, DSI 2009

⁴⁸ Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Danske Regioner og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2011

⁴⁹ Patientuddannelse - en medicinsk teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen 2009

Boks 10.3

Telemedicinsk sårvurdering

Med den nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin er regeringen, KL og Danske Regioner enige om at udrulle telemedicinsk sårvurdering i hele landet.

35-40.000 borgere anslås at have sår på fødder eller ben som følge af enten diabetes eller dårlig venefunktion. Sårene heler langsomt og risikerer at give alvorlige komplikationer, der i værste fald kan føre til amputation. Ét sår kræver ofte mange behandlinger, før det er helet, bl.a. fordi patientens bagvedliggende sygdom ikke forsvinder.

Med telemedicinsk sårvurdering tager den kommunale hjemmesygeplejerske et foto af såret med sin mobiltelefon, der sender det til en webbaseret sårjournal. På sygehuset vil en læge eller en specialiseret sårsygeplejerske se billedet og journalen og skrive tilbage i den, fx med nye anvisninger på behandling eller ny medicin. Borgeren kan også logge på sin egen journal og følge udviklingen i behandlingen – og behøver i øvrigt ikke afbryde sin hverdag for at tage til behandling på sygehuset.

Den nye arbejdsform illustrerer, at hjemmesygeplejersken gennem telemedicin får en ekspert at rådføre sig med – og bliver med tiden selv dygtigere. Med bedre kvalitet i behandlingen heler sårene hurtigere. Det betyder færre besøg af de kommunale sygeplejersker og færre udgifter til transport af skrøbelige borgere til og fra sygehuset. Desuden sparer specialister på sygehusene tid, når de kun skal tilse patienter med de mest komplicerede sår.

Gråzoner mellem kommunale tilbud og almen praksis

Snitfladen mellem almen praksis og kommunale sundhedstilbud kan i nogle tilfælde udgøre en gråzone med risiko for udvikling af parallelle tilbud. I takt med at almen praksis i stigende grad anvender praksispersonale, og i takt med at kommunerne opruster på sundhedsområdet, vil der blive opgaver, som fagligt set kan varetages både i kommuner og almen praksis. Det er som udgangspunkt ikke hensigtsmæssigt, at der udvikles parallelle systemer, der dublerer opgaverne.

Udvalget vurderer, at der ikke altid er systematik i, hvilke patienter der behandles i almen praksis, og hvilke der håndteres i hjemmesygeplejen. Det indebærer en risiko for, at praksissygeplejersken løser opgaver, der egentligt bør være hjemmesygeplejerskens ansvar og vice versa. Der er således behov for at målrette almen praksis' ressourcer mod den medicinske forebyggende indsats, identifikation af forebyggelsesbehov og indledende motiverende samtale, mens de specifikke forebyggende tiltag i form af fx rygestoptilbud, diætvejledning og anden patientuddannelse varetages af kommunen⁵⁰. Udover forebyggelsesområdet kan der også være andre gråzoner fx sårpleje.

10.2.2 Utilstrækkelig rådgivning, videndeling og evidens

Regionernes rådgivningsforpligtelse

Ifølge sundhedslovens § 119, stk. 3 skal regionsrådet tilbyde rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter samme paragrafs stk. 1 og 2. Regionens rådgivning af kommunerne vedrører således hele den kommunale forebyggelsesindsats, dvs. både kommunens rammetiltag for sund levevis og de forebyggende tilbud til borgere og patienter. Hvordan den enkelte region tilrettelægger sin rådgivning er en lokal beslutning, som afstemmes med de kommunale behov, rammer og prioriteringer. Regionerne besidder en fagligt specialiseret viden om eksempelvis de kroniske sygdomme, som kan styrke de kommunale rehabiliteringsindsatser, over-

⁵⁰ Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008

vågning af kronikerområdet (bl.a. sundhedsprofiler), forskning, kompetenceudvikling og kvalitetsarbejde på området. Den viden er relevant for både i almen praksis og i kommunerne⁵¹. Regionernes rådgivning kan således bidrage til at sikre kvalitet samt sammenhængende og smidige overgange mellem region og kommune i forhold til kronikerindsatsen⁵².

Det er udvalgets vurdering, at rådgivningsforpligtelsen ikke har fungeret godt nok hidtil.

Utilstrækkelig dokumentation og videndeling

Arbejdet med systematisk registrering og dokumentation af aktiviteter har pågået i sygehussektoren i mange år, hvorfor sygehusvæsenet i dag på en række punkter er et veldokumenteret område. Der foreligger ikke samme tradition for registrering og dokumentation i praksissektoren eller i kommunerne⁵³, hvilket kan gøre det svært at få overblik over, hvilke ydelser en borger modtager på tværs af sektorerne. Ligeledes hæmmer det videndeling og udbredelse af bedste praksis, hvilket også fremhæves af kommunerne⁵⁴. Der ses desuden udfordringer i monitoreringen af effekten af sundhedsaftalerne, forløbsprogrammer mv., idet der særligt vedrørende den kommunale indsats og indsatsen i almen praksis mangler muligheder for at trække relevante data om dele af indsatserne i patientforløbene. Mangel på data – eller utilstrækkelig adgang til eksisterende data – gør det svært at udvikle og optimere indholdet i sundhedsaftalerne, og der er indikationer på, at implementeringen ikke når ud i alle relevante led eller er tilstrækkeligt koordineret.

Kommuner og regioner er gensidigt afhængige af hinandens indsats i forhold til forebyggelse, behandling og pleje. Det er derfor centralt at have veldokumenterede tilbud og gennemsigtighed i indsatserne på tværs af sektorer. Det er således afgørende, at sygehuse, almen praksis og kommuner er bekendt med såvel sygehusenes som kommunernes tilbud. Dette er imidlertid en udfordring⁵⁵, og der er eksempler på, at medarbejderne på sygehuset og de praktiserende læger utilsigtet informerer patienterne om tilbud, kommunen slet ikke har, eller som patienten ikke har mulighed for at anvende i den konkrete situation og vice versa. Mere specifikt er et godt samspil bl.a. betinget af, at almen praksis har nem adgang til ajourførte oversigter over kommunernes forebyggelsestilbud, der kan henvises til. Erfaringerne fra 18 kommunale sundhedscentre viser desuden, at især manglende viden om centrenes tilbud har betydet, at de praktiserende læger ikke har henvist patienter i det ønskede omfang⁵⁶.

10.2.3 Organisatoriske udfordringer, kompetencer og kommunikation

Det organisatoriske set up i kommuner og regioner samt kompetencerne hos personalet, skal være gearret til at varetage den patientrettede forebyggelse, herunder tidlig opsporing, forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. Det er ikke altid tilfældet, *jf. boks 10.4*.

Som det fremgår af COWIs rapport⁵⁷ kan der forebygges indlæggelser og ambulante kontakter på det somatiske område. Fokus er bl.a. de ældre medicinske patienter og kronisk syge. I rapporten bliver der bl.a. peget på, at følgende indsatser har størst potentiale for at forebygge indlæggelser mv.⁵⁸:

- Tæt dialog og samarbejde mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen
- Kompetenceudvikling af frontpersonale
- Akutte/subakutte kommunale tilbud

⁵¹ Patientrettet forebyggelse, DSI, 2012

⁵² Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 3, Sundhedsstyrelsen, 2009

⁵³ Forebyggelse af indlæggelser, DSI, 2011

⁵⁴ Kvalitativ analyse af potentialet for forbedret kommunal forebyggelse af sygehuskontakt, COWI, 2012

⁵⁵ Kvalitativ analyse af potentialet for forbedret kommunal forebyggelse af sygehuskontakt, COWI, 2012

⁵⁶ Statens Institut for Folkesundhed, 2008

⁵⁷ Kvalitativ analyse af potentialet for forbedret kommunal forebyggelse af sygehuskontakt, COWI, 2012

⁵⁸ Udvælgelseskriterier Grundlaget for at udvælge disse indsatser har været, at de opfylder mindst tre af følgende fire kriterier: (1) Der findes en vis dokumentation for effekten af indsatsen i forhold til at forebygge indlæggelser og ambulante kontakter, (2) de 10 kommuner under ét og (3) mindst to regioner vurderer, at indsatsens potentiale er stort, og (4) indsatsen har en vis volumen.

- Opfølgende hjemmebesøg

Særligt i forhold til tidlig opsporing og handling vurderes dialogen og samarbejdet mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen at være afgørende. Hjemmehjælperne skal have et sted at aflevere de observationer, som de gør hos borgerne, og drøfte relevante handlemuligheder.

En rapport fra fem kommuner og to hospitaler i Region Hovedstaden viser samme tendens, nemlig at det kan være svært for hjemmeplejen at få afleveret de relevante observationer de gør sig hos borgerne, bl.a. tidlig opsporing af sygdom, hvis der organisatorisk er barrierer for samarbejdet mellem hjemmesygeplejen og hjemmehjælpen⁵⁹, *jf. boks 10.4*.

I en rapport fra KL peges der ligeledes på, at adskillelsen af hjemmesygeplejen og hjemmeplejen kan betyde, at det kan være svært at sikre det fornødne samarbejde og den fornødne sparring mellem faggrupperne⁶⁰.

Boks 10.4

Udfordringer i forbindelse med forebyggelse af (gen)indlæggelser⁶¹

En analyse baseret på journalaudit af 79 indlæggelsesforløb for patienter, der modtager hjemmepleje-, sygepleje-, eller praktiske ydelser fra kommunerne, med forebyggelige diagnoser viser at;

- Langt størstedelen af indlæggelserne kan forebygges, hvis kommunerne sætter ind på et tidligt tidspunkt, hvor borgerens almentilstand bliver ændret og/eller forværret.
- Patienterne var syge, da de blev indlagt, og der var på indlæggelsestidspunktet ikke noget alternativ til en indlæggelse.
- Social- og sundhedshjælperne i kommunerne havde i langt størstedelen af forløbene tidligt observeret, at borgerens almentilstand var forværret, men der var ingen modtagere af observationerne.
- I de sidste 1-2 uger op til indlæggelsen er kommunerne typisk klar over, at borgeren er indlæggelsestruet, og reagerer ved at sætte ekstra besøg på hos borgeren.
- De ekstra besøg mangler mål og plan for besøgene og har derfor ringe effekt ift. at forebygge en indlæggelse. Kommunerne ender derfor både med udgiften til de ekstra besøg og udgiften til medfinansieringen ved indlæggelsen.
- Hospitalerne tænker ikke i forebyggelse af genindlæggelser, når patienten udskrives.
- Hospitalernes personale har ikke blik for, hvordan de forebyggelige tilstande/sygdomme kan forebygges
- I 75 % af genindlæggelserne, der blev gennemført journalaudit på, var der tale om en forebyggelig diagnose ved både primærindlæggelsen og genindlæggelsen.
- Mellem 40 % og 60 % blev indlagt udenfor egen læges åbningstid, altså via Vagtlægen.

Samlet viser analyser, at det organisatoriske set up og kompetenceniveauet er en vigtig faktor for, hvordan den patientrettede forebyggelse finder sted, herunder mulighederne for tidlig opsporing i kommunalt regi, særligt i den kommunale hjemmesygepleje og hjemmeplejen.

⁵⁹ Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser, 2012, Gribskov Kommune, Frederikssund Kommune, Halsnæs Kommune, Hillerød Kommune, Frederikssund Hospital og Hillerød Hospital.

⁶⁰ Udfordringsrapport – fremtidens hjemmesygepleje, KL, 2011

⁶¹ Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser, 2012, udarbejdet af Allerød Kommune, Gribskov Kommune, Frederikssund Kommune, Halsnæs Kommune, Hillerød Kommune, Frederikssund Hospital og Hillerød Hospital.

Som det fremgår af ovenstående kan nogle indlæggelser og genindlæggelser forebygges, hvis der sættes ind på et tidligt tidspunkt i forløbet. Denne viden er særlig relevant, når den kobles med det faktum, at der eksisterer en geografisk variation i antallet af genindlæggelser⁶². Dette kan være en indikation på, at der er tale om uensartet kvalitet på tværs af regioner og kommuner. Det må antages, at organisering og kompetenceniveau spiller en afgørende rolle i denne henseende, *jf. boks 10.4*.

Utilstrækkelig kommunikation i overgange mellem sektorer

Kommunikation er særligt afgørende for at skabe tilstrækkelig kvalitet i overgangene mellem kommune, sygehus og almen praksis i forhold til at sikre effektiv behandling og pleje af patienterne. Det handler fx om udveksling af information mellem hjemmesygeplejen, hospital og praktiserende læge før og efter indlæggelse. En tidlig og relevant dialog om borgerne skal være med til at styrke samarbejdet mellem sektorerne, der er involveret i patientforløbet, og være med til at sikre, at borgerne kan udskrives så hurtigt og sikkert som muligt samt bidrage til at forebygge genindlæggelser.

Undersøgelser viser⁶³, at hjemmeplejen, plejehjems personale og/eller sygeplejersker fra kommunerne i mange indlæggelsesforløb er med til at indlægge patienter ved at ringe til vagtlægen eller egen læge. I den forbindelse er det vigtigt, alle relevante oplysninger om patienten gives videre til egen læge/vagtlægen, som overdrager dem til sygehusene ved indlæggelse, herunder dokumentation fra omsorgssystemer mv. i kommunerne, information om medicin mv.

Det er imidlertid ikke kun ved indlæggelse, at kommunikationen skal forbedres. En række kommuner påpeger nemlig, at der er behov for en bedre informationsudveksling i forbindelse med udskrivning fra sygehus, herunder mere fyldestgørende udskrivelsesrapporter med særligt information om ændringer i medicinordinationen⁶⁴. En anden undersøgelse fastslår også, at informationsudveksling ved udskrivelse er en kilde til frustration blandt frontmedarbejdere. Her fremhæves bl.a. vigtigheden af at viden vedrørende patientens funktionsniveau og medicin videreformidles⁶⁵.

Meget kommunikation mellem sektorerne kan i dag foregå elektronisk. Spredte datakilder og manglende adgang til relevante patientdata på tværs af kilder er fortsat en udfordring i sundhedsvæsenet, herunder manglende implementering af relevante MedCom kommunikationsstandarder⁶⁶. Hertil kommer, at flere patienter udskrives fra sygehusene om fredagen i forhold til andre ugedage, *jf. figur 10.1*.

⁶² Genindlæggelser af ældre i Danmark 2008, Sundhedsstyrelsen 2009

⁶³ Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser, 2012, Gribskov Kommune, Frederikssund Kommune, Halsnæs Kommune, Hillerød Kommune, Frederikssund Hospital og Hillerød Hospital.

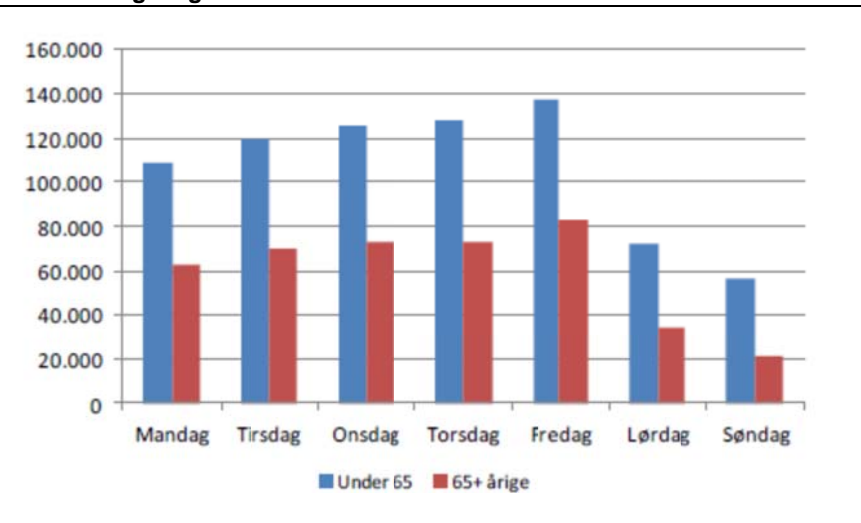
⁶⁴ Kvalitativ analyse af potentialet for forbedret kommunal forebyggelse af sygehuskontakt, COWI, 2012

⁶⁵ Midtvejsevaluering af sundhedsaftale 201-2014 i Region Sjælland, DSI, 2012

⁶⁶ Kommunestatistik for juni, juli og august 2012, medcom.dk

Figur 10.1

Antal udskrivelser for hhv. personer over og under 65 år fordelt efter udskrivningsdag i 2010



Kilde: Fredagseffekt - en analyse af udskrivningstidspunktets betydning for patientens genindlæggelse, KL, 2012

At patienterne udskrives op til weekenden afføder et yderligere behov for kommunikation mellem sygehuse og kommuner. Manglende kommunikation i forbindelse med fredagsudskrivelser kan øge risikoen for genindlæggelse, hvis kommunen ikke er orienteret om udskrivelsen og evt. særlige behov eller ændringer i patientens medicin.

Det er således vigtigt, at den relevante information om en patient, når vedkommende bliver udskrevet, tilgår kommunen i de tilfælde, hvor de skal tage over, således at kommunen kan være klar til at modtage borgeren efter udskrivelse. Der kan ligeledes være et behov for udvikling af redskaber, der sikrer, at eksempelvis den specialiserede viden fra sygehusene videregives, og at der reageres relevant på dem i hjemmesygepleje og hjemmeplejen. Ligeledes er det vigtigt, at hjemmesygeplejen bidrager med oplysninger og dokumentation om borgere, der er i behandling i såvel almen praksis som på et sygehus. Behovet for hurtige oplysninger fra kommunerne understreges af, at flere ældre medicinske patienter indlægges akut, og at informationsbehovet på sygehusene derfor opstår indenfor en kort tidsramme – døgnet rundt.

10.2.4 U hensigtsmæssige incitamentsstrukturer

Den demografiske udvikling, et ændret sygdomsbillede, ny medicin og nye behandlingsmetoder mv. indebærer en stigende efterspørgsel efter sundhedsydelser. I en tid med pressede offentlige finanser gør det styring af sundhedsvæsenet til en af velfærdssamfundets største udfordringer. Det er derfor afgørende, at der opnås mest mulig sundhed for pengene. Det stiller krav om de rette incitamentsstrukturer til understøttelse af bl.a. effektive forebyggelsesindsatser og samarbejde herom mellem kommuner og regioner, herunder praksissektoren og sygehusene.

De økonomiske modeller og finansieringssystemer er forskellige i kommunerne og regionerne. Kommunerne er grundlæggende ramkestyret. Regionerne har ligeledes en fast udgiftsramme, mens regionernes finansiering til en vis grad afhænger af, hvor meget aktivitet, regionen leverer. Honorarstrukturen og honorarniveauet for de alment praktiserende læger er fastlagt i overenskomsten.

Det nuværende honorarsystem er en kombination af et fast honorar pr. tilmeldt patient i praksis (basishonoring) og en aktivitetsafhængig honorering, hvor lægen honoreres for at have kontakt til sine patienter og for at udføre behandlinger og undersøgelser. Dertil kommer et fast tilskud i form af et praksisomkostningshonorar. Styrings- og finansieringsmodellerne i praksissektoren og på sygehusene er således centreret omkring aktivitet og understøtter ikke i tilstrækkeligt omfang sammenhæng, tværgående forløb og LEON-princippet. Opbygningen af incitamentsstrukturen kan således i nogle henseender udfordre et omkostningseffektivt samarbejde om den patientrettede forebyggelse. Spørgsmålet om økonomiske incitamenter bliver generelt behandlet i udvalget for bedre incitamenter i sundhedsvæsenet.

10.3 Generiske problemstillinger ved de nuværende sundhedsaftaler

Det indgår i kommissoriet for udvalgets arbejde, at der som led i analysen af snitfladeproblematikker i forhold til den patientrettede forebyggelse skal være fokus på sundhedsaftalernes funktion. Derfor belyses i dette afsnit problemstillinger ved de nuværende sundhedsaftaler.

Afsnittet baserer sig på den gennemgang af sundhedsaftalerne, der er udarbejdet i forbindelse med evalueringen af kommunalreformen.

Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne⁶⁷ viser overordnet, at sundhedsaftalerne generelt er et velegnet redskab til at sikre dialog og samarbejde mellem regioner og kommuner. Sundhedsaftalerne er i dag den overordnede politiske ramme for det tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet. Det er generelt Sundhedsstyrelsens vurdering, at der er sket en positiv udvikling fra de første sundhedsaftaler i 2007/2008 til de nuværende sundhedsaftaler, der dækker perioden 2011-2014.

Sundhedsstyrelsens evaluering viser dog også, at sundhedsaftalerne i deres nuværende form og tilrettelæggelse har en række svagheder, som betyder, at de ikke i tilstrækkeligt omfang bidrager til at skabe sammenhængende patientforløb og koordinering af indsatsen på tværs af sygehuse, almen praksis og kommunale tilbud.

Følgende problemstillinger belyses nedenfor:

- Sundhedsaftalerne er ikke tilstrækkeligt forpligtende, herunder i forhold til almen praksis
- Sundhedsaftalernes form – 98 sundhedsaftaler kan give for stor variation i indsatsen
- Sundhedsstyrelsens godkendelse af sundhedsaftalerne
- Tidsmæssig kadence for indgåelse af sundhedsaftaler
- Implementeringsudfordringer – langt fra aftale til praksis i mødet med borgerne
- Mål, indikatorer og opfølgning
- Udvikling om implementering af tværsektoriel it-understøttet kommunikation
- Sundhedsaftalernes indhold – obligatoriske indsatsområder

10.3.1 Sundhedsaftalerne er ikke tilstrækkeligt forpligtende, herunder i forhold til almen praksis

Det er en generel vurdering, herunder i Sundhedsstyrelsens evaluering, at der er behov for i højere grad at forpligte aftalparterne i sundhedsaftalerne.

Sundhedsaftalerne forpligter ikke almen praksis

Sundhedsstyrelsens evaluering viser, at de nuværende sundhedsaftaler afspejler en øget integration af almen praksis i forhold til de første sundhedsaftaler. Det konkluderes dog samtidigt, at almen praksis bør medvirke mere forpligtende omkring sundhedsaftalerne med henblik på styrke almen praksis' samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.

⁶⁷ Evaluering af sundhedsaftalerne – sammenhæng og perspektivering. Sundhedsstyrelsen, december 2011.

Almen praksis indgår på flere niveauer i arbejdet omkring sundhedsaftalerne, herunder både politisk, planlægningsmæssigt/administrativt og i de konkrete patientforløb.

På det politiske niveau er praksisudvalgene (PLO) repræsenteret i sundhedskoordinationsudvalgene og har dermed indflydelse på grundaftalen. Praksisudvalget er imidlertid ikke en egentlig part i de endelige sundhedsaftaler, da der er tale om en politisk aftale mellem regionsrådet og de enkelte kommunalbestyrelser.

I de konkrete patientforløb er almen praksis en vigtig aktør i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. Deres rolle skal derfor eksplicit beskrives under alle indsatsområder i sundhedsaftalerne, hvilket blev præciseret i den reviderede vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler fra 2009. Generelt beskriver alle sundhedsaftaler og forløbsprogrammer m.v. almen praksis' rolle, men det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at der er en udfordring i forhold til at få disse aftaler implementeret i alle almen praksis.

Ydelserne i almen praksis er en del af det regionale ansvar, men det nuværende aftalesystem sikrer ikke tilstrækkeligt effektivt, at de praktiserende læger indgår på forpligtende vis i det integrerede sundhedsvæsen, som sammenhængende patientforløb forudsætter, herunder i forbindelse med implementering af sundhedsaftalernes konkrete indhold.

Sundhedsaftalerne slår således ikke direkte igennem over for almen praksis, men skal udmøntes via overenskomstsyste­met eller lokal aftale, hvor PLO har vetoret i de besluttende organer, og hvor ændringer ofte bliver mødt af krav om merøkonomi.

Dette understøttes af Rigsrevisionens beretning om aktiviteter og udgifter i praksissektoren, hvor hovedkonklusionen er, de eksisterende rammer gør det vanskeligt for regionerne at styre aktiviteter og udgifter i praksissektoren, og at der således er behov for ændrede rammer, der giver regionerne bedre styringsmuligheder.

Den grundlægende problemstilling er således, at det nuværende aftalesystem ikke tilstrækkeligt effektivt sikrer, at de praktiserende læger indgår på forpligtende vis i det integrerede sundhedsvæsen.

Uensartet implementering af forløbsprogrammer

Forløbsprogrammerne for kroniske sygdomme udmøntes via sundhedsaftalerne, men der ses i både kommuner, regioner og almen praksis udfordringer i forhold til at implementere forløbsprogrammerne i henhold til det aftalte ambitionsniveau.

Implementeringen af forløbsprogrammer i sundhedsaftalerne udfordres således af, at flere kommuner erfaringsmæssigt opfatter de faglige retningslinjer i forløbsprogrammer som vejledende, og ikke som et evidensbaseret grundlag, de forpligter sig på at udmønte på samme niveau i alle kommuner. Sundhedsaftaler og forløbsprogrammer i deres nuværende udformning løser således ikke alle problemer vedrørende arbejdsdeling.

10.3.2 Sundhedsaftalernes form – 98 sundhedsaftaler kan give for stor variation

Sundhedsaftalen er både en politisk aftale, som beskriver rammerne og målsætningerne for samarbejdet mellem parterne på en række indsatsområder, samt en administrativ aftale, som fastsætter rammerne for det konkrete samarbejde mellem aktørerne på disse indsatsområder.

De konkrete aftaler omfatter derudover et stort bilagsmateriale, som uddyber aftalen i form af eksempelvis samarbejdsaftaler og forløbsprogrammer.

Grundaftalen i en region udarbejdes af Sundhedskoordinationsudvalget. De kommunespecifikke aftaler udarbejdes med baggrund i grundaftalen. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne, at det i nogle regioner er alle kommuner, der har tilsluttet sig grundaftalen, mens det i andre regioner er op til anslået en fjerdedel af den samlede aftale, som ligger i de kommunespecifikke aftaler. I de kommunespecifikke aftaler afspejles de enkelte klyngesamarbejder/sygehusområder, idet aftalerne indenfor et sygehusområde/klynge ofte er ens, men ikke nødvendigvis magen til naboklyngens.

Det fremgår ligeledes af Sundhedsstyrelsens evaluering, at enkelte kommuner vælger at stå alene på konkrete områder og derved fravælge dele af grundaftalen. Derudover kan der også være en forskellig kadence i forhold til implementering af nye værktøjer, herunder fx forløbsprogrammer og it-understøttede kommunikationsværktøjer.

For stor variation i sundhedsaftalerne på tværs af en region kan resultere i for stor uensartethed i de tilbud, som borgerne tilbydes, og vanskeliggøre samarbejdet på tværs af sektorer. Fx for et sygehus, der samarbejder med flere kommuner – eller omvendt for en kommune, der samarbejder med flere sygehuse. For mange forskellige organiseringer i kommunerne kan eksempelvis mindske mulighederne for at indhøste effekterne af en mere effektiv tilrettelæggelse af indsatsen, herunder for at neddrøse aktivitet i sygehusregi som følge af kommunal indsats.

I DSI's midtvejsevaluering af sundhedsaftalen i Region Sjælland⁶⁸ fremhæves det eksempelvis som et problem blandt personalet, at der i realiteten findes 17 forskellige og ikke én forpligtende sundhedsaftale. Der efterlyses på den baggrund yderligere harmonisering af det tværsektorielle samarbejde.

Sundhedsstyrelsens evaluering og evalueringen af Region Sjællands sundhedsaftaler viser imidlertid også, at de kommunespecifikke aftaler medvirker til at sikre kommunalt ejerskab til aftalen og mulighed for håndtering af eventuelle kommunespecifikke/lokale problemstillinger. Også set i lyset af, at ikke alle kommuner er repræsenteret i sundhedskoordinationsudvalget.

10.3.3 Sundhedsstyrelsens godkendelse af sundhedsaftalerne

Sundhedsstyrelsen skal i henhold til sundhedsloven godkende sundhedsaftalerne med baggrund i bekendtgørelse og vejledning. I godkendelsesprocessen foretager Sundhedsstyrelsen en vurdering af, om sundhedsaftalen omfatter alle obligatoriske krav.

I sin godkendelse af 2. generationsaftalerne har Sundhedsstyrelsen i sin tilbagemelding til regioner og kommuner alene forholdt sig til, om sundhedsaftalen kan godkendes. Derudover har Sundhedsstyrelsen i godkendelsesbrevet beskrevet en række generelle bemærkninger til de samlede sundhedsaftaler på tværs af landet.

I forlængelse heraf har nogle regioner og kommuner udtrykt ønske om en mere individuel tilbagemelding fra Sundhedsstyrelsen med henblik på i højere grad at kunne bidrage til en fortsat udvikling af sundhedsaftalerne i den pågældende region/kommune.

Udover vurderingen af de konkrete aftaler har Sundhedsstyrelsen også en rådgivende og vejledende rolle i forhold til kravene til sundhedsaftalerne, ligesom Sundhedsstyrelsen forventes at medvirke til videndeling i forhold til den generelle udvikling af området.

⁶⁸ Midtvejsevaluering af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland, Status på den foreløbige implementering. DSI, 2012

10.3.4 Implementeringsudfordringer – langt fra aftale til praksis i mødet med borgerne

Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne viser, at der i regioner og kommuner generelt er fokus på udvikling og implementering af sundhedsaftalerne. Men der vurderes fortsat at være behov for, at aftalparterne styrker implementeringsdelen, herunder i højere grad sikrer kendskab og ejerskab til sundhedsaftalernes konkrete indhold hos medarbejdere i de udførende led, som har kontakten med borgerne.

Implementeringsudfordringer er ligeledes en gennemgående konklusion i DSI's midtvejsevaluering af sundhedsaftalen i Region Sjælland. Heraf fremgår bl.a., at der fortsat er langt fra aftale til praksis, og det fremhæves, at der ligger en udfordring i at sikre, at samarbejdet, der er opnået på administrativt niveau på tværs af kommuner og regioner, også kommer til at foregå i de udførende led.

Mangelfuld implementering betyder, at sundhedsaftalen ikke får den tilsigtede effekt, og konsekvensen kan derfor være manglende sammenhæng i indsatsen overfor patienten.

For at sundhedsaftalerne skal få den tilsigtede effekt er det nødvendigt, at aftalerne omsættes til praksis og hverdagsrutiner hos det personale, som møder borgerne. Det er i høj grad en ledelsesopgave at sikre dette. Implementeringen kan understøttes af en række konkrete værktøjer, som tager afsæt i den hverdag, medarbejderne står i. Fx i form af laminerede lommekort m.v., der kan fungere som tjekliste, pixi-udgaver, udpegning af ansvarspersoner m.v.

Boks 10.5

Eksempler på værktøjer til implementering af sundhedsaftalerne

- *Fælles skolebænk.* Fælles skolebænk er et undervisningskoncept, der samler personale fra primær og sekundær sektor til fælles undervisning og erfaringsudveksling inden for et relevant fagligt område – fx indføring i et forløbsprogram og opgaver og samarbejde i kronikerbehandlingen. Konceptet udbredes i øjeblikket i flere regioner ved hjælp af midler fra kronikerpuljen.
- *Lommehåndbog.* I Region Midtjylland er der lavet en lommehåndbog, som beskriver arbejdsdeling og arbejdsgange på tværs af indsatsområderne i sundhedsaftalen. Lommebogen giver også plads til de bilaterale aftaler som indstik bagest i lommebogen. Bogen er blevet sendt ud til nøglepersoner i kommunerne, regionen og på sygehusene.
- *Elektronisk samarbejdshåndbog.* Region Nordjylland har udarbejdet en elektronisk samarbejdshåndbog med fokus på den tværsektorielle koordinering af opgaver vedrørende indlæggelser og udskrivelser. Håndbogen indeholder korte og præcise beskrivelser af arbejdsgange og samarbejdsflader mellem sektorerne og er målrettet det personale, der skal sikre, at indholdet i sundhedsaftalerne udmøntes i den daglige praksis.
- *Labels.* I Region Sjælland er et eksempel på et værktøj til implementering af aftalerne labels, som sættes på forsiden af patientens journal. Her skal alle sygehusets forpligtelser forud for udskrivning være tjekket af, inden patienten kan udskrives.
- *Laminerede lommekort.* Som et værktøj til at implementere sundhedsaftalen har man flere regioner forsøgt sig med laminerede lommekort, der fungerer som tjekliste for de ting, der skal huskes ved henholdsvis ukomplicerede og komplicerede udskrivelser.
- *Pixi-udgave af retningslinjer.* I Region Syddanmark er udarbejdet et bilag til samarbejdsafta-

len mellem region og kommune om borger-/patientforløb (SAM:BO), som består af dels et ringbind med detaljerede retningslinjer, dels en pixi-udgave, som er lavet i "kittelformat".

10.3.5 Mål, indikatorer og opfølgning

I bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler er der i dag formuleret krav om, at aftaleparterne skal beskrive, hvordan de vil følge op på aftalen i forhold til alle obligatoriske indsatsområder.

Opfølgningssdelen var også et af de elementer, som blev styrket i Sundhedsstyrelsen reviderede vejledning fra 2009. Det fremgår således af den nuværende vejledning, at aftaleparterne i forbindelse med udarbejdelsen af sundhedsaftalen bør formulere konkrete målsætninger og fastsætte ambitionsniveauer for aftalen. Det fremgår ligeledes, at det er en væsentlig forudsætning for en god opfølgning, at der identificeres relevante indikatorer og formuleres forudgående forventninger og målsætninger til aftalen.

Sundhedsstyrelsens gennemgang af de nyeste sundhedsaftaler i 2011 viste, at opfølgningselementet – herunder konkret brug af indikatorer og øvrige opfølgningselementer – er blevet styrket. Generelt er der fokus på opfølgning af både de politiske aftaler, de administrative aftaler og de konkrete samarbejdsaftaler. Sundhedsaftalerne indeholder generelt klare og operationaliserbare procedurer for opfølgning. Og der anvendes en række forskellige metoder til opfølgningen, herunder både kvantitative og kvalitative data og analyser.

Sundhedsstyrelsens evaluering bekræftede dette billede. Regionernes og kommunernes primære fokus i første generation af sundhedsaftalerne var på organisering af samarbejdet og udarbejdelse af aftalens indhold, mens der i anden generation er arbejdet mere indgående med opfølgning og implementering.

Sundhedsstyrelsen vurderer dog samtidig, at der fortsat er behov for at styrke opfølgningssdelen.

Som led i Sundhedsstyrelsens evaluering er gennemført et udviklingsarbejde med deltagelse af repræsentanter fra regioner og kommuner med det formål at udvikle indikatorer til at monitorere effekten af sundhedsaftalerne samt skabe et kvalificeret grundlag for dialog om udvikling af samarbejdet mellem aftaleparterne, jf. boks 10.6.

Det var imidlertid ikke muligt at udvikle dækkende indikatorer for samtlige indsatsområder, bl.a. fordi der på en række områder i dag ikke eksisterer relevante data. Det gælder særligt på det kommunale område og for almen praksis. Det skal derfor understreges, at de udvalgte indikatorer afspejler de områder, hvor der i dag eksisterer nationale data. Der er således fortsat behov for at arbejde med indikatorudvikling for særligt de dele af forløbet, der vedrører kommunerne og almen praksis med henblik på at sikre dækkende indikatorer for indsatsen.

Boks 10.6

Sundhedsstyrelsens indikatorer til monitorering af sundhedsaftalerne

Som del af Sundhedsstyrelsens evaluering er til en start udvalgt 13 indikatorer til monitorering af sundhedsaftalerne:

- Patientoplevet samarbejde og kommunikation mellem hospital og kommune ved udskrivelse
- Patientoplevet samarbejde og kommunikation mellem hospital og almen praksis ved udskrivelse
- Rettidig fremsendelse af epikrise til praksissektor
- Implementering af MedComs 7 sygehusstandarder

- Forebyggelige indlæggelser
- Forebyggelige genindlæggelser
- Færdigbehandlede somatiske patienter
- Ventetid til udredning i børne- og ungepsykiatrien
- Genindlæggelser indenfor psykiatrien
- Færdigbehandlede psykiatriske patienter
- Antal genoptræningsplaner fordelt på diagnose, kommune og hospital
- Fordeling af almene og specialiserede genoptræningsplaner
- Ventetid til genoptræning

Det var en forudsætning, at indikatorerne skulle være:

- Nationale (data dækker alle landets regioner og kommuner)
- Tværsektorielle (belyse indsatser og resultater i flere sektorer)
- Baseret på eksisterende data (forudsætter ingen nye registreringer)
- Monitorerbare over tid (tilbagevendende)
- Belysende af sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder

Sundhedsstyrelsen vil fremover være ansvarlig for én gang om året at publicere data for de udvalgte indikatorer. Den første offentliggørelse forventes at finde sted inden udgangen af 2012 med offentliggørelse af data fra 2011.

For de indsatsområder, hvor det endnu ikke har været muligt at etablere nationale tværsektorielle indikatorer, vil der pågå et løbende opfølgingsarbejde med identifikation af relevante indikatorer i takt med de muligheder, som fremtidige registreringer giver.

10.3.6 Sundhedsaftalernes indhold – obligatoriske indsatsområder

Sundhedsaftalerne skal som minimum omfatte seks obligatoriske indsatsområder:

- indlæggelses- og udskrivningsforløb,
- træningsområdet,
- behandlingsredskaber og hjælpemidler,
- forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse
- indsatsen for mennesker med sindslidelser og
- opfølgning på utilsigtede hændelser.

Der er ikke sket større ændringer af de obligatoriske indsatsområder, som sundhedsaftalerne skal omfatte, fra de første sundhedsaftaler til i dag. Ved revisionen af bekendtgørelsen i 2009 skete to mindre ændringer, idet indsatsområderne "indlæggelse og "udskrivning af svage ældre" blev slået sammen til indsatsområdet "indlæggelse og udskrivning". Ligeledes blev indsatsområdet "opfølgning på utilsigtede hændelser" tilføjet som følge af, at patientsikkerhedsordningen blev udvidet.

Patienternes behov og krav til sundhedsvæsenet ændres imidlertid løbende bl.a. i takt med, at nye muligheder opstår som følge af eksempelvis den behandlingsmæssige og teknologiske udvikling. Derudover sker der i disse år en stigende specialisering af sygehusvæsenet, herunder etablering af fælles akutmodtagelser, og en udvikling af det nære sundhedsvæsen, fx med sundheds- og akuthuse. Det er derfor vigtigt løbende at udvikle det tværsektorielle samarbejde tilsvarende.

De nuværende seks indsatsområder og samarbejdet på områderne har samtidig meget forskellig karakter, hvilket også er tydeligt i indhold og omfang af de indgåede sundhedsaftaler.

Det er derfor relevant at belyse, om sundhedsaftalerne i dag er bygget op omkring de rigtige indsatsområder.

Fælles for de nuværende indsatsområder er, at de er generelle og væsentlige for alle patientgrupper. Fordelen er således, at indsatsområderne sikrer de overordnede rammer for samarbejdet på tværs af målgrupper og skal omfatte alle borgere/patienter, som har et forløb på tværs af sygehus, kommune og almen praksis. Ulempen kan være, at der ikke i tilstrækkeligt omfang er fokus på at sikre sammenhæng i hele patientforløbet for den enkelte patient.

Et patientforløb går ofte på tværs af flere indsatsområder. For nogle af de større patientgrupper udarbejdes der forløbsprogrammer, som således beskriver et patientforløb på tværs af de enkelte indsatsområder.

Det kan derfor overvejes i stedet at bygge sundhedsaftalerne op omkring udvalgte målgrupper. Fx børn/unge, personer med kronisk sygdom, ældre medicinske patienter, nyfødte og forældre m.v. Det vil understrege fokus på sammenhængende patientforløb for den enkelte målgruppe.

En risiko herved kan være, at nogle patientgrupper falder udenfor sundhedsaftalerne. Ligeledes vil et udgangspunkt i målgrupper kræve nogle klare afgrænsninger i forhold til inklusions- og eksklusionskriterier.

Det nuværende indsatsområde "indsatsen for mennesker med sindslidelser" skiller sig ud ved at have fokus på en afgrænset målgruppe. Fordelen ved at "mennesker med sindslidelse" er et selvstændigt indsatsområde er, at der kommer et særligt fokus på det psykiatriske område, hvilket Sundhedsstyrelsens evaluering også viste et behov for. Ulempen kan være, at denne målgruppe ikke i samme grad omfattes af de generelle aftaler på fx træningsområdet og forebyggelsesområdet. Det er derfor væsentligt at understrege, at sindslidende også er omfattet af de øvrige indsatsområder i sundhedsaftalen.

Det vurderes i Sundhedsstyrelsens evaluering, at der er behov for at videreudvikle de indsatsområder, som sundhedsaftalerne skal omfatte. Sundhedsstyrelsen vurderer således, at:

- Sundhedsaftalerne i højere grad skal understøtte udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen, bl.a. med henblik på at håndtere de udfordringer, der vil komme i de kommende år med flere ældre borgere og flere borgere, som lever med en kronisk sygdom. De nuværende krav til indsatsområderne lægger i højere grad op til at håndtere samarbejdet mellem sygehuse og kommuner og i mindre grad samarbejdet mellem almen praksis og kommuner. Ligeledes lægges der i højere grad op til en "stafetmodel", hvor stafetten gives videre sekventielt, og i mindre grad en samarbejdsmodel, hvor patienten har samtidige forløb i forskellige sektorer.
- Sundhedsaftalerne i højere grad skal bidrage til at sikre ensartet implementering af forløbsprogrammer for kroniske sygdomme.
- Der kan være behov for at udvide indsatsområdet "træningsområdet", som i dag kun omfatter genoptræning efter sygehusindlæggelse. På sigt kan det overvejes, om området kan og bør udvides til at omfatte hele tværsektorielle indsats indenfor rehabilitering.
- Sundhedsaftalerne i højere grad skal inddrage lighed i sundhed, herunder beskrive konkrete initiativer til at sikre øget lighed. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne, at

mange af 2. generationsaftalerne indeholder politiske visioner om at sikre lighed i sundhed, men der er kun i begrænset omfang beskrevet initiativer rettet mod dette.

Det kan ligeledes overvejes, om sundhedsaftalerne i højere grad skal medvirke til at sikre den nødvendige fælles kompetenceudvikling i forbindelse med opgaveudviklingen.

Flere regioner og kommuner har indgået aftale om opgaveudvikling og deciderede opgaveoverdragelsesaftaler. Aftalerne har til formål at sikre, at der er klarhed over processen for de organisatoriske ændringer, klarhed over hvilke opgaver, der skal løses, opgavernes omfang, hvilke kompetencer der kræves og plan for implementering af aftalen.

De foreløbige erfaringer er, at aftalerne fungerer udmærket i forhold til at sikre, at opgaverne ændres på den ønskede måde, men at det generelt er en udfordring at beskrive opgaven, som løbende udvikler sig og ændrer karakter.

Af Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne fremgår, at alle aktuelle sundhedsaftaler indeholder planer for implementering af nationale it-standarder. Derudover er flere regioner i gang med eller har etableret it-platforme målrettet de professionelle med henblik på at dele viden om egne og andres tilbud m.v. i sundhedsvæsenet, ligesom der afprøves og implementeres telemedicin.

Boks 10.7

Eksempel – Region Syddanmarks sundhedsaftale om sundheds-it

I sundhedsaftalen i Region Syddanmark er udpeget følgende områder til generel udbredelse i hele regionen med deltagelse af alle parter:

- Gennemførelse af 3. fase af sygehus-hjemmepleje-projektet og projektet vedr. elektronisk genoptræningsplan, hvor MedCom-standarder tages i anvendelse i alle it-systemerne og afløser kommunikation af forløbsplan, rapporter og genoptræningsplan i korrespondanceformat. Herved opnås, at data kommunikerer på struktureret form og kan genbruges i it-systemerne.
- Udbredelse af korrespondance-kommunikation mellem kommunen og lægepraksis, således at alle læger og alle kommuner kommunikerer via den elektroniske korrespondance. Fordele herved er, at kommunikationen dokumenteres automatisk i journalsystemerne hos begge parter. Ventetid ved telefonen undgås.
- Implementering af elektronisk henvisning fra lægepraksis til kommunale forebyggelsestilbud. Lægepraksis sender elektronisk henvisning til kommunerne. Kommunerne sender elektronisk kvittering og status til lægepraksis. Dette forudsætter, at alle kommuner anskaffer it-systemer til brug i forebyggelsesarbejdet, og at MedCom-standarderne implementeres. Herved opnås, at data kommunikerer digitalt og kan genbruges i modtagerens it-system. Hurtig kommunikation direkte til modtageren.
- Udbredelse af telemedicinsk sårbehandling. Regionens sygehuse tilbyder telemedicinsk understøttet sårbehandling som et samarbejde med den kommunale sårsygeplejerske. Teknologien muliggør, at patienten i højere grad kan behandles i eget hjem.
- Anvendelse af elektronisk kommunikation til understøttelse af samarbejdet om gravide og nyfødte, herunder elektronisk forsendelse af fødselsanmeldelser.
- Udarbejdelse af strategi og udmøntningsplan for elektronisk kommunikation på psykiatrimrådet som del af den samlede it-strategi.

Hastighederne for implementeringerne af nationale it-standarder samt for udrulning af tværsektoriel it-understøttet kommunikation har imidlertid været forskellig. På nogle punkter er der således behov for en mere koordineret landsdækkende udvikling mellem regioner og kommuner. Udgangspunktet for dette er bl.a. National Sundheds-it's standarder for brug af it i sundhedsvæsenet og udmøntningen af tværgående initiativer.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering i forbindelse med evalueringen af sundhedsaftalerne, at en reference til nationale strategier, standarder m.v. i fremtidige sundhedsaftaler vil kunne skabe en mere koordineret implementering og anvendelse af it med henblik på at sikre en mere sammenhængende kommunikation.

Det er samtidig vigtigt at sikre lokal forankring og forpligtende aftaler mellem kommuner og regioner.

Det vurderes ligeledes, at sundhedsaftalernes koordinerende funktion kunne styrkes ved at der i aftalerne i højere grad lokalt arbejdes med deadlines for udbredelsen af nye it-systemer. Eksempelvis at region og kommuner er enige om, at alle genoptræningsplaner fra en given dato skal sendes elektronisk.

11. En mere effektiv kommunal forebyggelsesindsats

11.1 Sammenfatning

De forudgående kapitler viser en betydelig variation i borgernes forbrug af regionale sundhedsydelser mellem kommuner på tværs af landet såvel som indenfor samme region, jf. kapitel 4. Forskellen er særlig markant i forhold til udvalgte forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser, hvor kommunernes forebyggelsesindsats vurderes særlig relevant, jf. kapitel 5. Særligt genindlæggelsesfrekvensen varierer betydeligt mellem kommunerne.

Analysen viser også, at personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter har et væsentligt højere forbrug af sundhedsydelser end den øvrige befolkning. Også her er der en betydelig variation i sundhedsforbruget på tværs af landet – hertil kommer en betydelig variation for de tre udvalgte indikatorer; forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser. Mens de ældre personer personer med kronisk sygdom (65+ årige) kun udgør 10 pct. af befolkningen, forekommer 30 pct. af alle udvalgte forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser hos denne patientgruppe, jf. kapitel 6.

Kommunerne har via den kommunale hjemmesygepleje, ældrepleje og -omsorg en relevant og ofte flersidet kontaktflade til de borgere, som er særlige relevante ift. den kommunale forebyggelse, jf. kapitel 7. Grupperne af borgere på plejecentre og modtagere af personlig pleje i eget hjem har begge et højere sundhedsforbrug end ældre borgere i almindelighed. Kommunen har via disse indsatser kontakt med omkring 45 pct. af de ældre (65+ årige), der indlægges med en forebyggelig diagnose og mere end 40 pct. af de ældre, der genindlægges.

Kommuner og regioner arbejder allerede med at forebygge indlæggelser og genindlæggelser. Der mangler imidlertid evidensbaserede evalueringer af, hvilke indsatser der virker, og hvad de koster, og dermed hvilke indsatser kommunerne skal fokusere på for at opnå størst effekt og mest mulig sundhed for pengene, jf. kapitel 8. Hertil kommer, at dokumentationen af den patientrettede forebyggelse med fordel kan styrkes, jf. kapitel 9, ligesom der også eksisterer en række snitfladeproblematikker, som udfordrer den kommunale forebyggelsesindsats, jf. kapitel 10.

Den økonomiske situation sætter snævre grænser for væksten i de offentlige udgifter. Der skal derfor overalt i den offentlige sektor ske en løbende nytænkning og effektivisering, der kan frigøre ressourcer og sikre et højt serviceniveau og en bedre kvalitet i den offentlige velfærd.

På sygehusområdet pågår et arbejde med at samle den specialiserede behandling på færre sygehuse. Samtidig udvikler sygehuse en række tilbud i form af udgående teams, regionale akut- og sundhedshuse, informations-, uddannelses- og rådgivningsmuligheder til patienter og primærsektoren, telemedicinske løsninger mv.

I den videre udvikling af sundhedsvæsenet er det vigtigt, at kommunernes forebyggelses⁶⁹- og plejeindsats fungerer i samspil med regionernes indsats og bl.a. skal ses i lyset af sygehusvæsenets tilbud, udviklingen i

⁶⁹ Både den borgerrettede forebyggelse, som skal medvirke til at forhindre, at sygdom opstår, og den patientrettede forebyggelse, der skal medvirke til at borgere, som har fået konstateret en kronisk sygdom eller en anden sygdom, bliver i stand til at håndtere og leve med deres sygdom, herunder undgå eller begrænse følgerne og komplikationerne af sygdommen.

demografi og sygdomsmønster med flere kronikere og flere ældre medicinske patienter, ny og mere skånsom behandlingsteknologi, kortere indlæggelser/accelererede patientforløb og øget ambulant behandling.

Med den gennemførte analyse kan det konkluderes, at der inden for de eksisterende og aftalte økonomiske rammer er et potentiale for at styrke og fokusere forebyggelsesindsatsen og dermed reducere antallet af sygehuskontakter. Forebyggelsespotentialet vurderes særligt stort blandt de ældre medicinske patienter og blandt personer med kronisk sygdom, særligt i forhold til indlæggelser med såkaldt forebyggelige diagnose, akutte u hensigtsmæssige indlæggelser af ældre medicinske patienter og genindlæggelser blandt ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom. Forebyggelsespotentialet er størst blandt de borgere, som kommunerne i forvejen er i kontakt med.

På baggrund heraf har udvalget peget på en række anbefalinger, som skal bidrage til at sikre en bedre og mere effektiv kommunal forebyggelse, jf. boks 11.1. Indsatserne forudsættes ikke at medføre offentlige merudgifter, og kan derfor implementeres inden for de eksisterende og aftalte økonomiske rammer. I forbindelse med evalueringen af kommunalreformen⁷⁰ er der peget på en række anbefalinger, som har til formål at styrke den patientrettede forebyggelse. De relevante anbefalinger indgår også nedenfor.

Det bemærkes, at der ikke er udarbejdet business cases for specifikke indsatser, dvs. det ikke er afdækket, hvorvidt specifikke indsatser kan anbefales ud fra en bredere økonomisk synsvinkel. Endvidere har udvalget ikke forholdt sig til, hvordan og i hvilket omfang kommunale variationer i det regionale forbrug af sundhedsydelser mest hensigtsmæssigt kan reduceres, herunder hvorvidt dette mest hensigtsmæssigt, ud fra en sundhedsfaglig og økonomisk synsvinkel, sker via indsatser i kommunalt eller regionalt regi. Udvalget har alene analyseret grundlaget for en mere effektiv forebyggelsesindsats i kommunerne, mens regionernes forebyggelsesindsats på sygehusene og i praksissektoren ikke er belyst.

Udvalgets anbefalinger omhandler 4 overordnede temaer. For det første peger udvalget på en række anbefalinger vedrørende overordnede mål og sundhedsaftaler. For at styrke den patientrettede forebyggelse kan der aftales nationale mål og lokale målsætninger for samarbejdet om den patientrettede forebyggelsesindsats. I den forbindelse er det også væsentligt at styrke sundhedsaftalerne, da de danner rammen om samarbejdet mellem regioner og kommuner.

For det andet peger udvalget på en række anbefalinger vedrørende en styrket kommunal indsats. Den kommunale forebyggelsesindsats kan med fordel målrettes bestemte grupper og indsatser. For eksempel viser nærværende analyse at der er et særligt potentiale for at forebygge sygehuskontakter for indlæggelser med såkaldte forebyggelige diagnoser, unødvendige akutte korttidsindlæggelser og genindlæggelser af ældre medicinske patienter og borgere med kronisk sygdom. Kommunerne skal desuden styrke deres indsatser vedrørende medicinbehandling, faldforebyggelse, tidlig opsporing og fokusere på organisering og kompetenceudvikling.

For det tredje peger udvalget på en række anbefalinger vedrørende øget gennemsigtighed og bedre dokumentation. Det vurderes således hensigtsmæssigt, at Sundhedsstyrelsen udarbejder konkrete anbefalinger vedrørende den patientrettede forebyggelsesindsats. Desuden skal der ske en bedre og mere systematisk dokumentation af aktiviteten og kvaliteten af af de kommunale sundhedstilbud herunder registrering af aktiviteten i hjemmesygeplejen samt at der gennemføres mere evidensbaserede studier af den kommunale sundhedsindsats. Endelig skal adgangen og tilgængeligheden af data, herunder også på tværs af sektorer, forbedres.

⁷⁰ Evaluering af kommunalreformen, Økonomi- og Indenrigsministeriet, 2013

For det fjerde peger udvalget på en række anbefalinger vedrørende tættere samarbejde mellem regioner, kommuner og praksissektor. Det kan være hensigtsmæssigt at afsætte fælles midler til at finansiere sammenhængende sundhedsløsninger og målrettet patientbehandling, hvor sundhedspersonalet arbejder sammen på tværs af fag- og myndighedsgrænser, og særligt målrettes personer med kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter. LEON-princippet skal understøttes og der skal derfor udvikles en model til brug for at dokumentere og kvantificere de kliniske, organisatoriske og økonomiske effekter af tiltag og interventioner ved patientrettet forebyggelse. Derudover skal regionernes rådgivningsforpligtelse styrkes, og der skal sikres større fleksibilitet i forhold til at benytte hinandens kompetencer på tværs af sundhedsvæsenet.

Nedenstående anbefalinger forudsættes ikke at medføre offentlige merudgifter.

Boks 11.1

Udvalgets anbefalinger til at styrke den kommunale forebyggelse

Overordnede mål og sundhedsaftaler

Udvalget anbefaler:

- At stat, regioner og kommuner i fællesskab drøfter muligheden for at fastsætte nationale mål for samarbejdet på tværs af sektorer. Målene kan for eksempel omhandle nedbringelse af sygehuskontakter på områder, hvor der er særligt potentiale for at forebygge, herunder indlæggelser med forebyggelige diagnoser, akutte uheldsmæssige korttidsindlæggelser og unødvendige genindlæggelser.
- At der udarbejdes 5 sundhedsaftaler – én i hver region – med mulighed for at indarbejde supplerende elementer for den enkelte kommune.
- At der forud for, at der skal udarbejdes nye sundhedsaftaler, sker en revurdering af sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder, så der fastsættes nye indsatsområder med fokus på den stigende kronikerudfordring og patientrettede forebyggelse.
- At der udvikles dækkende, nationale indikatorer for sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder med fokus på tværsektorielle patientforløb, monitorering og årlige offentliggørelser af data.
- At regioner og kommuner bl.a. med afsæt i de nationale mål og indikatorer for sundhedsaftalerne, opstiller konkrete målsætninger for samarbejdet på sundhedsområdet, herunder i forhold til almen praksis og de enkelte indsatsområder i sundhedsaftalerne.
- At kommuner og regioner i fællesskab følger systematisk op på disse målsætninger

Kommunale indsatser

Udvalget anbefaler:

- At kommunernes forebyggelsesindsats primært fokuserer på de områder, hvor potentialet for at forebygge sygehuskontakter er størst, dvs. særligt indlæggelser med såkaldte forebyggelige diagnoser, uheldsmæssige akutte korttidsindlæggelser og genindlæggelser af ældre medicinske patienter og borgere med kronisk sygdom.
- At alle kommuner har patientrettede forebyggelsestilbud til borgere med diabetes type 2, KOL og hjertekarsygdom samt rehabilitering til kræfttramte.
- At kommunerne styrker, videreudvikler og implementerer forebyggelsesindsatsen på følgende områder:
 - Tidlig opsporing i ældreplejen, herunder systematisk opsporing, vurdering af handling og sikring af effektive handlemuligheder.
 - Systematisk faldforebyggelse med fokus på de faktorer, som kan udløse fald, herunder manglende ernæring og væskeindtag, medicin, sygdom, boligindretning, adfærd og psykiske forhold.
 - Opfølgende hjemmebesøg efter indlæggelse i et samarbejde mellem kommune, sygehus og

almen praksis hos de målgrupper, hvor opfølgende hjemmebesøg har vist effekt..

- God medicin håndtering i samarbejde med almen praksis og sygehus.
- Generel kompetenceudvikling af kommunalt frontpersonale, herunder indenfor udvalgte sygeplejefaglige områder, tidlig opsporing og medicin håndtering.
- En hensigtsmæssig brug af akutte/subakutte kommunale tilbud, hvor kommunerne udarbejder en beskrivelse af grundindholdet i de kommunale akut- og aflastningstilbud, der bidrager til indsatser baseret på den bedste viden på området.
- Hjemmepleje og hjemmesygepleje organiseres, så tæt dialog og samarbejde mellem enhederne styrkes blandt andet for at understøtte tidlig opsporing og hverdagsrehabilitering.
- Den kommunale sygeplejes kompetencer og kapacitet styrkes indenfor de eksisterende og aftalte økonomiske rammer.

Øget gennemsigthed og bedre dokumentation

Udvalget anbefaler:

- At Sundhedsstyrelsen i samarbejde med kommuner og regioner og med udgangspunkt i den eksisterende viden, der er opnået i den forstærkede indsats over for personer med kronisk sygdom, udarbejder faglige anbefalinger for patientrettet forebyggelse og tidlig opsporing.
- At staten årligt udarbejder sammenligninger af sundhedsforbruget blandt patienter, der er omfattet af løbsprogrammerne for kronisk sygdom på tværs af sygehusene, almen praksis og kommunerne.
- At der fortsat arbejdes med at gøre information om sygehusenes og kommunernes patientrettede forebyggelsestilbud lettere tilgængeligt på sundhed.dk for alle aktører i sundhedsvæsenet med henblik på at sikre borgerne det rette tilbud og undgå etablering af parallelle tilbud.
- At sundhedsindsatsen i kommunerne registreres og dokumenteres systematisk med henblik på at styrke kvaliteten og gennemsigtheden i de kommunale sundhedstilbud, herunder belysning af aktivitet og kvalitet i hjemmesygeplejen.
- At kommunerne har ansvaret for, at effekten af kommunale tiltag evalueres i de tilfælde, hvor der endnu ikke er etableret evidens. Evalueringerne skal dokumentere og kvantificere de kliniske, organisatoriske og økonomiske effekter af tiltagene.
- At staten i samarbejde med kommuner og regioner forbedrer anvendeligheden af eSundhed og KØS i form af en brugervenlig brugerflade, standardiserede analysemuligheder og bedre grundlag for analyser af sundhed på tværs, herunder inddragelse af data fra ældre- og beskæftigelsesområdet.
- At kommuner og regioner – under hensyntagen til persondataloven – gives adgang til individbaserede data om patienters forbrug af sundhedsydelser fra de offentlige registre fra eSundhed til brug for tilrettelæggelse og planlægning af sundhedsindsatsen.

Tættere samarbejde mellem regioner, kommuner og praksissektor

Udvalget anbefaler:

- At der inden for de eksisterende og aftalte økonomiske rammer på sundhedsområdet prioriteres midler til at finansiere sammenhængende sundhedsløsninger, målrettet patientbehandling, hvor sundhedspersonalet arbejder sammen på tværs af fag- og myndighedsgrænser, herunder særligt personer med kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter. Midlerne kan hermed understøtte de indsatsområder, der fastsættes i de (5) nye sundhedsaftaler. Analyserne i nærværende rapport peger i særlig grad på, at løsningerne for eksempel kan have fokus på forebyggelse af visse:
 - akutte medicinske indlæggelser
 - Medicinske ambulante besøg
 - Genindlæggelser
 - Medicinske korttidsindlæggelser for personer med kronisk sygdom

- Indlæggelser grundet diffuse symptomer blandt modtagere af kommunal pleje
- At der udarbejdes en generisk model til brug for at dokumentere og kvantificere de kliniske, organisatoriske og økonomiske effekter af tiltag og interventioner ved patientrettet forebyggelse. Tiltag, der for eksempel medvirker til realisering af gevinster på tværs af sektorer, kan herefter udvides på landsplan.
- At kommuner og regioner i regi af sundhedsaftalerne vurderer de faglige og økonomiske konsekvenser af større fælles samarbejdsprojekter samt den konkrete arbejdsdeling, herunder eventuelle opgaveoverdragelser, mellem sygehuse, almen praksis og de kommunale sundhedstilbud. Det skal understøtte LE-ON-princippet og udbrede bedste praksis på tværs af kommuner, regioner og almen praksis.
- At regionernes rådgivningsforpligtelse systematiseres og målrettes kommunernes behov for rådgivning, samt at kommunerne i højere grad forpligtes til at gøre brug af den viden, der stilles til rådighed. Dette foreslås aftalt mellem regioner og kommuner i sundhedsaftalerne. Sundhedsstyrelsens vejledning om regionernes forebyggelsesopgaver skal på den baggrund revideres.
- At der sikres større fleksibilitet i forhold til at benytte hinandens kompetencer på tværs af sundhedsvæsenet, herunder at kommunerne mere systematisk og efter aftale med regionen får mulighed for at trække på de faglige kompetencer i almen praksis og sygehusregi med henblik på at styrke fagligheden og skabe en mere fleksibel opgavevaretagelse blandt andet inden for sygepleje, rehabilitering og genoptræning. Og at almen praksis får bedre adgang til at trække på kompetencerne i sygehusvæsenet.
- At regionerne får øgede planlægnings- og styringsmuligheder i forhold til almen praksis. Det skal i højere grad være muligt for regionen at definere almen praksis' opgaver, som en integreret del af det regionale og kommunale sundhedsvæsen, herunder øget muligheder for opfølgning på, om den enkelte læge leverer de ydelser, der aftales.

11.2 Overordnede mål og sundhedsaftaler

For at understøtte samarbejdet på tværs af sektorer og sikre sammenhængende patientforløb blev det med sundhedsloven gjort lovpligtigt for regionsråd og kommunalbestyrelser at etablere Sundhedskoordinationsudvalg og indgå sundhedsaftaler om varettagelse af opgaver på sundhedsområdet, jf. sundhedslovens §§ 204-205⁷¹. Sundhedsaftalerne er den overordnede politiske ramme for det tværsektorielle samarbejde på sundhedsområdet. Derfor er det relevant at belyse, hvorledes denne ramme kan optimeres for i endnu højere grad at understøtte den patientrettede forebyggelse.

I forbindelse med evalueringen af kommunalreformen er der peget på en række anbefalinger til fremadrettet at styrke sundhedsaftalerne som arbejdsværktøj. Nedenstående udspringer herfra.

5 sundhedsaftaler – én i hver region

Der findes i dag 98 sundhedsaftaler, som er indgået med afsæt i en grundaftale udarbejdet af Sundhedskoordinationsudvalget i den enkelte region. Det betyder, at der kan være variation i sundhedsaftalerne indenfor den enkelte region. Dette kan vanskeliggøre samarbejdet på tværs af sektorer. Fx for et sygehus der samarbejder med flere omkringliggende kommuner – eller omvendt for en kommune, der samarbejder med flere sygehuse. Det kan samtidig resultere i for stor uensartethed i de tilbud, som borgerne tilbydes.

Det foreslås derfor, at den regionale grundaftale styrkes, så der fremadrettet bliver tale om 5 sundhedsaftaler frem for 98. Formålet er at sikre større ensartethed i det tværsektorielle samarbejde.

⁷¹ De nærmere regler vedr. sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler er fastlagt i bekendtgørelse (BEK nr. 778 af 13. august 2009), ligesom Sundhedsstyrelsen har udarbejdet vejledning på området (VEJ nr. 9698 af 21. august 2009). Både bekendtgørelse og vejledning blev revideret i august 2009.

En større ensartethed i sundhedsaftalerne indenfor en region vil styrke mulighederne for samarbejde og vil også kunne bidrage til at sikre en mere ensartet kadence i forhold til implementering af nye værktøjer, herunder fx forløbsprogrammer og it-understøttede kommunikationsværktøjer. Det er dog samtidig vigtigt at fastholde, at der lokalt kan iværksættes spydspidsprojekter og initiativer rettet mod særligt lokale forhold og udfordringer.

Fastsættelse af de obligatoriske indsatsområder, som sundhedsaftalerne skal omfatte

Sundhedsaftalerne skal tage udgangspunkt i indsatsområder, hvor der er særlige snitflader mellem kommunale og regionale ansvarsområder på sundhedsområdet – og dermed et særligt behov for koordinering og samarbejde.

De nuværende sundhedsaftaler indeholder seks obligatoriske indsatsområder, som generelt har meget forskellig karakter. Samtidig ændrer patienternes behov og krav til sundhedsvæsenet sig løbende i takt med ny teknologi og nye behandlingsmuligheder, ligesom sundhedsvæsenet i disse år ændrer sig i takt med stigende specialisering af sygehusene og udvikling af det borgernære sundhedsvæsen.

På den baggrund er det udvalgets vurdering, at der er behov for at revurdere sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder, så der fastsættes nye obligatoriske indsatsområder.

Som led heri skal der tages stilling til, dels om der er nogle af de nuværende indsatsområder, der skal justeres, dels om der er nogle der helt kan udgå, og dels om der er behov for nye indsatsområder. I vurderingen af nye indsatsområder skal derfor overvejes, hvad der kan og skal løses i regi af sundhedsaftalerne, og hvad der kræver andre og supplerende tiltag.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens evaluering af sundhedsaftalerne, at der på nogle områder er behov for en mere koordineret udvikling og implementering af sundheds-it for at sikre en ensartet udvikling landet over, ligesom der fortsat er behov for at udvikle og implementere elektronisk kommunikation. Det anbefales derfor, at sundhedsaftalerne i videre udstrækning anvendes til at sikre dette.

Det foreslås på den baggrund, at sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder blandt andet kan centreres omkring patientrettet forebyggelse, genoptræning og rehabilitering, sammenhængende behandlingsforløb særligt i forbindelse med indlæggelse og udskrivning, samt sundheds-it.

Fastlæggelse af nye obligatoriske indsatsområder, som sundhedsaftalerne skal omfatte, forudsætter en revision af den gældende bekendtgørelse og vejledning på området. Revideret bekendtgørelse og vejledning bør derfor udmeldes forud for, at de nyvalgte regionsråd og kommunalbestyrelser skal udarbejde nye sundhedsaftaler. Det foreslås ligeledes, at kommuner og regioner inddrages i dette arbejde. I henhold til gældende regler skal de næste sundhedsaftaler indgås og indsendes til Sundhedsstyrelsen senest med udgangen af januar 2015.

Øget styringsmuligheder for myndighederne i forhold til almen praksis

Der er behov for at sikre, at almen praksis indgår mere forpligtende i sundhedsaftalerne med henblik på at sikre, at det konkrete indhold i aftalerne udmøntes som tilsigtet og bidrager til at sikre sammenhængende patientforløb.

Almen praksis har en central rolle i den patienttede forebyggelsesindsats, da det som oftes er den praktiserende læger der indlægger patienterne. Det er således afgørende, at samspillet mellem almen praksis, sygehus og det kommunale sundhedsvæsen fungerer.

Generelt beskriver alle sundhedsaftaler og forløbsprogrammer m.v. almen praksis' rolle, men der er en udfordring i forhold til at få disse aftaler implementeret i alle almen praksis. Det vurderes, at den grundlæggende problemstilling er, at sundhedsaftaler, forløbsprogrammer m.v. ikke slår direkte igennem over for almen praksis, men skal udmøntes via overenskomstsyste­met eller lokal aftale, hvor PLO har vetoret i de besluttende organer. Det nuværende aftalesystem sikrer ikke tilstrækkeligt effektivt, at de praktiserende læger indgår på forpligtende vis i det integrerede sundhedsvæsen.

Udvalget anbefaler på den baggrund, regionerne får øget styringsmuligheder i forhold til almen praksis. Det er udvalgets vurdering, at det er en grundlæggende forudsætning for, at almen praksis kan forpligtes til at indgå i integrerede tilbud til fx patienter med kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter og således for at implementere sundhedsaftalerne som tilsigtet.

Overordnede mål og systematisk opfølgning på sundhedsaftalerne

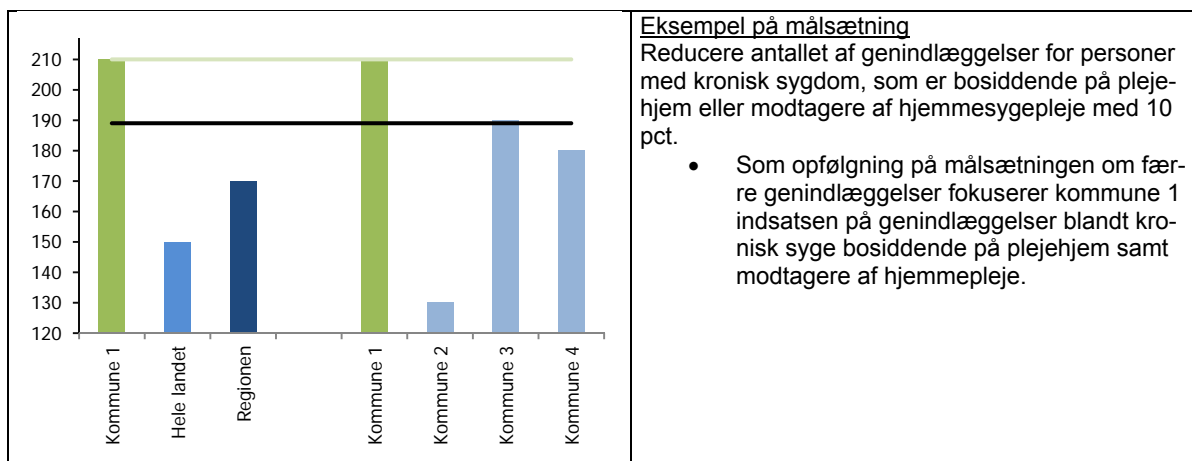
Et vigtigt redskab til at sikre sammenhængende forløb for borgerne på tværs af myndigheds- og sektorgrænser er, at der formuleres konkrete fælles mål mellem stat, regioner og kommuner. Mål øger fokus mod bestemte indsatsområder. Ved at opstille konkrete mål i fællesskab forpligtes parterne til at samarbejde om de specifikke områder, som målene vedrører.

Analyserne i nærværende rapport peger på, at målene særligt bør fokusere på de områder, hvor der er et potentiale for at forebygge sygehuskontakt. Det er de områder, hvor der findes en geografisk variation. Målene skal omhandle de patienter der både er i kontakt med kommuner og regioner. Målene skal således omhandle de fælles patienter, hvor parterne i fællesskab kan løfte opgaven med at realisere målene. Resultaterne fra denne rapport peger på, at målene bør omhandle indlæggelser med forebyggelige diagnoser, akutte uhen­sigtmæssige korttidsindlæggelser og unødvendige genindlæggelser.

Et vigtigt redskab til at sikre, at sundhedsaftalerne gennemføres og bidrager til at skabe sammenhængende forløb for borgerne på tværs af myndigheds- og sektorgrænser er, at kommuner og regioner formulerer konkrete lokale målsætninger, herunder identificerer relevante indikatorer, og løbende følger op på, om disse målsætninger indfries. Det er ligeledes vigtigt, at sundhedsaftalerne løbende udvikles og justeres i takt med udviklingen på området.

I nærværende rapport er der peget på en række områder, hvor der er store forskelle i sygehusforbruget mellem kommunerne og mellem regioner for ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom. Dialogen mellem kommunerne og regionerne bør sætte fokus på disse områder, bl.a. i de kommende sundhedsaf­taler. Fokus kan være på de områder, hvor der er store forskelle, idet der her er potentiale for at effektivisere indsatsen og harmonisere praksis. Færre unødvendige genindlæggelser, forebyggelige indlæggelser og uhensigtsmæssige korttidsindlæggelser blandt ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom samt genindlæggelse af nyfødte og antal elektroniske beskeder udvekslet mellem kommune og sygehus er eksempler på indikatorer, der kan bidrage til at afdække samarbejdet på tværs af sektorer. Det kan være relevant for regioner og kommuner i fællesskab at følge systematisk op på disse områder. Det kan for eksempel være genindlæggelser blandt personer med kronisk patienter der også modtager kommunal pleje, jf. figur 11.1 og bilag 1.

Figur 11.1: Eksempel på fælles opfølgning mellem kommuner og regioner vedr. antal genindlæggelser (inden for 30 dage) pr. 1.000 personer med kronisk sygdom, som er bosiddende på plejehjem eller modtager hjemmepleje



Som det fremgår af kapitel 10, er opfølgningselementet blevet styrket i 2. generationsaftalerne. Sundhedsstyrelsen vurderer dog samtidig, at der fortsat er behov for at styrke opfølgningsdelen.

Det er udvalgets vurdering, at en fortsat styrkelse af aftaleparternes opfølgning på sundhedsaftalerne vil bidrage dels til at sikre implementering af aftalernes indhold, dels til en løbende vurdering af, om sundhedsaftalerne bidrager til at sikre sammenhængende patientforløb, eller om der er behov for at ændre indsatsen. Monitoreringen skal generelt ske med udgangspunkt i de borgere, der deles mellem kommuner og regioner.

Boks 11.2

Anbefalinger vedrørende overordnede mål og sundhedsaftaler

Overordnede mål og sundhedsaftaler

Udvalget anbefaler:

- At stat, regioner og kommuner i fællesskab drøfter muligheden for at fastsætte nationale mål for samarbejdet på tværs af sektorer. Målene kan for eksempel omhandle nedbringelse af sygehus-kontakter på områder, hvor der er særligt potentiale for at forebygge, herunder indlæggelser med forebyggelige diagnoser, akutte uhensigtsmæssige korttidsindlæggelser og unødvendige genindlæggelser.
- At der udarbejdes 5 sundhedsaftaler – én i hver region – med mulighed for at indarbejde supplerende elementer for den enkelte kommune.
- At der forud for, at der skal udarbejdes nye sundhedsaftaler, sker en revurdering af sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder, så der fastsættes nye indsatsområder med fokus på den stigende kronikerudfordring og patientrettede forebyggelse.
- At der udvikles dækkende, nationale indikatorer for sundhedsaftalernes obligatoriske indsatsområder med fokus på tværsektorielle patientforløb, monitorering og årlige offentliggørelser af data.
- At regioner og kommuner bl.a. med afsæt i de nationale mål og indikatorer for sundhedsaftalerne, opstiller konkrete målsætninger for samarbejdet på sundhedsområdet, herunder i forhold til almen praksis og de enkelte indsatsområder i sundhedsaftalerne.
- At kommuner og regioner i fællesskab følger systematisk op på disse målsætninger

11.3 Kommunale indsatser

I aftalen for kommunernes økonomi for 2013 er der afsat 300 mio. kr. til at styrke kommunernes arbejde med forebyggelse og hverdagsrehabilitering for ældre samt kommunernes indsats over for mennesker med kronisk

sygdom. Samlet set skal de afsatte midler styrke den forebyggende og sundhedsfremmende indsats i kommunerne og dermed medvirke til at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser og bidrage til sammenhængende patientforløb.

Rapportens konklusioner

Som følge af konklusionerne i rapportens kapitel 4-7 vurderer udvalget, at forebyggelsespotentialer er særligt stort blandt ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom, særligt i forhold til en række bestemte typer af sygehuskontakt. Det gælder indlæggelser med såkaldt forebyggelige diagnoser og akutte uhensigtsmæssige korttidsindlæggelser af ældre medicinske patienter og genindlæggelser blandt ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom. Forebyggelsespotentialer er størst blandt de borgere, som kommunerne i forvejen er i kontakt med. Kommunerne kan med fordel fastsætte klare målsætninger for nedbringelse af sygehuskontakter på disse områder, ligesom kommunerne med fordel kan anvende ledelsesinformation om udviklingen af sygehuskontakter indenfor de beskrevne områder blandt modtagere i ældreplejen som en del af en systematisk løbende opfølgning på forebyggelsesindsatsen.

Det fremgår af analysen, at kommunernes udgifter til aktivitetsbestemt medfinansiering er markant højere blandt personer med kronisk sygdom, og særligt blandt personer med kronisk sygdom på 65 år eller derover, og ældre medicinske patienter. Det fremgår ligeledes, at omkring halvdelen af henholdsvis de forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser forekommer blandt personer med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter.

Det fremgår også af analysen, at en del af de borgere, der trækker på sundhedsydelser i det specialiserede sundhedsvæsen har en kontaktflade til kommunerne. Kommunerne har således via deres plejecentre og gennem det kommunale sundheds- og plejepersonale kontakt med en vis del af de borgere, der enten indlægges med en forebyggelig diagnose eller genindlægges. En betydelig del af de borgere, der modtager varige kommunale pleje- og omsorgsydelser modtager ligeledes kommunale sygeplejeydelser. Kommunerne har således en flersidet kontaktflade til disse borgere, og derved et særligt potentiale for en effektiv indsats for at forebygge (gen) indlæggelser. Fx har kommunerne via deres plejecentre og i form af pleje i eget hjem kontakt med omkring 45 pct. af de ældre (65+ årige), der indlægges med en forebyggelig diagnose og mere end 40 pct. af de ældre, der genindlægges.

Fokus for kommunernes fremadrettede patientrettede forebyggelsesindsats

Som det fremgår af kapitel 8 foreligger der kun få studier, der kan dokumentere effekten af kommunale sundhedsindsatser. For at indsamle yderligere viden om virkningen af kommunale indsatser har COWI gennemført en kvalitativ analyse af forebyggelsesindsatsen i ti udvalgte kommuner. Analysen har fokuseret på indsatser målrettet ældre medicinske patienter og personer med kronisk sygdom⁷². Konklusionerne fra analysen fremgår af nedenstående boks 11.3.

Boks 11.3

Konklusioner fra publikationen "Kvalitativ analyse af potentialer for forbedret kommunal forebyggelse af sygehuskontakt", COWI, 2012

COWI vurderer, at følgende kommunale indsatser har størst potentiale for at forebygge indlæggelser og ambulante kontakter i det regionale sundhedsvæsen:

- Tæt dialog og samarbejde mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen
- Kompetenceudvikling af frontpersonale
- Akutte/subakutte kommunale tilbud
- Opfølgende hjemmebesøg

⁷² COWI's analyse omhandler også nyfødte, men denne målgruppe belyses ikke i nærværende rapport.

COWI vurderer endvidere, at en række indsatser målrettet medicinske patienter og kroniske syge har et mellemstort potentiale for at forebygge indlæggelser og ambulante kontakter i det regionale sundhedsvæsen.

Det drejer sig om følgende indsatser:

- Faldforebyggelse
- Indsatser vedr. medicin håndtering
- Telemedicinske initiativer
- Diagnostiserettede forebyggelsestilbud/rehabiliteringstilbud
- Genoptræning og vedligeholdende træning
- Udskrivningskoordinatører og fremskudt visitation

COWI vurderer, at en tæt dialog og samarbejde mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen har et stort potentiale for at forebygge indlæggelser og ambulante kontakter. Det skal ses i lyset af, at målgruppen i sidste ende omfatter alle borgere i kontakt med hjemmeplejen eller bosiddende på plejecentre. Særligt i forhold til tidlig opsporing og handling vurderes dialogen og samarbejdet mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen at være afgørende.

Kommunernes organisering og kommunikation mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen skal understøtte forebyggelse af ambulante sygehuskontakter, indlæggelser og genindlæggelser. Adskillelsen af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen kan betyde, at det er svært at sikre det fornødne samarbejde og den fornødne sparring mellem faggrupperne. Organiseringen af den kommunale hjemmepleje og hjemmesygepleje skal derfor understøtte dialog og samarbejde mellem enhederne. Det er vigtigt, at hjemmehjælperne har et sted at aflevere de observationer, de gør sig hos borgerne, således relevante personer i kommunen kan handle på observationerne i tide.

COWI vurderer også, at kompetenceudvikling af frontpersonale i hjemmeplejen har et stort potentiale for at forebygge indlæggelser og ambulante kontakter. COWI vurderer, at der er behov for kompetenceudvikling i forhold til især tidlig opsporing og handling og medicin håndtering. Ligesom tæt dialog og samarbejde mellem hjemmeplejen og hjemmesygeplejen omfatter målgruppen i sidste ende alle borgere i kontakt med hjemmeplejen eller bosiddende på plejecentre. Løbende kompetenceudvikling af det kommunale plejepersonale vil forbedre personalets evner til at opfange og reagere på borgernes begyndende funktionstab i tide, således at egentlige indlæggelser kan forebygges, samtidig med at standarden for plejen generelt hæves.

Sundhedsstyrelsen anbefaler ved tidlig opsporing og handling blandt ældre medicinske patienter, at der anvendes værktøjer til systematisk identifikation af nedsat fysisk funktionsniveau, underernæring, ensomhed/isolation og sygdomstegn⁷³. En undersøgelse peger desuden på, at få og mere specialiseret sundhedspersonale ikke kan løse opgaven alene. Det handler således om at involvere flere kommunale medarbejdere på tværs, men det kræver et højere niveau af viden i kommunens yderste led. Der er behov for at ændre kulturen, så det sundhedsfaglige og forebyggende fokus, tænkning og handling bliver en del af hverdagen. Det kræver et tæt samarbejde mellem hjælpere, assistenter, sygeplejersker mv. med fokus på læring og feedback. Triagering i hjemmeplejen er et konkret eksempel på systematisk samarbejde mellem sundheds- og plejepersonale med henblik på at øge den faglige refleksion og styrke den tidligere indsats. Hertil kommer, at det er

⁷³ Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan, SUndhedsstyrelsen, 2011.

afgørende at kunne reagere hurtigt, og en stor svaghed i mange nuværende indsatser er at handling enten udebliver eller ikke er effektiv⁷⁴.

Akutte/subakutte kommunale tilbud - i form af akutteam og døgnpladser, der kan anvendes som alternativ til indlæggelse - vurderes ligeledes af COWI til at have et stort potentiale i forhold til at forebygge indlæggelser og ambulante kontakter. Ifølge Sundhedsstyrelsen kan nogle af de meget korte indlæggelser undgås, hvis der eksisterer akutte/subakutte kommunale tilbud (kommunale døgnpladser eller øget sygepleje i patientens hjem). Dette kræver klare aftaler med almen praksis om rådgivning og vurdering, når behovet opstår⁷⁵. Derfor vurderer udvalget, at der er brug for, at der med udgangspunkt i den eksisterende viden udarbejdes en beskrivelse af, hvad disse tilbud bør indeholde. På denne måde kan der sikres udbredelse af bedste praksis på området og øget grad af ensartethed i de kommunale akut- og aflastningstilbud.

DSI har dokumenteret, at opfølgende hjemmebesøg kan forebygge indlæggelser⁷⁶, og indsatsen fremhæves i COWI's analyse som en indsats med et stort potentiale. Under de opfølgende hjemmebesøg kan det bl.a. sikres, at borgeren får den rigtige medicin.

COWI vurderer endvidere at faldforebyggelse og medicin håndtering har et mellemstort potentiale i forhold til at forebygge indlæggelser og ambulante kontakter. I forbindelse med kompetenceudvikling af frontpersonale og opfølgende hjemmebesøg kan der med fordel sættes fokus på medicin håndtering. I "Den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient" (2011), som indeholder en række initiativer til bl.a. at forebygge genindlæggelser og sikre sammenhæng i patientforløbene, er der bl.a. afsat midler til udvikling af værktøjer til identifikation af nedsat funktionsniveau, underernæring og sygdomstegn i kommuner og almen praksis. Disse værktøjer vil kunne anvendes af kommunens plejepersonale i arbejdet med den patientrettede forebyggelse.

Boks 11.4

Anbefalinger vedrørende kommunale indsatser

Udvalget anbefaler:

- At kommunernes forebyggelsesindsats primært fokuserer på de områder, hvor potentialet for at forebygge sygehuskontakter er størst, dvs. særligt indlæggelser med såkaldte forebyggelige diagnoser, akutte uhensigtsmæssige korttidsindlæggelser og genindlæggelser af ældre medicinske patienter og borgere med kronisk sygdom.
- At alle kommuner har patientrettede forebyggelsestilbud til borgere med diabetes type 2, KOL og hjertekarsygdom samt rehabilitering til kræft ramte.
- At kommunerne styrker, videreudvikler og implementerer forebyggelsesindsatsen på følgende områder:
 - Tidlig opsporing i ældreplejen, herunder systematisk opsporing, vurdering af handling og sikring af effektive handlemuligheder.
 - Systematisk faldforebyggelse med fokus på de faktorer, som kan udløse fald, herunder manglende ernæring og væskeindtag, medicin, sygdom, boligindretning, adfærd og psykiske forhold
 - Opfølgende hjemmebesøg efter indlæggelse i et samarbejde mellem kommune, sygehus og almen praksis.
 - God medicin håndtering i samarbejde med almen praksis og sygehus.
 - Generel kompetenceudvikling af kommunalt frontpersonale, herunder indenfor udvalgte sygeplejefaglige områder, tidlig opsporing og medicin håndtering.

⁷⁴ Forebyggelse af indlæggelser. Oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer og effekter, 2011, Dansk Sundhedsinstitut

⁷⁵ Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan, 2011, Sundhedsstyrelsen

⁷⁶ Forebyggelse af indlæggelser. Oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer og effekter, 2011, Dansk Sundhedsinstitut

- En hensigtsmæssig brug af akutte/subakutte kommunale tilbud, hvor kommunerne udarbejder en beskrivelse af grundindholdet i de kommunale akut- og aflastningstilbud, der bidrager til indsatser baseret på den bedste viden på området.
- Hjemmepleje og hjemmesygepleje organiseres, så tæt dialog og samarbejde mellem enhederne styrkes blandt andet for at understøtte tidlig opsporing, kronikerindsats og hverdagsrehabilitering.
- Den kommunale sygeplejes kompetencer og kapacitet styrkes indenfor de eksisterende og aftalte økonomiske rammer.

11.4 Øget gennemsigtighed og bedre dokumentation

Som det fremgik af kapitel 9 eksisterer der en række udfordringer og mangler i den nuværende dokumentation af regionale og kommunale sundhedsindsatser på forebyggelsesområdet. På den baggrund kan der peges på konkrete anbefalinger, der kan medvirke til at understøtte arbejdet med dokumentation, evidens og vidensdeling i forhold til den patientrettede forebyggelsesindsats.

Standardisering af ydelser og retningslinjer for indsatser og dokumentation

Der er behov for, at arbejdet med standardisering af ydelser og retningslinjer for indsatser og dokumentation i forhold til den patientrettede forebyggelses- og rehabiliteringsindsats intensiveres. For at sikre den nødvendige sammenhæng i tilbud på tværs af sundhedsvæsenet bør dette ske i et samarbejde mellem de regionale og kommunale aktører bl.a. med udgangspunkt i nationale retningslinjer og anbefalinger.

Der er behov for, at kommunerne og almen praksis arbejder mere systematisk med at registrere og dokumentere deres kerneopgaver med henblik på at styrke kvaliteten og gennemsigtigheden i de kommunale sundhedstilbud og almen praksis, herunder belysning af aktivitet og kvalitet i hjemmesygeplejen. Kommunerne skal ligeledes evaluere effekten af ikke-evidensbaserede indsatser.

Den manglende viden om hvilke indsatser, der virker stiller krav om, at der i kommuner og regioner bør arbejdes mere systematisk med løbende dokumentation af indsatserne samt efterfølgende evalueringer. Det skal sikres, at resultaterne heraf udbredes på systematisk vis. Dette kan ske via de centrale formidlingsplatforme – herunder i særdeleshed via eSundhed/KØS.

Sammenligninger af sundhedsforbruget blandt personer med kronisk sygdom

Analyserne i nærværende rapport viser, at der er geografiske variationer i sundhedsforbruget blandt personer med kronisk sygdom. Der er fx forskel på, hvor ofte personer med kronisk sygdom har kontakt med et sygehusambulatorium på tværs af landet. Dette kan være udtryk for en hensigtsmæssig lokal arbejdstilrettelæggelse som fastlagt i forløbsprogrammerne, men modsat kan det indikere et potentiale for en mere effektiv resourceudnyttelse. Det er derfor interessant at få en nærmere belysning af sundhedsforbruget blandt patienter der er omfattet af forløbsprogrammerne. Det foreslås derfor, at staten udarbejder sammenligninger af sundhedsforbruget blandt patienter, der er omfattet af forløbsprogrammerne for kronisk sygdom på tværs af sygehuse, almen praksis og kommunerne.

Sådanne sammenligninger skal bidrage til at understøtte en hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse på tværs af regioner og kommuner, hvor LEON-princippet understøttes bedst muligt. Disse sammenligninger skal desuden styrke datagrundlaget for det fælles kommunalt-regionalt arbejde med forløbsprogrammerne for personer med kronisk sygdom.

Bedre information om tilbud og indsatser

Der er behov for viden om, hvilke tilbud og indsatser, der tilbydes i regioner og kommuner. Kommuner og regioner bør sikre gensidig information og orientering om egne og fælles tilbud og indsatser. Disse oplysninger kan med fordel videreformidles via de centrale sundhedsinformationsplatforme som eksempelvis eSundhed.

I "Den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient" (2011), som regeringen offentliggjorde i december 2011, er et af initiativerne at give sundhedsfaglige overblik over de kommunale akutte og subakutte indsatser målrettet borgere over 65 år på sundhed.dk. Indsatserne vil blive offentliggjort i løbet af 2013.

Deling af dokumentation mellem relevante aktører

For at sikre fremtidig mulighed for at kunne belyse sammenhæng, patientforløb og kvalitet på tværs af regionale og kommunale tilbud, skal der arbejdes for større deling af relevant dokumentation om de forskellige indsatser mellem de relevante aktører. Fokus i udviklingen bør være på, hvordan der sikres bedre viden om borgernes forløb på tværs af sektorer, ligesom relevant information bør samles nationalt og systematisk videreformidles til relevante parter. Denne videreformidling kan ske gennem nationale systemer som eSundhed/KØS.

Bedre overensstemmelse mellem sygehusforbrug og datagrundlag

Det er væsentligt for opfølgningen på den kommunale forebyggelsesindsats og dialogen mellem sygehus og kommune, at den aktivitet, som medfinansieringen er baseret på, er afgrænset mest hensigtsmæssigt. Der er i dag nogle udfordringer knyttet hertil. Disse vedrører bl.a. afregning for overflytninger mellem sygehuse, der i nogle tilfælde kan skabe u hensigtsmæssige forskelle mellem kommunerne som følge af den måde, sygehuse registrer teknisk er organiseret. Et forhold der endvidere påvirkes af ændringer i sygehusstrukturen. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er bekendt med problematikken og en behandling heraf er sat i gang i regi af DRG-udvalget, hvor alle parter er repræsenteret.

Bedre og mere brugervenlige analysemuligheder i eSundhed/KØS

Der bør arbejdes på at styrke og yderligere indfri potentialerne i eSundhed/KØS som den centrale platform for videreformidling af sundhedsinformation. Her er der behov for at udbygge brugervenligheden i systemet, så alle kommuner sikres en let adgang til centrale analyser og opfølgning på sundhedsforbruget i kommunerne gennem udvikling af brugerfladen. Funktionaliteten i systemet ændres således, at de rette informationer er mere tilgængelige, herunder bl.a. etablering af en række relevante standardrapporter på forskellige områder og udvikling af standardiserede diagnosegrupper. Systemets funktionaliteter tilrettes, så det sikres, at de centrale analyser af fx potentialegrupper, der er afdækket i denne rapport på sigt kan tilgås uden større data-mæssige færdigheder. Der skal ligeledes arbejdes videre med at sikre et relevant og opdateret datagrundlag, herunder arbejde for at kommunale data – bl.a. data om hjemmesygepleje samt ældrepleje og omsorg – i større omfang og mere smidigt tilgår systemet.

Øget viden om hvilke indsatser der har effekt og hvad indsatserne koster

Som også fremhævet i kapitel 8 er der behov for yderligere forskning i hvilke indsatser, der virker med henblik på at skabe mere evidens på forebyggelsesområdet. Det kan bl.a. ske ved, at der på tværs af forskningsmiljøer, kommuner, regioner og statslige myndigheder sikres en opsamling på (og forskning i), hvilke indsatser, der virker, og dermed hvor kommunernes indsats skal fokuseres. Ligeledes bør kommunernes muligheder for at lave før- og eftermålinger på forebyggelsesaktiviteten afsøges og beskrives.

Det kan ligeledes ske ved at kommuner og regioner intensiverer samarbejdet med forskningsverdenen, herunder indgår partnerskaber mv. med forskningsinstitutioner såvel som selv aktivt prioriterer en evidensbaseret tilgang til arbejdet med de patientrettede forebyggelses- og rehabiliteringsindsatser.

Faglige anbefalinger for patientrettet forebyggelse og tidlig opsporing

Sundhedsstyrelsen varetager den generelle sundhedsfaglige vejledning af regioner og kommuner om udførelse af opgaver efter sundhedsloven, herunder på forebyggelsesområdet. Sundhedsstyrelsen samler løbende op på den eksisterende viden om patientrettet forebyggelse og tidlig opsporing. Men der er behov for yderligere at synliggøre, systematisere og videreudvikle den patientrettede forebyggelsesindsats. For at styrke og understøtte kommunerne og regionernes arbejde med den patientrettede forebyggelse kan det være hensigtsmæssigt, at Sundhedsstyrelsen udarbejder faglige anbefalinger for den patientrettede forebyggelse og tidlig opsporing.

Boks 11.5

Anbefalinger vedrørende øget gennemsigthed og bedre dokumentation

Udvalget anbefaler:

- At Sundhedsstyrelsen i samarbejde med kommuner og regioner og med udgangspunkt i den eksisterende viden, der er opnået i den forstærkede indsats over for personer med kronisk sygdom, udarbejder faglige anbefalinger for patientrettet forebyggelse og tidlig opsporing.
- At staten årligt udarbejder sammenligninger af sundhedsforbruget blandt patienter, der er omfattet af forløbsprogrammerne for kronisk sygdom på tværs af sygehusene, almen praksis og kommunerne.
- At der fortsat arbejdes på at gøre information om sygehusenes og kommunernes patientrettede forebyggelsestilbud lettere tilgængeligt på sundhed.dk for alle aktører i sundhedsvæsenet med henblik på at sikre borgerne det rette tilbud og undgå etablering af parallelle tilbud.
- At indsatsen i almen praksis registreres og dokumenteres systematisk med henblik på at styrke kvaliteten og øge gennemsigtheden i almen praksis.
- At sundhedsindsatsen i kommunerne registreres og dokumenteres systematisk med henblik på at styrke kvaliteten og gennemsigtheden i de kommunale sundhedstilbud, herunder belysning af aktivitet og kvalitet i hjemmesygeplejen.
- At kommunerne har ansvaret for, at effekten af kommunale tiltag evalueres i de tilfælde, hvor der endnu ikke er etableret evidens. Evalueringerne skal dokumentere og kvantificere de kliniske, organisatoriske og økonomiske effekter af tiltagene.
- At staten i samarbejde med kommuner og regioner forbedrer anvendeligheden af eSundhed og KØS i form af en brugervenlig brugerflade, standardiserede analysemuligheder og bedre grundlag for analyser af sundhed på tværs, herunder inddragelse af data fra ældre- og beskæftigelsesområdet.
- At individbaserede data – under hensyntagen til persondataloven – stilles til rådighed for kommuner og regioner til brug for opfølgning og ledelsesinformation vedrørende for eksempel forløb på tværs.

11.6 Tættere samarbejde mellem regioner, kommuner og praksissektor

Kapitel 10 peger på, at der er brug for at skabe mere koordinerede og sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. Som sundhedsvæsenet er indrettet i dag, er der en række snitfladeproblematikker i forbindelse med den patientrettede forebyggelsesindsats. Dette problematiseres også i Evalueringen af Kommunalreformen.

Internationalt set er der også en strømning imod mere integrerede samarbejdsformer mellem forskellige sektorer og forvaltninger. Løsningerne er typisk centreret omkring, at sikre en omkostningseffektiv og sammen-

hængende behandling af høj sundhedsfaglig kvalitet for den stigende gruppe af eksempelvis ældre medicinske patienter eller personer med flere kroniske sygdomme (multisyge).

I en tid med snævre rammer for offentlige økonomi og stigende efterspørgsel efter sundhedsydelser er det nødvendigt, at alle parter arbejder efter princippet, at ressourcerne anvendes der, hvor de gør størst gavn.

Samarbejdsmodeller

For særligt udsatte patientgrupper og personer med flere kroniske sygdomme kompliceres det typiske behandlings- og plejeforløb af at foregå på tværs af sektor- og faggrænser. Det skaber et styrket behov for, at der leveres koordinerede og sammenhængende forløb, hvor samarbejdet mellem kommuner og regioner, herunder almen praksis, er velfungerende. På den baggrund er der både i Danmark, men særligt internationalt, udviklet forskellige typer af samarbejdsmodeller, hvor forskellige sektorer og faggrupper tager et fælles ansvar for den enkelte patient, og leverer integrerede sundheds- og plejetilbud. Sådanne tværsektorielle samarbejdsmodeller omtales ofte under samlebetegnelsen *integrated care*:

*"a concept bringing together inputs, delivery, management and organization of services related to diagnosis, treatment, care, rehabilitation and health promotion. Integration is a mean to improve services in relation to acces, quality, user satisfaction, and efficiency"*⁷⁷

Målet med *integrated care* er således at levere den bedst mulige pleje for den lavest nødvendige samlede omkostning ved at skifte fra reaktiv pleje af de syge til proaktiv identificering og forebyggelse med fokus på specifikke afgrænsede sygdoms- eller borgergrupper, som fx brug af individuelle planer og koordineret samarbejde på tværs af sektorer til at dække borgerens sundheds- og plejeleretede behov. *Integrated care* skal levere bedre kvalitet og oplevelse for borgeren, skabe faglig udvikling og fjerne frustrationer ved at bringe sundhedspersonalet i tættere samarbejde samt skabe besparelser ved, at borgeren bliver kanaliseret til sundhedstilbud på laveste effektive omkostningsniveau (LEON).

Internationalt er *integrated care* ikke et nyt fænomen og der er gennemført utallige *integrated care* projekter. Projekter vedrørende nye innovative former for sundhedsløsninger med sigte på at udvikle mere sammenhængende former for sundhedsindsatser, hvor løsningerne typisk er centreret omkring at sikre en omkostningseffektiv og sammenhængende behandling af høj sundhedsfaglig kvalitet for den stigende gruppe af eksempelvis ældre medicinske patienter eller personer med flere kroniske sygdomme (multisyge).

I øjeblikket kører der et pilotprojekt i Nordvest-London, jf. boks 11.6.

Boks 11.6

Pilotprojektet i Nordvest-London

Setup

- Pilot-projektet, der foreløbig dækker mere end 500.000 borgere i Nordvest-London - og netop nu bliver udvidet til at dække 1.200.000 - bygger på at adressere patienters specifikke behov gennem en systematisk multi-disciplinær tilgang understøttet af fælles beslutningstagen, klinisk lederskab og kulturudvikling, deling af informationer, ensretning af incitament og patientinddragelse
- Projektet er drevet af lokale sundhedsorganisationer på tværs af sektorer: MultiDisciplinary Groups (MDG). Disse er ledet og koordineret af et Integrated Management Board (IMB) bestående af alle relevante aktører, inkl. patientforeninger
- Alle kliniske beslutninger træffes af klinikere

⁷⁷ Gröne & Garcia-Barbero, WHO 2002

- Deltagerne i MDG'erne er kompetente fagpersoner fra både praksissektoren, sygehuse, psykiatrien, hjemmeplejen og kommunerne, der har forpligtet sig til at følge evidens-baserede kliniske forløbspakker, tilpasset den enkelte patient. En MDG dækker over en population på 40.000-75.000 patienter.
- Almen Praksis leder ofte MDG'erne, men alle deltagere kan få input fra deres kolleger til deres 'tunge' patienter. Deltagerne får betaling for deltagelse og for udarbejdelse af "care-planer".

Foreløbige resultater

- Fald i akutte indlæggelser af ældre blandt projektdeltagende praksisser på 6,6 pct. – i den tilsvarende periode er der for den øvrige del af London sket en stigning på 6,5 pct.

Der er fortsat behov for et forstærket samarbejde mellem kommuner og regioner for at løse de eksisterende snitfladeproblemer, jf. kapitel 10. Der pågår allerede forskellige tværgående forsøg og et eksempel herpå er et forsøg under regeringens frikommuneforsøgstema, hvor Odense Kommune og Region Syddanmark vil afprøve en model for integrated care i 2013-2015. Et andet eksempel er den tværsektorielle udredningsenhed, som drives i samarbejde mellem København Kommune og Bispebjerg Hospital.

En rundspørge blandt de kommunale sundhedschefer viser, at 76 pct. mener, at der er brug for en egentlig organisering, hvor der arbejdes på tværs for at opnå mere sammenhængende patientforløb. 30 pct. af kommunerne svarer også, at de allerede indgår i et integreret samarbejde mellem kommuner, hospitaler eller praktiserende læger. Det dækker over flere grader af samarbejde lige fra udveksling af information og netværk til et egentlig integreret samarbejde ved både fysisk, økonomisk og ledelsesmæssigt organisering. Herudover har 12 pct. konkrete planer for det, mens 35 pct. overvejer det.⁷⁸

Der vurderes således at være et potentiale i en øget udbredelse af samarbejdsmodeller, der særligt har til formål at forebygge uhensigtsmæssig sygehuskontakt og dermed aflaste sygehusene. Mere samarbejde om fælles patienter skal også bidrage til at sikre, at patienterne får mere sammenhængende og koordinerede forløb i sundhedsvæsenet. Fælles integrerede indsatser kan med fordel igangsættes inden for områder, hvor kommuner og regioner har en fælles kontaktflade og hvor der er stor kommunal variation. De foregående kapitler i denne rapport viser nogle interessante variationer i sygehuskontakten, hvorfor de fælles indsatser med fordel kan have fokus på forebyggelse af visse:

- akutte medicinske indlæggelser
- Medicinske ambulante besøg
- Genindlæggelser
- Medicinske korttidsindlæggelser for personer med kronisk sygdom
- Indlæggelser grundet diffuse symptomer blandt modtagere af kommunal pleje
-

For at understøtte sådanne fælles indsatser er det hensigtsmæssigt, at prioritere midler til at finansiere sammenhængende og integrerede sundhedsløsninger på tværs af regioner og kommuner.

Business case modeller

Som nævnt indledningsvist er det nødvendigt at alle parter arbejder efter princippet, at ressourcerne anvendes der, hvor de gør størst gavn. For at efterleve dette princip er der behov for at konsekvenser og gevinster af nye tiltag opgøres.

⁷⁸ Kommuner søger tættere samarbejde med sygehuse. Momentum. 14. januar 2013

Sundhedsvæsenet organisatoriske opdeling i sektorer med egne budgetter kan udfordre opgaven med at skabe de nødvendige sammenhænge og samarbejde om indsætter og interventioner – særligt i forhold til de områder hvor der er et delt ansvar som omkring den patientrettede forebyggelsesindsats. I den sammenhæng er det centralt, at der opbygges viden om konsekvenserne af tiltag. Business case modeller kan anvendes til systematisk at opgøre kliniske, organisatoriske og økonomiske effekter af tiltag og interventioner ved patientrettede forebyggelsestiltag.

Konceptet for business case modeller handler om at opgøre konsekvenserne af en investering. Det kan gøres ved at analysere omkostninger og gevinster ved to scenarier – at foretage investeringen og ikke foretage investeringen – og på baggrund heraf designe en fælles løsning. Der indgår således klassiske elementer af cost-benefit analyser i designet af business case modeller.

Business case-modeller skal i dag anvendes i forbindelse med alle større statslige it-projekter, og der er i den forbindelse udviklet et modelkoncept med tilhørende redskaber til opstilling, beregning og rapportering af business cases. Den har også fundet indpas på sundhedsområdet bl.a. i forbindelse med forskellige telemedicinske initiativer, hvor business case tankegangen anvendes.

Hovedudfordringen ved udarbejdelse af business cases er, hvordan kvantificeringen af omkostninger og gevinster standardiseres og gøres sammenlignelige på tværs af initiativer. Der vil således være behov for at definere fælles standarder og metoder med henblik på at udarbejde en fælles evalueringsmodel, der kan medvirke til at dokumentere de kliniske, organisatoriske og økonomiske effekter af tiltag og interventioner.

Denne model skal ligeledes opstille fælles retningslinjer for udarbejdelsen af tværsektorielle business cases, der kvantificerer gevinster og omkostninger fordelt på kommuner, regioner og staten. Udarbejdelsen af standardiserede tværsektorielle business cases skal medvirke til, at der etableres et ensartet vidensgrundlag, der kan skabe bedre forudsætninger for den fortsatte udbredelse af dokumenterede og omkostningseffektive patientrettede forebyggelsestiltag.

Business case modeller vurderes at kunne fremme en række samarbejder og medvirke til at facilitere gennemførelse af lokalt forankrede indsætter. Det stiller imidlertid krav om anvisninger omkring, hvornår en business case model kan bringes i spil samt eksistensen af en fælles evalueringsmodel, eventuelt understøttet af et værktøj, der sikrer at gevinster og omkostninger kan kvantificeres på en systematisk og ensartet måde. Er dette opfyldt vurderes business case-modeller at kunne anvendes både som mere lokale instrumenter til at forbedre samarbejdet mellem de forskellige parter, såvel som grundlag for at udrulle dokumenterede løsninger i større skala. Tiltag, der således medvirker til genvinstrealisering på tværs af sektorer kan herefter udbredes på landsplan.

I forlængelse heraf er det relevant i regi af sundhedsaftalerne at vurdere de faglige og økonomiske konsekvenser af større fælles samarbejdsprojekter samt arbejdsdelingen herunder eventuel opgaveoverdragelse mellem kommuner og regioner. En stor del af sundhedsaftalerne er en beskrivelse af, hvem der gør hvad på udvalgte områder, dvs. en beskrivelse af henholdsvis regionale og kommunale driftsopgaver. Det vurderes således ikke hensigtsmæssigt at supplere alle sundhedsaftalens initiativer med budget, men primært de områder, hvor regioner og kommuner har et særligt samarbejde. Det kan eksempelvis være lokale spydspidsprojekter, samarbejde om fælles akutindsætter mv.

Det vurderes således gavnligt i regi af sundhedsaftalerne at vurdere de økonomiske konsekvenser af eventuelle fælles samarbejdsprojekter samt konkrete opgaveoverdragelser mellem kommuner og regioner. Bedste

praksis fra fælles samarbejdsprojekter skal udbredes på tværs af kommuner og regioner med henblik på at understøtte LEON-princippet.

Fokusering af regionernes rådgivningsforpligtelse (sundhedslovens § 119, stk. 3)

Rådgivningsforpligtelsen i sundhedslovens § 119, stk. 3, blev indført i forbindelse med kommunalreformens ikrafttræden i 2007 med henblik på at understøtte kommunernes opgaver på forebyggelsesområdet. En af de aktuelle udfordringer for kommuner og regioner er, at vejledningen til sundhedslovens § 119, stk. 3, i høj grad tager udgangspunkt i forholdene forud for kommunalreformens ikrafttræden. Siden har kommunerne arbejdet målrettet med at opbygge kompetencer og tilbud vedrørende den forebyggende indsats, bl.a. har regioner og kommuner i regi af sundhedsaftalerne arbejdet med at bringe den faglige viden i regioner og på sygehuse i anvendelse i kommunerne. Kommunerne har endvidere på anden vis udviklet de sundhedsfaglige kompetencer og iværksat en række tiltag vedrørende den patientrettede forebyggelse, bl.a. i forbindelse med arbejdet med udviklingen og implementeringen af forløbsprogrammer for grupper af kroniske lidelser, ligesom kommunerne har iværksat en række borgerrettede forebyggelsestiltag. Anvendeligheden af den foreliggende udgave af vejledningen til sundhedslovens § 119, stk. 3, er endvidere udfordret af, at anbefalingerne i vejledningen til sundhedslovens § 119, stk. 3 om regionernes forebyggelsesopgaver er forholdsvis løse.

Siden vejledningens udarbejdelse er der sket en stor udvikling i samarbejdet mellem regioner og kommunerne i øvrigt. Det vurderes, at en yderligere målretning og systematisering af rådgivningsforpligtelsen i forhold til behovet i kommunerne kan være med til at øge kvaliteten af kommunernes sundhedstilbud. Samtidig bør modtagersiden i kommunen i højere grad systematisk gøre brug af den viden, der stilles til rådighed.

Det vurderes på den baggrund, at der er behov for, at Sundhedsstyrelsen i samarbejde med regioner og kommuner foretager en revidering af vejledning om regionernes forebyggelsesopgaver, hvor der tages udgangspunkt i kommunernes aktuelle behov for sundhedsfaglig rådgivning, og på de områder, hvor der er størst forbedringspotentiale. Vejledningen bør primært fokuseres på den patientrettede forebyggelse, og særligt på de områder indenfor den patientrettede forebyggelse, hvor kommunerne på den ene side har brug for en styrkelse af de sundhedsfaglige kompetencer, og hvor fagfolk i regionerne på den anden side har solide erfaringer og er i besiddelse af specifik og specialiseret viden, som kan have betydning for kommunernes opgavevaretagelse. Vejledningen bør også komme med anvisninger på, hvordan den konkrete viden kan formidles i den ligeværdige dialog imellem region og kommune, fx som led i det fælles arbejde med udarbejdelse og implementering af forløbsprogrammer for personer med kroniske lidelser, arbejdet med den ældre medicinske patient, ligesom det bør beskrives, hvordan rådgivningsforpligtelsen og formidlingsopgaven naturligt kan indgå som et element i forbindelse med indgåelsen af sundhedsaftalerne.

Større fleksibilitet i forhold til at trække på sundhedsfaglige kompetencer på tværs af sektorer

Afsættet for sundhedsvæsenets organisering bør i højere grad være patientens behov, og sundhedsvæsenets indsats bør struktureres og tilrettelægges herefter. Det er vigtigt, at den overordnede organisatoriske ramme i sundhedsvæsenet er fleksibel i den forstand, at den skal tage højde for dels patientgrupperes forskellige behov, dels at sundhedsvæsenet hele tiden udvikler sig. Fx giver den teknologiske udvikling i form af eksempelvis telemedicin nye muligheder for organisering af patientforløb, herunder for at understøtte øget egenbehandling i hjemmet.

I den forbindelse skal der sikres større fleksibilitet i forhold til at benytte hinandens kompetencer på tværs af sundhedsvæsenet. Den specialiserede viden, der findes i sygehusregi, skal i højere grad bringes i spil i forhold til indsatsen i kommuner og almen praksis. Tilsvarende skal kommunerne i højere grad have adgang til sundhedsfaglige kompetencer i almen praksis. Formålet er at styrke fagligheden og skabe en mere fleksibel

opgavevaretagelse, bl.a. med henblik på at sikre at en stigende andel af behandling og pleje af patienten kan foregå med eget hjem som omdrejningspunkt.

Mulighederne for i højere grad at udveksle erfaringer og gøre brug af sundhedsfaglig ekspertise på tværs af de eksisterende sektorer, og dermed skabe rammer, der af borgerne i højere grad opleves som sammenhængende og integrerede, skal anvendes mere systematisk, end tilfældet er i dag. Det bør fx systematisk overvejes i forbindelse med indgåelse af sundhedsaftaler og når kommuner og regioner udarbejder forløbsprogrammer for patienter med kroniske lidelser, indsatser i forhold til ældre medicinske patienter m.v.

I forlængelse heraf kan der nævnes telemedicinske initiativer, der giver myndigheder mulighed for at dele relevante patientoplysninger på tværs af sektorskel. Et eksempel er telemedicinsk sårvurdering, hvor specialuddannede kommunale hjemmesygeplejersker ved hjælp af mobiltelefoner med kamera, fælles online journaler og tættere koordinering med specialister på sygehuset kan sikre bedre behandling af borgere med komplicerede sår på ben og fødder. Hjemmesygeplejersken kan sende billeder og oplysninger om sårets bredde, infektion mv. direkte fra patientens hjem. Derefter vurderer sårspecialisten på sygehuset informationerne og skriver tilbage til hjemmesygeplejersken.

Hjemmesygeplejersken kan dermed trække på ekspertisen på sygehuset. Det bidrager til at sikre tidlig opsporing af forværringer i såret og forebygger giver bedre behandling, så sårene heler hurtigere. Og patienterne undgår transport til og fra hospitalet. Det betyder øget kvalitet for færre ressourcer.

Fremadrettet kan der for arbejdes med lignende telemedicinske initiativer, der bidrager til at sikre tæt overvågning af patienters helbredstilstand og som dermed kan forebygge forværringer og evt. hospitalsindlæggelser. Eventuelle initiativer skal ligge i forlængelse af den nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin, jf. boks 8.15.

Boks 11.7

Anbefalinger vedrørende tættere samarbejde mellem regioner, kommuner og praksissektor

Udvalget anbefaler:

- At der inden for de eksisterende og aftalte økonomiske rammer på sundhedsområdet prioriteres midler til at finansiere sammenhængende sundhedsløsninger, målrettet patientbehandling, hvor sundhedspersonalet arbejder sammen på tværs af fag- og myndighedsgrænser, herunder særligt personer med kroniske sygdomme og ældre medicinske patienter. Midlerne skal hermed understøtte de indsatsområder, der fastsættes i de (5) nye sundhedsaftaler. Analyserne i nærværende rapport peger i særlig grad på, at løsningerne for eksempel kan have fokus på forebyggelse af visse:
 - Akutte medicinske indlæggelser
 - Medicinske ambulante besøg
 - Genindlæggelser
 - Medicinske korttidsindlæggelser for personer med kronisk sygdom
 - Indlæggelser grundet diffuse symptomer blandt modtagere af kommunal pleje
- At der udarbejdes en generisk model til brug for at dokumentere og kvantificere de kliniske, organisatoriske og økonomiske effekter af tiltag og interventioner ved patientrettet forebyggelse. Tiltag, der for eksempel medvirker til gevinstrealisering på tværs af sektorer, kan herefter udbredes på landsplan.
- At kommuner og regioner i regi af sundhedsaftalerne vurderer de faglige og økonomiske konsekvenser af større fælles samarbejdsprojekter samt den konkrete arbejdsdeling mellem sygehuse, almen praksis og de kommunale sundhedstilbud. Det skal understøtte LEON-princippet og udbrede bedste praksis på tværs af kommuner, regioner og almen praksis.

- At regionernes rådgivningsforpligtelse systematiseres og målrettes kommunernes behov for rådgivning, samt at kommunerne i højere grad forpligtes til at gøre brug af den viden, der stilles til rådighed. Dette foreslås aftalt mellem regioner og kommuner i sundhedsaftalerne. Sundhedsstyrelsens vejledning om regionernes forebyggelsesopgaver skal på den baggrund revideres.
- At der sikres større fleksibilitet i forhold til at benytte hinandens kompetencer på tværs af sundhedsvæsenet, herunder at kommunerne mere systematisk og efter aftale med regionen får mulighed for at trække på de faglige kompetencer i almen praksis og sygehusregi med henblik på at styrke fagligheden og skabe en mere fleksibel opgavevaretagelse blandt andet inden for sygepleje, rehabilitering og genoptræning. Og at almen praksis får bedre adgang til at trække på kompetencerne i sygehusvæsenet.
- At regionerne får øgede planlægnings- og styringsmuligheder i forhold til almen praksis. Det skal i højere grad være muligt for regionen at definere almen praksis' opgaver, som en integreret del af det regionale og kommunale sundhedsvæsen, herunder øget muligheder for opfølgning på, om den enkelte læge leverer de ydelser, der aftales.

Bilag 1. Kommissorium

Kommissorium for udvalg vedr. potentiale for forbedret kommunal forebyggelse

Den økonomiske situation sætter snævre grænser for væksten i de offentlige udgifter. Der skal derfor overalt i den offentlige sektor ske en løbende nytænkning og effektivisering, der kan frigøre ressourcer og sikre et højt serviceniveau og en bedre kvalitet i den offentlige velfærd.

På sygehusområdet pågår et arbejde med at samle den specialiserede behandling på færre sygehuse. Samtidig udvikler sygehusene en række tilbud i form af udgående teams, regionale akut- og sundhedshuse, informations-, uddannelses- og rådgivningsmuligheder til patienter og primærsektoren, telemedicinske løsninger mv.

I den videre udvikling af sundhedsvæsenet er det vigtigt, at kommunernes forebyggelses⁷⁹- og plejeindsats fungerer i samspil med regionernes indsats og bl.a. skal ses i lyset af sygehusvæsenets tilbud, udviklingen i demografi og sygdomsmønster med flere kronikere og flere ældre medicinske patienter, ny og mere skånsom behandlingsteknologi, kortere indlæggelser/accelererede patientforløb og øget ambulant behandling.

Det fremgår bl.a. af Kommunaløkonomisk Sundhedsinformationsgrundlag (KØS), at der er forskelle i kommunernes medfinansieringsudgifter pr. indbygger. Der er et potentiale for at effektivisere indsatsen i kommunerne og dermed bl.a. nedbringe antallet af sygehusbehandlinger.

Blandt andet med henblik på at identificere potentialer for en mere effektiv forebyggelsesindsats på det somatiske område og styrke grundlaget for at dokumentere, sammenligne og analysere kommunernes indsats og udbredelse af de gode eksempler mere systematisk nedsættes et udvalg bestående af repræsentanter fra Danske Regioner, KL, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand), Finansministeriet samt Økonomi- og Indenrigsministeriet.

Udvalget får til opgave:

- a) At redegøre for regelgrundlag mv. for opgaver i den kommunale og regionale forebyggelses- og plejeaktivitet.
- b) At foretage en generel kvantitativ analyse af kommunale forskelle i sundhedsforbruget i det regionale sundhedsvæsen (produktionsværdi, kommunal medfinansiering, udskrivninger og ambulante besøg mv.). Der gennemføres analyser af kommunale forskelle i sundhedsforbruget på udvalgte patientgrupper bl.a. antallet af indlæggelser og genindlæggelser for fx ældre medicinske patienter, kronikere og nyfødte.
- c) På baggrund af analyseresultaterne i (b) analyseres indsatsen i et antal kommuner med henblik på at belyse forskelle i indsatsen, arbejdstilrettelæggelsen, opgavefordeling og samarbejde mellem kommuner og regioner, herunder almen praksis, mv. som forklaringsfaktorer for forskelle i forbruget af

⁷⁹ Både den borgerrettede forebyggelse, som skal medvirke til at forhindre, at sygdom opstår, og den patientrettede forebyggelse, der skal medvirke til at borgere, som har fået konstateret en kronisk sygdom eller en anden sygdom, bliver i stand til at håndtere og leve med deres sygdom, herunder undgå eller begrænse følgerne og komplikationerne af sygdommen.

regionale sundhedsydelser. Analysen skal bl.a. fokusere på relevante indsatser vedr. eksempelvis patientuddannelse og rehabiliteringsforløb, døgndækkende tilbud på sygeplejeområdet, borgerrettede forebyggelsesindsatser osv. Denne delopgave udføres med eksternt bidrag.

- d) Belyse mulighederne for hvorledes resultaterne af det samlede arbejde fremadrettet kan anvendes til at dokumentere og sammenligne kommunernes indsats på sundhedsområdet med henblik på at effektivisere kommunernes indsats yderligere samt udbrede de gode eksempler systematisk. Det kan bl.a. ske via videreudviklingen af KØS.
- e) Overveje snitfladeproblematikker i tilfælde, hvor patienter krydser sektor- og myndighedsgrænser, med afsæt i resultaterne af den kvantitative og kvalitative analyse. I den forbindelse skal der generelt være fokus på sundhedsaftalernes funktion.
- f) Belyse mulighederne for modeller, herunder økonomiske, der inden for sundhedslovens rammer kan styrke og effektivisere samarbejdet mellem kommuner og regioner. Afsættet herfor er, at der ikke etableres parallelle behandlingssystemer, samt at pleje og behandling på laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau (LEON) sikres.

Udvalgets forslag må ikke indebære offentlige merudgifter.

Sekretariatet for udvalgsarbejdet varetages af Finansministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Ekstern bistand vil kunne benyttes til løsning af dele af udvalgets opgave.

Udvalget afrapporterer i foråret 2012 vedrørende punkterne (a-d), mens punktet (e-f) afrapporteres i efteråret 2012. Udvalgets arbejde skal ses i lyset af evalueringen af kommunalreformen og den centrale målsætning om et omkostningseffektivt sundhedsvæsen med sammenhængende patientforløb og effektiv forebyggelse. Udvalgets analyser og overvejelser vil derfor også have karakter af indspil til arbejdet i udvalget vedr. evaluering af kommunalreformen.

Bilag 2. Udvalgets sammensætning

Udvalget vedr. potentiale for forbedret kommunal forebyggelse har været sammensat af følgende:

- Cheføkonom Jan Olsen, KL
- Kontorchef Christian Harsløf, KL
- Cheføkonom Kristian Heunicke, Danske Regioner
- Kontorchef Janet Samuel, Danske Regioner
- Kontorchef Niels Würbler Hansen, Finansministeriet
- Specialkonsulent Stig Nikolaj Skarvig Wessman, Økonomi- og Indenrigsministeriet
- Afdelingschef Svend Særkjær, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (Formand)
- Kontorchef Rasmus Lønborg, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Kontorchef Helle Schnedler, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Der har været nedsat en arbejdsgruppe, som har bistået udvalget med analyser. Arbejdsgruppen har været sammensat af:

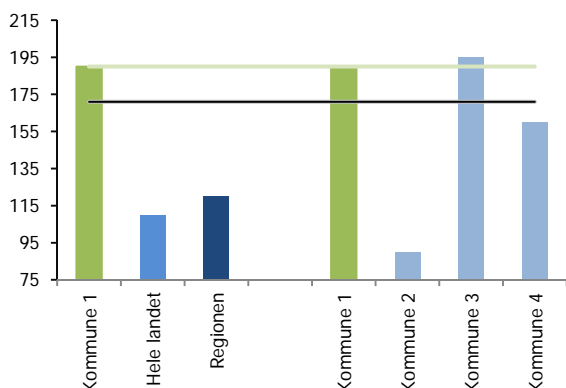
- Chefkonsulent Naja Warrer Iversen, KL
- Seniorkonsulent Mette Ide Davidsen, Danske Regioner (frem til december 2012)
- Konsulent Marie Bussey Rask, Danske Regioner
- Konsulent Birgitte Harboe, Danske Regioner
- Chefkonsulent Merete Rønness, Finansministeriet (frem til april 2012)
- Specialkonsulent Henrik Kjærgaard, Finansministeriet
- Specialkonsulent Vibe Musaeus Madsen, Finansministeriet
- Specialkonsulent Kim Gustavsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (frem til januar 2013)
- Specialkonsulent Jacob Møller Jacobsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (frem til januar 2013)
- Specialkonsulent Sven Erik Bukholt, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Chefkonsulent Lene Brøndum Jensen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (fra januar 2013)
- Fuldmægtig Rasmus Fynbo Aagaard-Jensen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Fuldmægtig Trine Vig Houe, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Kontorchef Rasmus Lønborg, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (Formand)

Sekretariatet for udvalget har været varetaget af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i samarbejde med Finansministeriet.

Bilag 3. Eksempler til fælles opfølgning på målsætninger i sundhedsaftalen

Eksempel - Mål 1

Antallet af u hensigtsmæssige genindlæggelser reduceres

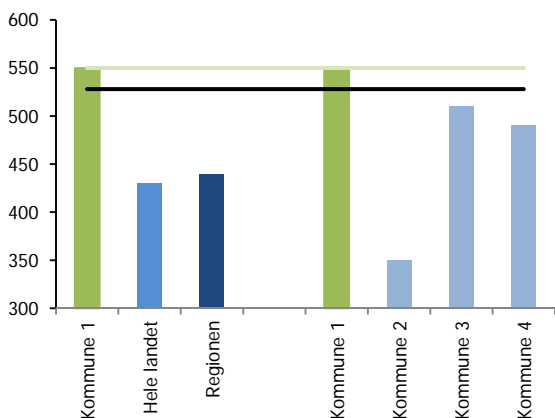


Figur 1: Antal genindlæggelser (inden for 30 dage) pr. 1.000 indbyggere

Eksempel - Målsætning

Reducere antallet af genindlæggelser med x pct.

- Antallet af genindlæggelser i kommune 1 ligger betydeligt højere end landsgennemsnit og regionsgennemsnit.
- Kommune 1 har desuden et højere antal genindlæggelser end de øvrige kommuner i klyngen.

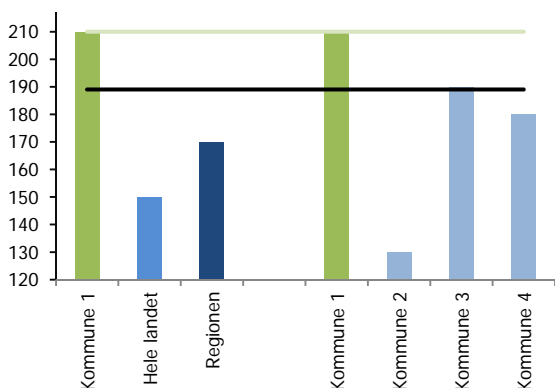


Figur 2: Antal genindlæggelser (inden for 30 dage) pr. 1.000 personer med kronisk sygdom

Eksempel - Målsætning

Reducere antallet af genindlæggelser for personer med kronisk sygdom med x pct.

- Risikoen for genindlæggelse er markant øget for personer med kronisk sygdom.
- Antallet af genindlæggelser blandt kronisk syge i Kommune 1 er højt i forhold til lands- og regionsgennemsnit.



Figur 3: Antal genindlæggelser (inden for 30 dage) pr. 1.000 personer med kronisk sygdom bosiddende på plejehjem eller modtagere af hjemmesygepleje

Eksempel - Målsætning

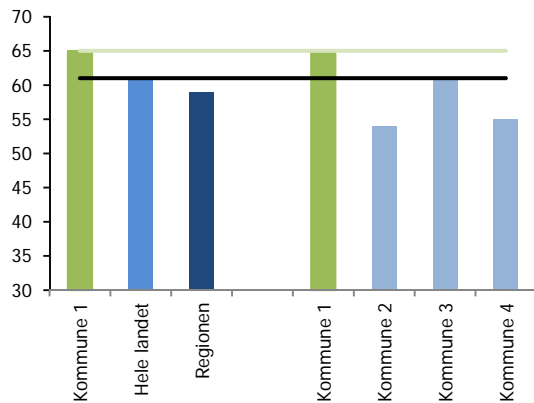
Reducere antallet af genindlæggelser for personer med kronisk sygdom, som er bosiddende på plejehjem eller modtagere af hjemmesygepleje med x pct.

- Som opfølgning på målsætningen om færre genindlæggelser fokuserer kommune 1 indsatsen på genindlæggelser blandt kronisk syge bosiddende på plejehjem samt modtagere af hjemmepleje.

kronisk sygdom, som er bosiddende på plejehjem eller modtager hjemmepleje

Eksempel - Mål 2

Antallet af akutte korttidsindlæggelser reduceres

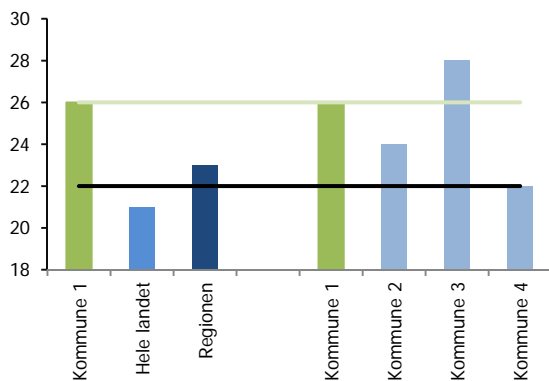


Figur 4: Antal akutte korttidsindlæggelser pr. 1.000 indbyggere

Eksempel - Målsætning

Reducere antallet af akutte korttidsindlæggelser med x pct.

- Antallet af akutte korttidsindlæggelser ligger over landsgennemsnit og regionsgennemsnit.

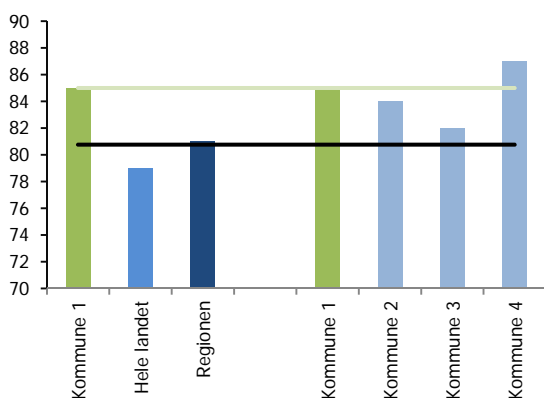


Figur 5: Antal unødvendige akutte korttidsindlæggelser på medicinske afdelinger pr. 1.000 personer

Eksempel - Målsætning

Reducere antallet af unødvendige akutte korttidsindlæggelser på medicinske afdelinger med x pct.

- En del af de akutte korttidsindlæggelser blandt kommunens borgere anses som værende uhenigtsmæssige.



Figur 6: Antal unødvendige akutte korttidsindlæggelser pr. 1.000 personer med kronisk sygdom (65+ årige), som er beboere på plejehjem eller modtagere af hjemmesygepleje

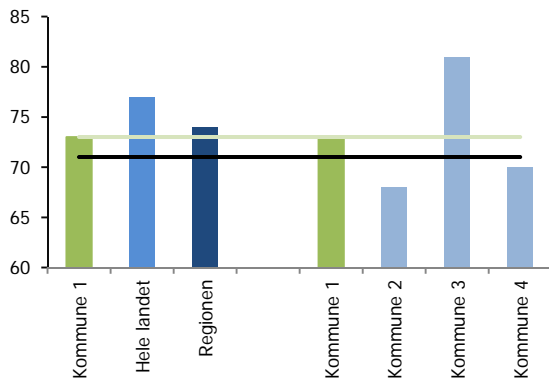
Eksempel - Målsætning

Reducere antallet af unødvendige akutte korttidsindlæggelser blandt ældre personer med kronisk sygdom, som bor på plejehjem eller modtager hjemmesygepleje med x pct.

- Kommune 1 ligger over lands- og regionsgennemsnit for antal unødvendige, akutte korttidsindlæggelser pr. 1.000 personer, som er beboere på plejehjem eller modtagere af hjemmesygepleje.

Eksempel - Mål 3

Antallet af indlæggelser med forebyggelige diagnoser blandt 65+ årige reduceres

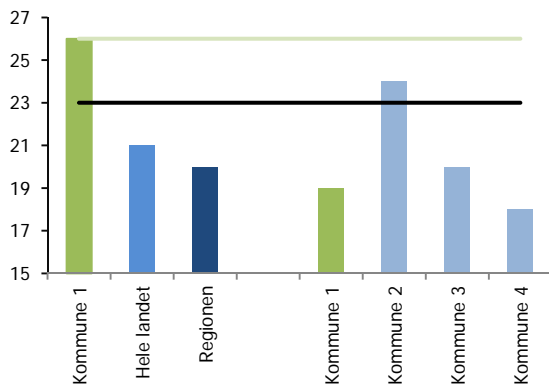


Figur 7: Antallet af indlæggelser med forebyggelige diagnoser pr. 1000 ældre personer (65+ årige) med kronisk sygdom

Eksempel - Målsætning

Reducere antallet af indlæggelser med forebyggelige diagnoser med x pct. for ældre personer (65+ årige) med kronisk sygdom.

- Antallet af indlæggelser med forebyggelige diagnoser blandt ældre personer med kronisk sygdom ligger i kommunen under landsgennemsnittet. Det ligger dog højere end Kommune 2 og 3.

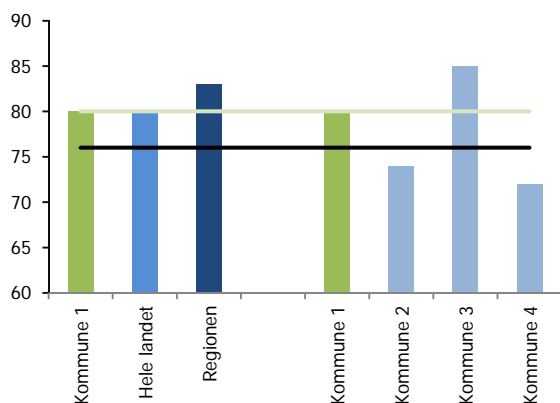


Figur 8: Antal unødvendige indlæggelser på medicinske afdelinger som følge af forebyggelige diagnoser pr. 1000 personer.

Eksempel - Målsætning

Reducere antallet af unødvendige indlæggelser på medicinske afdelinger som følge af forebyggelige diagnoser med x pct.

- Opgørelser kan udarbejdes for specifikke diagnosegrupper, der betragtes som forebyggelige diagnoser.
- I Kommune 1 er antallet af indlæggelser på medicinske afdelinger som følge af forebyggelige diagnoser særligt højt i forhold til landsgennemsnit.



Figur 9: Antal indlæggelser med forebyggelige diagnoser pr. 1000 personer med kronisk sygdom (65+ årige) bosiddende på plejehjem eller modtagere af hjemmesygepleje

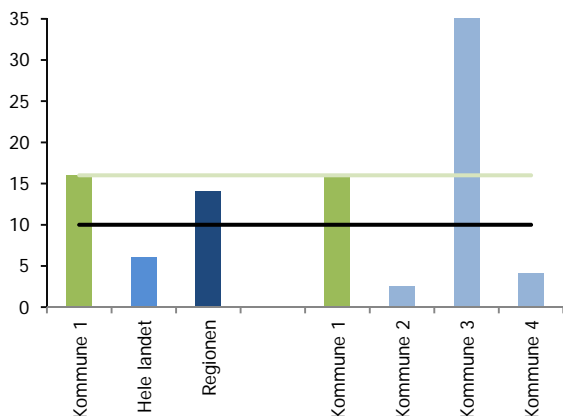
Eksempel - Målsætning

Reducere antallet af indlæggelser med forebyggelige diagnoser med x pct. for ældre personer (65+ årige) med kronisk sygdom, som er bosiddende på plejehjem eller modtagere af hjemmesygepleje.

- Antal indlæggelser med forebyggelige diagnoser blandt ældre personer med kronisk sygdom ligger i Kommune 1 på højde med landsgennemsnit og under regionsgennemsnit for personer bosiddende på plejehjem samt modtagere af hjemmesygepleje.

Eksempel - Mål 4

Antallet af færdigbehandlede patienter på sygehusene reduceres

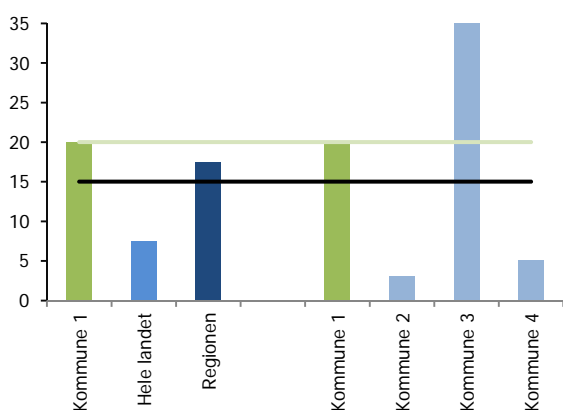


Figur 10: Antal færdigbehandlede dage pr. 1.000 personer.

Eksempel - Målsætning

Reducere antallet af sengedage for indlagte færdigbehandlede patienter med x pct.

- Antallet af sengedage for indlagte færdigbehandlede patienter ligger langt over landsgennemsnit og højere end regionsgennemsnit.
- Ud fra regionsgennemsnit fastlægges målsætning om reduktion på x pct.

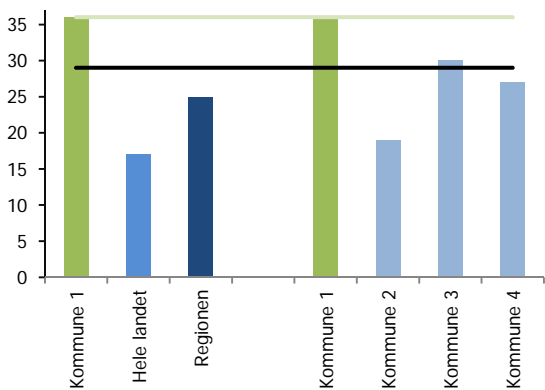


Figur 11: Antal færdigbehandlede patienter pr. 10.000 personer

Eksempel - Målsætning

Reducere antallet af færdigbehandlede patienter med x pct.

- Der er mellem nabokommunerne stor forskel på antal færdigbehandlede patienter. Kommune 1 ligger over lands- og regionsgennemsnit.



Figur 12: Antal færdigbehandlede patienter pr. 10.000 plejehjemsbeboere

Eksempel - Målsætning

Reducere antallet af færdigbehandlede patienter der er plejehjemsbeboere eller modtagere af hjemmesygepleje blandt med x pct.

- Antallet af færdigbehandlede patienter bosiddende på plejehjem ligger markant over landsgennemsnittet.

Bilag 4. Foreløbig afrapportering, juli 2012

Status for udvalgsarbejdet vedr. potentiale for forbedret kommu- nal forebyggelse

Foreløbig afrapportering
Juli 2012

KL
Danske Regioner
Finansministeriet
Økonomi- og Indenrigsministeriet
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Baggrund

Det blev i Økonomiaftalen for 2012 aftalt at igangsætte et analysearbejde med henblik på at identificere potentialer for forbedret kommunal forebyggelse. Således blev der i efteråret 2011 nedsat et udvalg bestående af repræsentanter fra KL, Danske Regioner, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand).

Udvalget fik til opgave at identificere potentialer for en mere effektiv forebyggelsesindsats på det somatiske område samt pege på, hvorledes grundlaget for at dokumentere, sammenligne og analysere kommunernes indsats og udbrede de gode eksempler mere systematisk kan styrkes. Kommissoriet for udvalget kan ses i bilaget.

Nærværende status for udvalgsarbejdet udgør den foreløbige afrapportering i foråret 2012. Afrapporteringen opsummerer de væsentligste foreløbige konklusioner fra de iværksatte analyser. Der afrapporteres endeligt i efteråret 2012.

Foreløbige hovedresultater fra analyserne

De foreløbige analyser har primært bestået af en generel kvantitativ analyse af kommunale forskelle i sundhedsforbruget i det regionale sundhedsvæsen, herunder på områder, hvor potentialet for den kommunale forebyggelsesindsats vurderes at være størst. Her har der været et særligt fokus på ældre medicinske patienter og kronikere mens en nærmere analyse af nyfødte området udestår. Analysen har ligeledes haft fokus på de kommunale kontaktflader til borgerne i forhold til sundhedsindsatsen.

Herefter er indsatsen i kommunerne blevet analyseret primært med udgangspunkt i en kvalitativ analyse af indsatserne i 10 udvalgte kommuner. Endelig er mulighederne for, hvorledes kommunernes indsats yderligere kan effektiviseres gennem dokumentation, bedre analysemuligheder i KØS, sammenligning af indsatser og systematisk udbredelse af de gode eksempler blevet vurderet.

Udvalget har indtil videre ikke forholdt sig til, hvorvidt der er grundlag for at anbefale specifikke indsatser. Der er i forlængelse heraf ikke udarbejdet business cases for specifikke indsatser, dvs. det ikke er afdækket, hvorvidt specifikke indsatser kan anbefales ud fra en bredere økonomisk synsvinkel. Endvidere har udvalget ikke forholdt sig til, hvordan og i hvilket omfang kommunale variationer i det regionale forbrug af sundhedsydelse mest hensigtsmæssigt kan reduceres, herunder hvorvidt dette mest hensigtsmæssigt, ud fra en sundhedsfaglig og økonomisk synsvinkel, sker via indsatser i kommunalt eller regionalt regi. Udvalget har alene analyseret grundlaget for en mere effektiv forebyggelsesindsats i kommunerne, mens regionernes forebyggelsesindsats på sygehusene og i praksissektoren ikke er belyst.

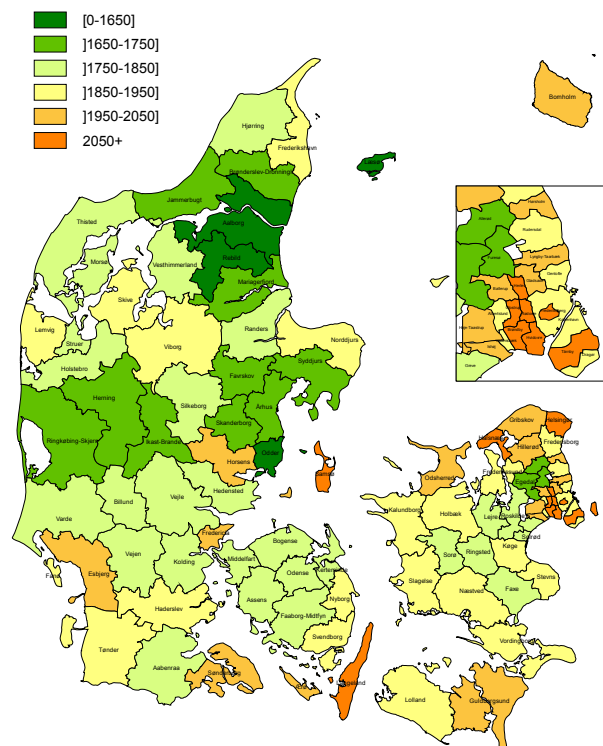
De foreløbige analyseresultater heraf er gengivet nedenfor:

Kvantitative analyser

- Analyserne viser en betydelig variation i borgernes forbrug af regionale sundhedsydelse mellem kommuner på tværs af landet såvel som inden for samme region, *jf. figur 1*. Forskellen mellem kommunerne med de højeste og laveste medfinansieringsudgifter er således på godt 30 pct., svarende til en forskel på mere end 500 kr. pr. indbygger når der er justeret for forskelle i køns- og alderssammensætningen. En del af denne variation skyldes forskelle i borgernes sundhedstilstand, sociale forhold samt udbudsmæssige faktorer.
- Analyserne viser, at der eksisterer en betydelig uforklaret variation, der i et vist omfang vurderes at skyldes forskelle i kommunernes forebyggelses-, pleje- og sundhedsfremmende indsatser, herunder forskelle i samarbejdet med det regionale sygehusvæsen og almen praksis.

- Forskellen i kommunernes udgifter kan som beregningseksempel illustreres ved, at kommunernes udgifter til medfinansiering isoleret set ville være knap 800 mio. kr. lavere, hvis borgere i alle kommuner med et højere sundhedsforbrug pr. indbygger end kommunen med de 40. laveste medfinansieringsudgifter – standardiseret for køn og alder – fik nedbragt borgernes sundhedsforbrug (og dermed medfinansieringsudgifter) til dette niveau. En sådan reduktion i det regionale sundhedsforbrug ville alt andet lige beregningsteknisk indebære en reduktion af produktionsværdien i sygehusvæsenet og praksissektoren på samlet set omkring 3,2 mia. kr.
- Variationen opleves i alle typer af forbrug – indlæggelser og ambulante besøg varierer med godt 40 pct. på tværs af kommuner, mens forbruget af ydelser i praksissektoren varierer med omkring 25 pct. For tre udvalgte indikatorer, der vurderes at være særlig relevante for kommunernes forebyggelsesindsats, er forskellen særlig markant: *udvalgte forebyggelige indlæggelser*, *genindlæggelser* og *korttidsindlæggelser*. Hyppigheden af disse tre indlæggelsestyper varierer med i størrelsesordenen 66 til 200 pct.

Figur 1. Kommunal medfinansiering fordelt på kommuner, kr. pr. indbygger, år 2010.



- Særligt genindlæggelsesfrekvensen varierer betydeligt mellem kommunerne, ligesom der observeres en særligt høj andel blandt kommunerne på Fyn samt i Hillerød-området, herunder en tydelig overhyppighed af genindlæggelser inden for de første fire dage. For eksempel genindlægges mere end 10 pct. af patienterne i Svendborg og Hillerød kommuner, mens genindlæggelsesfrekvensen er mindre end 5 pct. i Aalborg og Herlev kommuner.
- Analyserne peger endvidere på en række konkrete fokusområder for den kommunale forebyggelse, hvor der vurderes at være et særligt potentiale for en mere effektiv forebyggelsesindsats i kommunerne. Det handler særligt om de ældre medicinske patienter og visse kronikergrupper (personer med diabetes, hjertekarsygdomme, kroniske lungesygdomme og muskel-skeletsygdomme), der samlet set står for en væsentlig del af forbruget i det regionale sundhedsvæsen. Der er ca. 1 mio. borgere med en eller flere af fire

kroniske sygdomme svarende til hver fjerde voksne dansker, jf. *tabel 1*. Omkring hver fjerde kroniker har mere end en kronisk sygdom. Omkring 100.000 danskere er ældre medicinske patienter, hvor af hovedparten har en eller flere kroniske sygdomme.

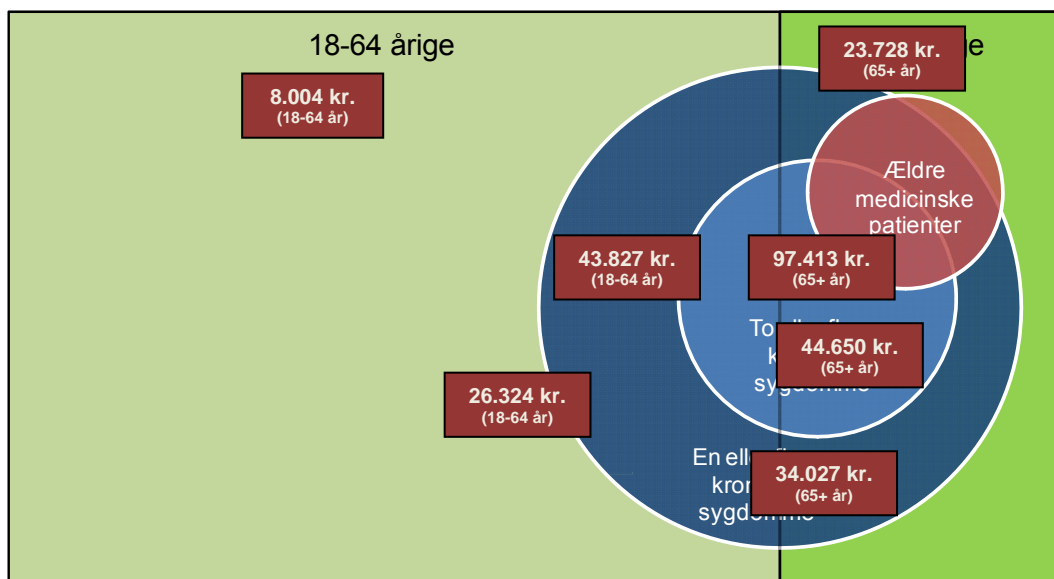
Tabel 1. Regionale sundhedsudgifter til borgere med kronisk sygdom og ældre medicinske patienter samt, år 2010.

	Antal tusinde personer (pct. af indbyggere)	Regionale sundhedsudgifter, mia. kr. (pct. af samlet udgift)	Antal tusinde personer (pct. af aldersgruppens indbyggere)	Regionale sundhedsudgifter, mia. kr. (pct. af aldersgruppens udgifter)
	<i>Personer på 18 år eller derover</i>		<i>Personer på 65 år eller derover</i>	
Personer med kroniske sygdomme	1.029 (23,8)	31,1 (48,8)	524 (57,0)	17,8 (65,6)
- heraf med én kronisk sygdom	757 (17,5)	19,0 (29,9)	340 (37,0)	9,6 (35,3)
- heraf med to eller flere kroniske sygdomme	272 (6,3)	12,1 (18,9)	184 (20,0)	8,2 (30,2)
Ældre medicinske patienter	103 (2,4)	10,0 (15,7)	103 (11,2)	10,0 (36,8)

Anm.: Andele i parentes er beregnet med udgangspunkt i aldersgruppens størrelse hhv. samlede medfinansieringsudgift. De regionale sundhedsudgifter er opgjort som produktionsværdien af somatisk behandling på sygehusene samt bruttohonoraret ved somatisk behandling i praksissektoren.

- Forbruget af sundhedsydelser blandt kronikere og ældre medicinske patienter er højere end for den øvrige befolkning, jf. *figur 2*. De gennemsnitlige sundhedsudgifter til kronikere under 65 år (26.324 kr.) er mere end tre gange højere end for den resterende befolkning under 65 år (8.004 kr.), mens udgifterne til personer under 65 år med mere end en kronisk sygdom er endnu højere (43.827 kr.). For ældre personer (65+ årige) med kronisk sygdom (34.027 kr.) er sundhedsudgifterne godt 1½ gange højere end for ældre personer uden (23.728 kr.), mens sundhedsudgifterne for de godt 100.000 ældre medicinske patienter er næsten 100.000 kr. pr. person.
- Mens de ældre (65+ årige) kronikere kun udgør omkring 10 pct. af befolkningen forekommer omkring 30 pct. af alle *udvalgte forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser* hos denne patientgruppe.

Figur 2. Gennemsnitlige regionale sundhedsudgifter for kronikere og ældre medicinske patienter, år 2010.



Anm.: Figuren tilstræber at illustrere de udvalgte grupper i det rigtige størrelsesforhold, men ikke fuldstændigt nøjagtigt. De regionale sundhedsudgifter er opgjort som produktionsværdien af somatisk behandling på sygehusene samt bruttohonoraret ved somatisk behandling i praksissektoren.

- Ligesom for befolkningen generelt observeres en væsentlig variation i sundhedsforbruget på tværs af landet for ældre medicinske patienter og kronikere. Kommunerne i mellem varierer de gennemsnitlige sundhedsudgifter med ca. 40 pct. fra knapt 25.000 til 35.000 kr. pr. kroniker. Denne forskel dækker særligt over variationer i andelen af kronikere, der er i kontakt med sygehuset samt antallet af ambulante besøg pr. kroniker.
- På baggrund af analyserne og de observerede variationer fremstår det, at der er et potentiale for kommunerne ift. at nedbringe borgernes forbrug af sygehjælp gennem den kommunale forebyggelses- og plejeindsats. Dette potentiale ses særligt i gruppen af ældre medicinske patienter og hos personer med kronisk sygdom.
- Kommunerne har størst mulighed for at sætte ind de steder, hvor de har en sundhedsrelateret kontaktflade til borgerne. De væsentligste sundhedsrelaterede kontaktflader vurderes at være den kommunale hjemmesygepleje, ældrepleje og -omsorg herunder de kommunale plejecentre samt sociale dag- og døgntilbud handicappede og socialt udsatte.
- Analyser af 10 udvalgte kommuner viser, at borgere på plejecentre samt modtagere af personlig pleje i eget hjem udgør ca. 2,4 pct. af borgerne, jf. *tabel 2* (på næste side). Denne borgergruppes træk på det somatiske sundhedsvæsen udgør 11,2 pct. af det samlede træk. Inkluderes hjemmeplejens praktiske bistand, der dog vurderes at have mindre sundhedsfaglig relevans, bliver de tilsvarende tal henholdsvis 4,5 pct. og 18 pct. Omkring 90 pct. af alle borgere har kontakt til almen praksis, mens godt 40 pct. har kontakt til det regionale sygehusvæsen.
- Grupperne af borgere på plejecentre og modtagere af personlig pleje i eget hjem har begge et højere sundhedsforbrug end ældre borgere i almindelighed. Kommunen har via disse indsatser kontakt med omkring 45 pct. af de ældre (65+ årige), der indlægges med en forebyggelig diagnose og mere end 40 pct. af de ældre, der genindlægges. Det vurderes, at der er et særligt potentiale for målrettede kommunale indsatser ift. borgere på plejecentre og modtagere af personlig pleje i eget hjem.
- Sundhedsforbruget blandt ældre på plejecentre (30.948 kr.) er væsentligt lavere end borgergruppen, der modtager personlig pleje i eget hjem (61.503 kr.). Det skyldes, at modtagere af personlig pleje indlægges omkring to gange hyppigere og antallet af ambulante besøg er omkring 2½ gange højere end hos borgere på plejecentre. Endeligt er antallet af ambulante besøg for borgere på plejecentrene omkring en tredjedel lavere end for den samlede ældre befolkning. Der er således en betydelig forskel i sundhedsforbrug blandt de to grupper, som ikke umiddelbart kan forklares af gruppernes sygelighed og funktionsniveau. Dette kan indikere, at den tætte pleje og omsorg, der finder sted på plejecentrene, medvirker til at reducere borgernes sundhedsforbrug i det regionale sundhedsvæsen. Udvalget arbejder videre på at analysere dette nærmere. Det skal bemærkes, at analysen ser isoleret på det regionale sundhedsforbrug og ikke tager højde for de samlede samfundsøkonomiske udgifter ved pleje i eget hjem kontra på plejecentre.

Tabel 2. Regionalt sundhedsforbrug blandt modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser – 10 udvalgte kommuner

	Gruppens størrelse, som pct. af den samlede befolkning	Gruppens sundhedsudgifter som pct. af de samlede sundhedsudgifter	Regionale sundhedsudgifter pr. person	Antal indlæggelser pr. 1000 personer	Antal ambulante besøg pr. 1000 personer
<i>Reference</i>					
Hele befolkningen	100,0	100,0	11.724	194	1.148
Indbyggere på 65 år eller derover	16,8	35,7	24.917	377	2.258

Modtagere af varige kommunale pleje- og omsorgsydelser

Borgere på plejecentre	0,6	1,5	30.948	605	1.558
Modtagere af personlig pleje (og evt. praktisk hjælp) i eget hjem	1,8	9,7	61.503	1.072	3.975
Modtagere af praktisk hjælp i eget hjem (men ingen personlig pleje)	2,1	6,6	37.420	592	3.341

Anm.: De 10 udvalgte kommuner er: Furesø, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Vordingborg, Esbjerg, Kerteminde, Odder, Viborg og Aalborg kommuner. Ydelserne er klassificeret således, at modtagerne kun tælles med i én gruppe. Modtagere med flere ydelser forsøges først henført til plejecentre, dernæst personlig pleje i eget hjem og endelig praktisk hjælp i eget hjem. De regionale sundhedsudgifter er opgjort som produktionsværdien af somatisk behandling på sygehuse samt bruttohonoraret ved somatisk behandling i praksissektoren.

Analyse af indsatser (kvalitativ analyse)

- Analysen viser, at alle kommuner arbejder med at forebygge indlæggelser og genindlæggelser. De konkrete indsatser og intensiteten heraf varierer på tværs af kommunerne.
- Analysen viser grundlæggende, at der mangler evidensbaserede evalueringer af, hvad der virker og hvad der virker godt, og dermed hvilke typer indsatser kommunerne skal fokusere på for at opnå den største effekt.
- De områder, hvor der eksisterer evidens for effekt peger på indsatser som opfølgende hjemmebesøg, følge-hjem-ordninger og visse telemedicinske tiltag, der typisk gennemføres i samarbejde med regionerne.
- COWI har baseret på interviews med kommuner, sygehuse og regioner gennemført en kvalitativ analyse af forebyggelsesindsatsen i 10 udvalgte kommuner (Furesø, Hillerød, Hvidovre, Holbæk, Vordingborg, Esbjerg, Kerteminde, Odder, Viborg og Aalborg kommuner). COWI's analyse peger på en række indsatser, der kan have potentiale i forhold til at reducere borgernes sundhedsforbrug i det regionale sundhedsvæsen. I COWI's analyse peges på, at der er dokumentation for effekten af opfølgende hjemmebesøg og følge-hjem-ordninger. Herudover vurderer COWI på baggrund af deres kvalitative analyse, at følgende kommunale indsatser har "størst potentiale" for at forebygge indlæggelser og ambulante kontakter: dialog og samarbejde mellem hjemmepleje og hjemmesygepleje, kompetenceudvikling af frontpersonale, akutindsatser og opfølgende hjemmebesøg. Hertil kommer følgende tiltag, som efter COWI's vurdering har et "mellemløst potentiale": faldforebyggelse, indsatser vedr. medicin håndtering, telemedicinske initiativer, diagnoserettede tilbud, genoptræning og vedligeholdende træning samt udskrivningskoordinatorer og fremskudt visitation. Der er ikke foretaget en ekstern sundhedsfaglig eller evidensbaseret vurdering heraf.
- Det har ikke været muligt at afdække en klar sammenhæng mellem de kvantitative resultater og de kvalitative resultater. Det observeres dog, at flere kommuner, som ifølge COWI, har en høj indsatsintensitet i forhold til kronikere og ældre medicinske patienter tilsvarende har relativt lave sundhedsudgifter hertil ligesom flere kommuner med en lav indsatsintensitet har relativt høje sundhedsudgifter til kronikere.

Dokumentation af kommunale indsatser

- Dokumentationen af kommunale indsatser er kommet i større fokus i takt med, at kommunerne har fået flere opgaver på sundhedsområdet. Der er behov for at kommunerne arbejder mere systematisk med at dokumentere og evaluere de kommunale indsatser.
- Dokumentation af aktiviteten i det regionale sundhedsvæsen og tilgængelighed af informationer er et væsentligt grundlag for planlægning og styring af kommunale sundhedsindsatser. Ligeledes er informationer om kommunale indsatser relevante for regionerne i forhold til blandt andet at sikre en højere kvalitet i regionernes forebyggelse og behandling.

- Det vurderes, at et stort potentiale for bedre viden om indsatser og systematisk udbredelse af de gode eksempler kan indfries gennem øget gennemsigtighed og formidling af relevant viden via en central platform, der er tilgængelig for alle relevante aktører på sundhedsområdet
- For at sikre fremtidig mulighed for at kunne belyse sammenhæng, patientforløb og kvalitet på tværs af regionale og kommunale tilbud, skal der arbejdes for større deling af relevant dokumentation om de forskellige indsatser mellem de relevante aktører. Relevant information bør samles nationalt og systematisk videreformidles til relevante parter.
- eSundhed/KØS udgør i dag den centrale platform for videreformidling af sundhedsinformation. Der er dog en række udfordringer for kommunerne i forhold til at benytte denne platform som et grundlag for ledelsesinformation. I forhold til at styrke denne platform er der behov for fremadrettet at arbejde videre med:
 - o at udbygge brugervenligheden og funktionaliteten i systemet således at de rette informationer er mere tilgængelige, herunder bl.a. etablering af en række relevante standardrapporter på forskellige områder
 - o at sikre at potentialet i eSundhed/KØS udnyttes bedre ved at inddrage oplysninger, der understøtter en styrket sammenhæng mellem sundhedsindsatsen i kommunerne og de øvrige kommunale indsatser, herunder at der forsat arbejdes for tilføjelse af nye datakilder såsom beskæftigelsesdata (DREAM), kommunale plejedata (EOJ) samt markører for borgere der bor på plejcentre og personer med kronisk sygdom.

Det videre arbejde

Udvalget arbejder videre med analyserne og vil herudover fokusere på følgende to områder, jf. kommissoriet.

- a) *"Der overvejes snitfladeproblematikker i tilfælde, hvor patienter krydser sektor- og myndighedsgrænser, med afsæt i resultaterne af den kvantitative og kvalitative analyse. I den forbindelse skal der generelt være fokus på sundhedsaftalernes funktion"*
- b) *"Belyse mulighederne for modeller, herunder økonomiske, der inden for sundhedslovens rammer kan styrke og effektivisere samarbejdet mellem kommuner og regioner. Afsættet herfor er, at der ikke etableres parallelle behandlingssystemer, samt at pleje og behandling på laveste, effektive omsorgs- og behandlingsniveau (LEON) sikres"*

Resultaterne af udvalgets endelige afrapportering i efteråret 2012 vil pege på de områder, hvor der er størst potentiale for en forbedret kommunal forebyggelse. Dermed kan resultaterne være med til at pege på, hvorledes sundheds- og plejeindsatser fremadrettet kan tilrettelægges og prioriteres for at opnå de bedste resultater.

Litteraturliste

Ahgren B. og Axelsson R. (2005): *Evaluating integrated health care: a model for measurement*. International Journal of Integrated Care, 5: 1-9.

Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (2011): *Patientrettet forebyggelse i kommunerne 2011*.

COWI (2012): *Kvalitativ analyse af potentialet for forbedret kommunal forebyggelse af sygehuskontakt*.

Danske Regioner og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2011): *Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser*.

Dansk Sundhedsinstitut (2009): *Den kroniske patient – nærbilleder af livet med kronisk sygdom*.

Dansk Sundhedsinstitut (2011): *Forebyggelse af indlæggelser. Oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer og effekter*.

Dansk Sundhedsinstitut (2012a): *Patientrettet forebyggelse*.

Dansk Sundhedsinstitut (2012b): *Midtvejsevaluering af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland*.

Goodwin, N. et al. (2004): *Managing Across Diverse Networks of Care: Lessons from Other Sectors*. Health Services Management Centre, University of Birmingham.

Gribskov Kommune, Frederikssund Kommune, Halsnæs Kommune, Hillerød Kommune, Frederikssund Hospital og Hillerød Hospital (2012): *Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser*.

Gröne O. & Garcia-Barbero, M. (2002): *Trends in integrated care—Reflections on conceptual issues*. EUR/02/5037864. Copenhagen: World Health Organisation (WHO).

Hendriksen, C. (1985): *Rødovreprojektet: en 3-årig ældreundersøgelse*. Rødovre: Social- og Sundhedsforvaltningen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2011): *Kommunal udligning og generelle tilskud 2012, juli 2011*.

Jakobsen, H.N. et al. (2007): *Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus - en medicinsk teknologivurdering*, Enheden for Medicinsk Teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen

KL (2011): *Udfordringsrapport – fremtidens hjemmesygepleje*.

KL (2012): *Fredagseffekt - en analyse af udskrivningstidspunktets betydning for patientens genindlæggelse*.

Leutz, W. (1999): *Five laws for integrating medical and social care: lessons from the US and UK*. The Milbank Memorial Fund Quarterly 77(1): 77-110.

Medcom.dk (2012): *Kommunestatistik for juni, juli og august 2012*.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008): *Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen*.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Social- og Integrationsministeriet, Beskæftigelsesministeriet samt Ministeriet for Børn og Undervisning (2011): *Vejledning om kommunal rehabilitering, juni 2011*.

Momentum (2013): *Kommuner søger tættere samarbejde med sygehuse*, 14. januar 2013.

Nolte E. og McKee M. (2008): *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. Open University Press/McGraw Hill Education.

Oxholm, A.S. og Kjellberg, J. (2011): *Erfaringer med opfølgende hjemmebesøg - Delrapport fra Vestklyngen i Region Midtjylland*. DSI.

Sundhedsstyrelsen (2005): *Terminologi – Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*.

Sundhedsstyrelsen (2009a): *Genindlæggelser af ældre i Danmark 2008*.

Sundhedsstyrelsen (2009b): *Patientuddannelse - en medicinsk teknologivurdering*.

Sundhedsstyrelsen (2009c): *Regionernes forebyggelsesopgaver – en vejledning til sundhedslovens § 119, stk. 3*.

Sundhedsstyrelsen (2011a): *Evaluering af sundhedsaftalerne – sammenhæng og perspektivering*.

Sundhedsstyrelsen (2011b): *Monitorering af kronisk sygdom*.

Sundhedsstyrelsen (2011c): *Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan*.

Trygfondens forebyggelsescenter (2011): *Patientrettet forebyggelse i kommunerne – en kortlægning af patientrettede forebyggelsestilbud (rehabilitering) til borgere med type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdom og kronisk obstruktiv lungesygdom i alle danske kommuner*.