



## Anbefalinger og mål for det nære sundhedsvæsen

Der er i juni 2017 udkommet 2 rapporter vedrørende mål og anbefalinger omkring det nære sundhedsvæsen. Dette notat sammenfatter de anbefalinger, som kan få betydning for Ishøj Kommunes arbejde i det nære sundhedsvæsen. Notatet indeholder også opgørelse over Ishøj Kommunes placering i forhold til en række indikatorer under de 8 nationale mål for sundhedsvæsenet.

### De kommunale udfordringer

Den demografiske udvikling lægger et pres på den offentlige sektor. I 2025 forventes der i Danmark at være 49 pct. flere ældre over 74 år, end der var i 2015. I Ishøj Kommune forventes der en stigning på 5,7 pct. for aldersgruppen 65-74 år og en stigning på 71,6 pct. for de 80+ år i perioden 2016 – 2024. Samtidig skønnes det, at der i 2025 vil være 60 pct. flere borgere med de mest udbredte kroniske sygdomme, i forhold til i 2013. Den gennemsnitlige indlæggelsestid er faldende<sup>1</sup> og kommunen har fået og får stadigvæk flere og mere komplekse opgaver på sundhedsområdet. Dette betyder øget behov for medicinsk og mere specialiserende rådgivning fra sygehusene samt et øgede krav til kapacitet og dermed stigende udgifter til kommunen.

### Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen<sup>2</sup>

Der er udarbejdet 20 anbefalinger til det nære og sammenhængende sundhedsvæsen af et udvalg bestående af KL, Danske Regioner og staten. Rapporten 'Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen' kan læses her:

[http://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sygehusvaesen/2017/Juni/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2017/Sammenhaenge-naere-sundhedsvaesen/Afrap-naere-sammenhaengen-sundsvaesen-juni-2017.ashx](http://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sygehusvaesen/2017/Juni/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2017/Sammenhaenge-naere-sundhedsvaesen/Afrap-naere-sammenhaengen-sundsvaesen-juni-2017.ashx). Udvalget har fokuseret på følgende målgrupper: den ældre medicinske patient<sup>3</sup>, patienter med kroniske sygdomme og mennesker med psykiske lidelser (herunder samtidigt misbrug<sup>4</sup>).

Anbefalingerne bygger bl.a. på LEON-princippet<sup>5</sup>. Det betyder, at indsatser skal tilbydes i patientens nærmiljø, når det er fagligt og økonomisk begrundet. LEON-princippet er grundlæggende for sundhedsvæsenets mulighed for at understøtte patientens mestring af egen sygdom. En forudsætning for princippet er, at ressourcerne anvendes der, hvor de bidrager mest muligt til at styrke patientens sundhed, forebygger forværring af sygdom og tab af funktionsevne.

### Bedre samarbejde mellem sygehuse, kommuner og praksissektor

Udvalget anbefaler, at der skal afprøves integrerede samarbejdsmodeller imellem kommuner og regioner, f.eks. samling af indsatser og gensidig videns og kompetenceudvikling, øget rådgivningsmuligheder mv.

### Håndtering af hjælpemidler og behandlingsredskaber

Udvalget anbefaler, at der skal skabes større klarhed over hvornår kommunen er ansvarlig for leveringen og hvornår sygehuset er ansvarligt.

<sup>1</sup> Den gennemsnitlige indlæggelsestid på sygehusene er faldet fra 4,1 – 3,4 dage fra 2009 – 2015.

<sup>2</sup> Det nære og sammenhængende sundhedsvæsen er de indsatser som borgeren tilbydes i eget hjem eller i deres nære omgivelser og omhandler både indsatser leveret af kommunen og regionen. Det kan dermed både være forskellige kommunale sundhedstilbud, ydelser i praksissektoren og funktioner dækket af sygehusene.

<sup>3</sup> Gruppen af ældre medicinske patienter er en bred gruppe, som har forskellige behov og forløb i sundhedsvæsenet. Ældre medicinske patienter er defineret ved deres alder og diagnoser, men også ved en række andre forhold, der samlet set betyder, at de nogle gange har samtidige, tværfaglige og tværsektorielle forløb. I 2015 var der omkring 140.000 borgere på landsplan, som kunne kategoriseres som ældre medicinske patienter. Dette svarer til omkring 13 pct. af borgerne over 65 år.

<sup>4</sup> Også omtalt som dobbeltdiagnosticerede.

<sup>5</sup> LEON-princippet = Laveste, Effektive, Omsorgs- og Behandlings-niveau

## **Fokus på somatisk sygdom hos mennesker med psykiske lidelser og kognitiv funktionsnedsættelse**

Der er en markant overdødelighed blandt psykisk syge og socialt udsatte borgere<sup>6</sup>. Udvalget anbefaler, at vi som kommune skal have fokus på, at forebygge, opspore og reagere på somatisk sygdom hos denne borgergruppe.

## **Forløbskoordination**

I overgangen mellem sygehus og kommunale sundhedsindsatser er forløbskoordination vigtig, og kan være med til at forebygge indlæggelser. Udvalget anbefaler derfor, at vi som kommune skal være med til at sikre, at der er aftaler om forløbskoordination for relevante patienter.

## **Indsatser for mennesker med psykiske lidelser, herunder samtidig misbrug**

Udvalget anbefaler at brugen af planer skal forbedres for at sikre koordination af indsatser i henholdsvis den regionale psykiatri og kommunale indsatser. Det betyder bl.a. at vi som kommune skal kunne foreslå, at der udarbejdes udskrivningsaftale eller koordinationsplan, når f.eks. en borger udskrives fra psykiatrisk sygehus. Det anbefales samtidig, at den regionale psykiatri får ansvaret for misbrugsbehandlingen for en mindre del af de dobbeltdiagnosticerede patienter.

## **Rette kompetencer til rette opgaver**

Udvalget anbefaler at sundhedsaftalesystemet fornyes, for at sikre bedre rammer for forpligtende aftaler om opgaver på tværs af sygehuse, kommune og almen praksis. Det betyder, at der skal skabes større klarheder over hvilke opgaver henholdsvis de regionale udgående funktioner og kommunale indsatser varetager. Derudover anbefales det, at kadencen for indsendelse af sundhedsaftalerne skal ændres, således at disse skal indsendes senest 1. juli i kommunalbestyrelsernes og regionsrådets valgperiodes andet år. Det vil sige, at der lægges op til at de næste sundhedsaftaler skal indsendes til Sundhedsstyrelsen den 1. juli 2019, frem for januar 2019.

## **Benyttelse af medhjælp i sygeplejefaglige opgaver i kommunen**

Udvalget anbefaler at reglerne understøtter klare og fleksible rammer og tydeligt ansvar, hvilket ikke vurderes at være tilfældet for de eksisterende regler. En autoriserede sundhedsperson, f.eks. en læge, kan bemyndige en medhjælp til at udføre sundhedsfaglige opgaver, eks. udlevering af medicin til en patient på et plejehjem.

## **Hjemmesygeplejens centrale rolle**

Kvaliteten i den kommunale hjemmesygepleje, som ydes til borgere, der f.eks. udskrives med forsat behov for sygepleje, afhænger af et tæt samarbejde både med sygehusene og med borgerens praktiserende læge, hvilket ikke afspejles i nuværende beskrivelse af hjemmesygeplejens opgaver. Udvalget anbefaler derfor en modernisering af bekendtgørelsen og vejledningen, således at alle parter bliver opmærksomme på forpligtelsen af samarbejdet.

## **Rådgivning til kommunen**

En større del af opgaverne vedr. kronisk syge borgere og ældre medicinske patienter vil fremover varetages udenfor sygehusene. Det kræver et tæt samspil imellem sygehus, almen praksis og kommunale sundhedstilbud. Det anbefales derfor, at sygehusene i højere grad skal understøtte kommunen med specialrådgivning, både generelt og i forhold til konkrete patienter. Det anbefales også, at kommunen skal have nemmere adgang til rådgivning fra almen praksis.

---

<sup>6</sup> I 2009 var den gennemsnitlige levealder i Danmark 22 år lavere blandt udsatte borgere, 57 år mod 79 år. Sandø N. et.al. Sundhedstilbud til socialt udsatte borgere, Sundhedsstyrelsen, 2013. Denne overdødelighed skyldes en kombination af flere forskellige faktorer, hvorfor det kræves en flerstrengt og bred indsats, at reducere denne overdødelighed.

## Kompetenceløft

Udvalget vurderer, at der er behov for at løfte kompetencerne hos det eksisterende sundhedspersonale i både kommuner, almen praksis og sygehuse. I kommunen betyder det et særligt fokus på at styrke social og sundhedshjælpere og – assistenters handlekompetencer og at sygeplejersker i den kommunale hjemmesygepleje skal have øgede kompetencer i forhold til tidlig opsporing og håndtering af mere komplekse sygeplejefaglige opgaver, især i forhold til patienter med flere kroniske sygdomme (multisygdom). Det anbefales ligeledes, at der skal etableres en specialuddannelse til en mindre gruppe sygeplejersker i kommunen – med fokus på tværsektorielle forløb. Dette for at understøtte en funktion som formidler og bindeled imellem kommunen, almen praksis og sygehus.

## Ensartet kvalitet i kommunale sundhedstilbud

Udvalget anbefaler, at Sundhedsstyrelsen udarbejder en national model for kvalitetsplanlægningen for at sikre bedre kvalitet og mere ensartede tilbud. For kommunen betyder det, at der bliver udarbejdet konkrete anbefalinger for de kommunale sundhedsopgaver, forebyggelses- og rehabiliterings-indsatser. Anbefalingerne skal beskrive både tilrettelæggelse og indhold, kompetencer, samarbejde og kapacitet mv. i forhold til den givne indsats.

## Effektive indsatser for dobbeltdiagnosticerede

Udvalget anbefaler, at vi som kommune skal være med til at øge viden igennem erfaringsopsamling på området.

## Børn og unge med psykiske udfordringer

I de seneste år har der været en stigning i antallet af børn og unge der mistrives og har psykiske udfordringer. Det anbefales, at det tværsektorielle samarbejde imellem kommunen, uddannelsesområdet, praksissektoren og den regionale psykiatri omkring børn og unge med psykiske udfordringer styrkes. Der skal skabes større viden på området, og regionen skal understøtte bl.a. kommunale indsatser med relevant rådgivning.

## Telemedicinske løsninger

Udvalget anbefaler at kommunen skal være med til at afprøve og samarbejde omkring implementeringen af telemedicinske løsninger.

## Adgang og deling af relevante oplysninger på tværs

Udvalget anbefaler at sundhedspersoner skal have adgang til relevante oplysninger på tværs af sygehus, kommunale sundhedstilbud og praksissektor. Det anbefales, at vi som kommune skal udvikle strukturerede data, som kan skabe gennemsigtighed og anvendes til det sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

## Nationale mål for Sundhedsvæsenet

De 8 nationale mål for sundhedsvæsenet blev lanceret for et år siden med det formål at styrke kvaliteten og patientsikkerheden, og blev til i en politisk aftale imellem Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og KL. De nationale mål for sundhedsvæsenet er en del af det nationale kvalitetsprogram. De 8 nationale mål:

Bedre sammenhængende patientforløb	Styrket indsats for kronikere og ældre patienter	Forbedret overlevelse og patientsikkerhed	Behandling af høj kvalitet	Hurtig udredning og behandling	Øget patientinddragelse	Flere sunde leveår	Mere effektivt sundhedsvæsen
------------------------------------	--	---	----------------------------	--------------------------------	-------------------------	--------------------	------------------------------

Den 22. juni 2017 udkom opgørelsen 'Nationale mål for sundhedsvæsenet 2017' og indeholder blandt andet en status over kommuner og regioners placering i forhold til udvalgte indikatorer inden for de 8 nationale mål. Hele rapporten kan læses her:

<http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2017/Juni/~media/Filer%20-%20dokumenter/Nationale-maal-23062017/Nationale-Maal-2017-juni-2017.ashx>

Nedenstående tabel viser udviklingen fra 2015 – 2016 i Ishøj Kommune på en række udvalgte indikatorer inden for de 8 nationale mål for sundhedsvæsenet. Til sammenligning er landsgennemsnittet samt gennemsnittet for Region Hovedstaden medregnet. Hvordan øvrige kommuner og regioner placere sig, kan ses i rapporten.

	Ishøj 2016 <sup>7</sup>	Ishøj 2015 <sup>8</sup>	Lands-gennemsnit (2016)	Region Hovedstaden (Gns. 2016)
<b>Akutte genindlæggelser indenfor 30 dage, pct.</b>	6,7 %	7,3 %	6,6 %	6,9%
<b>Ventetid til genoptræning, dage</b>	15 dage	14 dage	13 dage	13 dage
<b>Somatisk færdigbehandlingsdage på sygehusene, dage</b>	1,1 dag	1,0 dag	6,0 dage	13,5 dage
<b>Fastholdelse af somatisk syge på arbejdsmarkedet, pct.</b>	80,1 %	Negativ udvikling (tal ikke opgjort for 2015)	81,4 %	83,5 %
<b>Fastholdelse af psykisk syge på arbejdsmarkedet, pct.</b>	48,5 %	Negativ udvikling (tal ikke opgjort for 2015)	50,4 %	55,2 %
<b>Akutte indlæggelser pr. 1000 KOL-patienter</b>	762	890	570	696
<b>Akutte indlæggelser pr. 1000 diabetes type 2-patienter</b>	471	601	366	440
<b>Forebyggelige indlæggelser pr. 1000 ældre</b>	81,4	105,7	61,6	74,2
<b>Andel af borgere med demens, der får antipsykotia, pct.<sup>9</sup></b>	22,7 %	Negativ udvikling (tal ikke opgjort for 2015)	20 %	23 %
<b>Middellevetid</b>	78,7 år	78,3 år	80,8 år	80,7 år
<b>Daglige rygere, pct. (2013)</b>	18,8 %	18,8 %	17,0 %	15,0 %

<sup>7</sup> Grundet udfordringer med implementeringen af sundhedsplatformen, dækker en række af de nationale opgørelser for 2016 ikke de faktiske aktiviteter, og opgørelserne skal derfor læses med det forbehold for Region Hovedstaden.

<sup>8</sup> Tallene fra 2015 er fra Nationale mål for sundhedsvæsenet: [http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2016/Nationale-maal/SUM-Nationale-maal-L-april-2016.ashx](http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Nationale-maal/SUM-Nationale-maal-L-april-2016.ashx)

<sup>9</sup> "Anvendelse af antipsykotisk medicin til ældre med demens er imidlertid forbundet med risiko for alvorlige bivirkninger i form af parkinsonisme, sløvhed og bevidsthedssvækkelse samt øget dødelighed som følge af blandt andet lungebetændelse, blodpropper og hjerterytmeforstyrrelser. Denne type medicin bør derfor ikke udgøre førstevalg ved behandling af psykotiske symptomer. Sundhedsstyrelsens udsendte i 2014 en vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til voksne."

Downloadet fra [www.videnscenterfordemens.dk](http://www.videnscenterfordemens.dk) den 10.07.17 på:

<http://www.videnscenterfordemens.dk/forskning/forskningsnyheder/2016/05/store-forskelle-i-forbrug-af-antipsykotisk-medicin-til-aeldre-med-demens/>