

1. APRIL 2016

Temaer til drøftelse og prioritering

I dette papir beskrives fire temaer, som er udvalgt i en fælleskommunal administrativ proces. Temaerne er bud på, hvad der er det *vigtigste* at samarbejde fælleskommunalt om i de kommende år og indeholder eksempler på, *hvordan* vi kan gøre det.

På det politiske dialogmøde den 7. april 2016 tager drøftelsen i mødets anden halvdel udgangspunkt i de fire temaer. På mødet vil deltagerne få nogle forskellige opgaver, som skal løses i samarbejde med kolleger fra kommunerne inden for egen klynge¹. Ved hvert bord vil der være en direktør, som har til opgave at lægge op til drøftelsen og være ordstyrer.

Alle kommuneklynger har i februar 2016 givet skriftlige input til, hvilke temaer de ser som de væsentligste, for en ny version af det fælleskommunale rammepapir. Klyngernes tilbagemeldinger viste en række temaer, som er drøftet på et administrativt dialogmøde den 9. marts 2016. På dialogmødet kvalificerede de deltagende direktører og sundhedschefer temaerne, og der tegnede sig på mødet et billede af de følgende fire temaer.

Mødets formål

Formålet med det politiske dialogmøde er, at vi skal drøfte, hvad vi som kommuner i hovedstadsregionen kan, vil og *gør sammen*. Vi skal således fokusere på kommunernes egen banehalvdel og finde frem til, hvilke udfordringer vi som kommuner skal løse sammen i de kommende år, og hvordan vi vil gøre det.

¹ Kommuneklyngerne er grupper af kommuner, som ligger i samme hospitals planlægningsområde: Nord (Frederikssund, Halsnæs, Gribskov, Hillerød, Allerød, Helsingør, Fredensborg, Hørsholm), Midt (Egedal, Furesø, Ballerup, Herlev, Rødovre, Gladsaxe, Rudersdal, Lyngby-Taarbæk, Gentofte), Syd (Høje-Taastrup, Ishøj, Albertslund, Glostrup, Vallensbæk, Brøndby, Hvidovre, Tårnby, Dragør), Byen (København, Frederiksberg) og Bornholm (Bornholms Regionskommune).

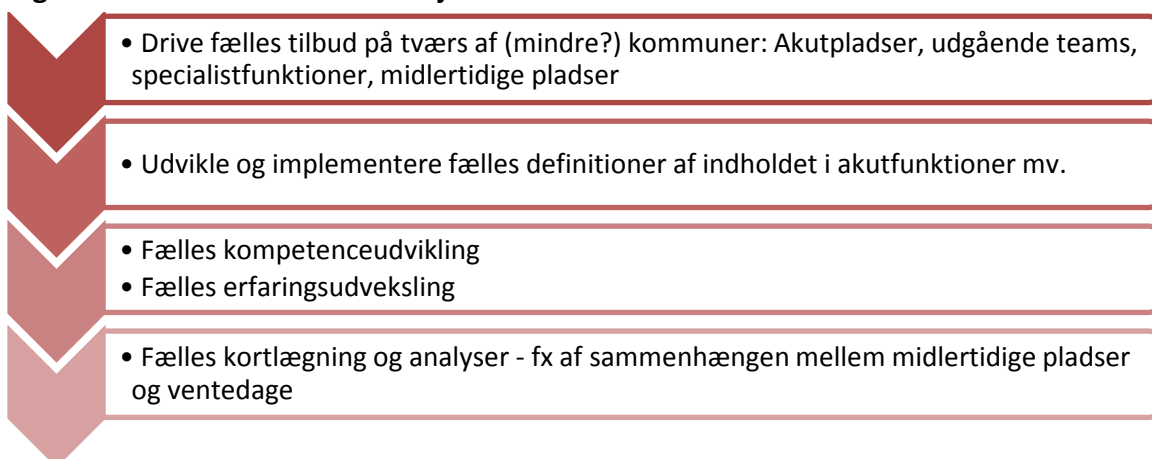
Tema 1: Akutteams, akutpladser og midlertidige pladser til den ældre svækkede borger

Mange kommuner har igennem de senere år udviklet forskellige former for akuttilbud og midlertidige pladser. Det kan være alt fra teams af sygeplejersker, der kører ud til borgerens eget hjem, til fysiske pladser, hvor borgeren kan overnatte.

Målet med at oprette tilbuddene er primært at undgå at borgere bliver indlagt og genindlagt på hospital, hvis det kan undgås. Ligeledes er et formål at kunne hjemtage borgere, som er behandlet færdig på hospital. Derudover kan der være en sidegevinst ved at det mere specialiserede personale kan vejlede det almene personale i kommunens hjemmepleje, hjemmesygepleje, plejecentre osv.

Alle kommuner i hovedstadsregionen har en eller anden form for tilbud inden dette område. Der er dog ikke nogen fælles strategi for udviklingen, hvilket betyder, at området mange steder udvikler sig uensartet og ukoordineret mellem kommunerne. Der er således peget på bl.a. et potentiale i en fælles retning for udviklingen og i at sikre volumen i de mere specialiserede tilbud med henblik på faglig og økonomisk bæredygtighed. Derudover er et formål at stå stærkere i samarbejdet med regionen og de praktiserende læger om bl.a. lægefaglige betjening af kommunernes akuttilbud mv..

Figur 1: Hvordan kan vi samarbejde?



Borgercase: Carl får hjælp i et fælleskommunalt akuttilbud og undgår indlæggelse

Carl har haft et langt arbejdsliv som værftsarbejder. Han har altid klaret sig selv. Men som følge af sit arbejde har han en række fysiske problemer knyttet til lunger og bevægeapparat. Derfor modtager han nu massiv hjælp fra kommunen til både personlig pleje og til praktisk hjælp. Under et af besøgene bemærker hjemmesygeplejersken, at Carl virker forvirret og mere træt, end han plejer at være. Hun tager derfor kontakt til en akutfunktion, som kommunen driver sammen med 3 andre kommuner. Det kommunale akutteam kommer hjem til Carl og tilser ham løbende. De kan komme på alle tider af døgnet, hvis enten Carl eller hjemmeplejen finder det nødvendigt. De samarbejder med Carls egen læge og deres indsats gør, at han kan blive i sin egen lejlighed. Hvis der sker forværring kan Carl komme ind på en akutplads i nabokommunen, hvor der er sygeplejefaglig kompetence døgnet rundt. På den måde undgår Carl i mange tilfælde at skulle indlægges på hospitalet.

Tema 2: Øget samarbejde om borgeren med kronisk sygdom

Borgerne lever stadig længere, og samtidig stiger antallet af borgere med kroniske sygdomme også. Således lever cirka halvdelen af befolkningen, der er mellem 65-74 år, med en kronisk sygdom. For de +75 årige er andelen endnu højere.

Kommunerne i hovedstadsregionen har i det tidligere rammepapir siden 2013 sammen haft fokus på at implementere forløbsprogrammer for borgere med kroniske sygdomme. Kommunerne er kommet rigtig langt på bl.a. diabetes-, KOL- og kræftområdet.

Det er imidlertid fortsat en udfordring at få især mindre ressourcestærke borgere til at starte og gennemføre forløbene, samt at få kvalitetssikret tilbuddene systematisk. Samtidig står kommunerne over for at skulle udrulle telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med kroniske sygdomme. Telemedicinsk hjemmemonitorering er et vigtigt led i at sætte borgeren i centrum og indrette behandling og monitorering efter borgeren i hans eller hendes eget hjem. Et øget kommunalt fokus må forventes at fungere som vigtig forudsætning for et styrket samarbejdet med almen praksis og hospitalerne om tidlig opsporing og ensartet henvisning af borgere til tilbuddene.

Hvordan kan vi samarbejde?



- Fælles udvikling og drift af indsatser rettet mod særlige grupper, f.eks. mænd, borgere med anden etnisk baggrund, erhvervsaktive borgere osv.
- Udvikling af fælles kvalitetsstandarder for fx henvisning, opsporing, lige behandling
- Fælles holdning til, hvordan telemedicinske tilbud anvendes
- Fælles udvikling og afprøvning af teleløsninger (også lavpraktiske videomøder mv.)

Borgercase: Jens bliver fastholdt i et forløb for modne mænd med KOL

Jens er kontoruddannet og har altid arbejdet i den samme speditørvirksomhed. Han har nu fået stillet diagnosen KOL og lægen har henvist ham til et tilbud om rygestop i kommunen. Jens dukker dog aldrig op, og tager heller ikke den medicin lægen har udskrevet, fordi han synes, den er for dyr. Om vinteren bliver Jens indlagt med lungebetændelse, og hans KOL er nu svært forværret. Jens får efter udskrivning en KOL-kuffert med hjem hvor lægen på hospitalet kan følge med i hans tilstand. Jens bliver også tilbudt en plads i et fælleskommunalt forløbsprogram for borgere med KOL. Jens er i starten skeptisk over at skulle deltage i forløbet, men bliver overrasket over, at han kan komme på et herrehold med andre modne mænd. Forløbet giver Jens en forståelse af sin sygdom og en tro på, at han kan komme videre i livet – på trods af en kronisk sygdom. Jens er sygemeldt fra sit arbejde i perioden, men hans største ønske er at komme tilbage. Jobcentret tager derfor fat i Jens, hans praktiserende læge, en kommunal medarbejder på KOL-forløbsprogrammet og Jens' arbejdsplads med henblik på at aftale et forløb. Lidt efter lidt vender Jens tilbage til sit arbejde.


Tema 3: Styrkelse af samarbejdet om især yngre borgere med demens

Demens er en sygdom i fremmarch og i takt med at vi lever længere vil demens komme til at fylde mere og mere i kommunernes arbejde. Videnscenter for Demens anslår, at antallet af borgere med demens vil stige med 48 % frem mod 2030.

Temaet om demens handler om at styrke kommuneres kompetencer på området, både i forhold til at opdage demens tidligt og i forhold til at sikre et værdigt liv og en værdig alderdom til det stigende antal borgere, som bliver ramt af demens. Det er især de yngre borgere med demens, som der er peget på som oplagt målgruppe at samarbejde om. De yngre demente er borgere på 50 år og op. Der er så relativt få i hver kommune, at det kan være vanskeligt for den enkelte kommune at have et passende tilbud, som rammer målgruppens interesser, fysiske formåen mv.

I Region Hovedstaden udgør Forløbsprogrammet for demens rammen om samarbejdet mellem kommuner og region. Samtlige kommuner enten har implementeret programmet eller er i gang med det. Også nationalt er der fokus på indsatsen overfor borgere med demens. Med satspuljeaftalen for 2016 er der afsat 470 millioner kroner fra 2016-2019 til demensområdet og den nye nationale handlingsplan for demens 2025.

Hvordan kan vi samarbejde?

- 
- Fælles drift af dagtilbud og aflastningstilbud til "yngre" demente
 - Fælles forskning og evidens ift. metoder til tidlig rehabilitering – rehabilitering er også for demensramte
 - Samarbejde om metoder til tidlig opsporing af tegn på demens eller demenslignende adfærd for både at udskyde debuten af demens og funktionsnedsættelsen som følge heraf

Borgercase: Hanne får demens som 57 årig

Hanne er 57 år og har ind til for nylig været sekretær i en større virksomhed. Hun har gennem nogen tid følt sig forvirret og lidt ved siden af sig selv. Hun har altid været meget systematisk, men er nu begyndt at glemme aftaler og opgaver på jobbet. Hanne og hendes mand Jørgen opsøger egen læge og det viser sig, at Hanne har begyndende Alzheimer. Det betyder meget for Hanne og Jørgen, at de kan fortsætte deres fælles og aktive liv som hidtil. Hanne ser det som sin største frygt at ende på et plejehjem med 80-90 årige. Hanne bliver tilbudt at starte til fysisk træning, og får som sygdommen desværre skrider frem også mulighed for at komme i et dagtilbud for yngre demente. Det ligger godt nok i nabokommunen, men Hanne er glad for at kunne møde nogen på sin egen alder. Hun starter også i medicinsk behandling. Jens får rådgivning om sygdommen og at han kommer i en kommunal pårørende gruppe. Ligeledes får Hanne en GPS, så Jørgen altid kan finde hende og der bliver installeret komfurvagt og vandalarm i deres hjem. Det gør Hanne og Jørgen mere trygge, og med den viden Jørgen nu har og den aflastning de får, håber de at kunne blive boende sammen i mange år endnu.

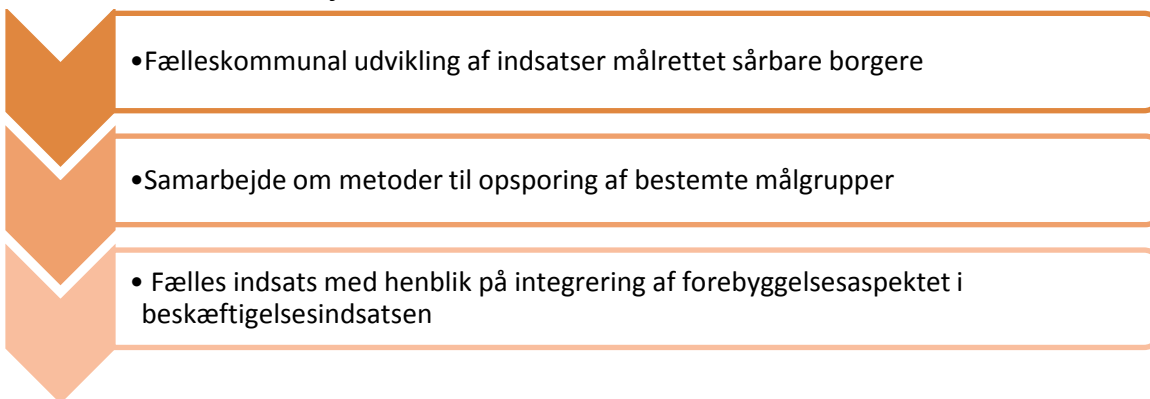
Tema 4: Styrket forebyggelse og sundhedsfremme

Hvor tema 1, 2 og 3 handler om borgere der *er* blevet syge, handler temaet om styrket forebyggelse og sundhedsfremme om at *undgå*, at borgerne bliver syge. Her er der en stigende erkendelse af, at sundhed er mere end livsstilsvaner, men også rummer sociale forhold, genetik, beskæftigelse og miljø. Derfor kan sundhed ikke ses isoleret – men skal ses i sammenhæng med den øvrige kommunale vifte af tilbud, på både børne- og voksenområdet.

Der er i kommunerne særlig opmærksomhed på, at de eksisterende forebyggelses- og sundhedsfremmetilbud ikke altid er gode til at rumme sårbare borgere. Der er med andre ord en opmærksomhed på, at der ikke findes én model, der passer til alle borgere. Sårbare borgere kan fx være borgere, som er psykisk sårbare/lider af psykisk sygdom, borgere, der er langvarigt sygemeldte og befinder sig på kanten af arbejdsmarkedet, borgere med misbrug og borgere med fysisk og/eller mental funktionsnedsættelse.

De sårbare borgere kommer ikke nødvendigvis selv til kommunen med ønske om at lægge livsstilen om, og de er vanskelige for systemet at fastholde. Men de har ofte en høj risiko for at udvikle livsstilssygdomme. Derfor er der behov for, at kommunerne målretter og udvikler den individrettede forebyggelsesindsats, ligesom at der er brug for fokus på, hvordan den helhedsorienterede tilgang til sårbare borgere håndteres og organiseres i kommunernes egne forvaltninger.

Hvordan kan vi samarbejde?

- 
- Fælleskommunal udvikling af indsatser målrettet sårbare borgere
 - Samarbejde om metoder til opsporing af bestemte målgrupper
 - Fælles indsats med henblik på integrering af forebyggelsesaspektet i beskæftigelsesindsatsen

Borgercase: Morten nedbringer sin risiko for hjerteproblemer

Morten er 35 år bor på et bosted for udviklingshæmmede. Han sætter en stor ære i sit arbejde, hvor han slår græs på den lokale skoles arealer. Morten kan, ud over sit arbejde, godt lide at se film, spille computerspil og at komme ud og møde andre folk. Ofte går han, sammen med sin ven Michael, en tur i Netto og køber romkugler. Morten og Michael er begge overvægtige og i risiko for at få hjerteproblemer. Deres primære motion er turen til Netto. Kommunen ansætter sammen med nabokommunerne en diætist og motionsvejleder, som får sin gang på kommunernes bosteder og andre institutioner. Personalet får undervisning, både i fakta om kost og motion og også om den pædagogiske vinkel – hvordan motiveres beboerne bedst. I projektet er personalet vigtige rollemodeller. Morten og de andre beboere er med at lave mad og der indføres daglig motion på en måde, som kan fastholdes i det lange perspektiv. Morten taber inden for de første måneder 10 kg og er meget stolt.

Sundhedsaftale og praksisplan – hvordan hænger de sammen med rammepapiret?

Det korte svar er, at rammepapiret handler om, hvad vi som kommuner sammen vil gøre, på den kommunale bane, mens sundhedsaftalen og praksisplanen vedrører forholdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis. Sundhedsaftalen og praksisplanen har altså et tværsektorielt fokus, mens rammepapiret har et tværkommunalt fokus.

Men hvad vi kan og gør som kommuner, betyder naturligvis noget for vores muligheder for at få nogle ønsker og tiltag igennem på den tværsektorielle bane. Ligesom at indsatser fra hospitaler og almen praksis ofte er vigtige forudsætninger for, at vi kan lykkes med det vi vil som kommuner. På den måde kan rammepapiret spille sammen med og/eller understøtte indsatserne i sundhedsaftalen og praksisplanen.

Neden for er nævnt nogle eksempler på, hvad der er aftalt i sundhedsaftalen og praksisplanen inden for de nævnte fire temaer:

Akutområdet:

- Udarbejdelse af aftaler om kommunale akutte pleje- og behandlingstilbud, som blandet andet beskriver samarbejdet omkring og ansvarsfordelingen af det lægefaglige behandlingsansvar og tilgængelighed for lægefaglig rådgivning og vurdering af borgerens situation
- Udarbejde en ramme for samarbejdet mellem behandlingsansvarlige læger og kommunale medarbejdere, der skal udføre opgaver som ellers er forbeholdt læger, som eksempelvis at give væske direkte i blodårerne. For at dette skal kunne lade sig gøre, har kommunerne behov for en såkaldt rammedelegation til en defineret patientgruppe
- Rammeaftaler, som skal sikre den lægefaglige betjening af akuttilbud

Kronisk sygdom:

- Udvikling af differentierede tilbud til målgrupper, som har øgede behov for koordinering og fleksibilitet.
- Udvikle og implementere metoder til identificering af sårbarhed hos borgere med kroniske sygdom/multisygdom
- Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse vedr. kronisk sygdom og multisygdom med fokus på bl.a. differentierede indsatser overfor sårbare borgere.
- Fastlæggelse af indikatorer og mål for kvalitet og implementeringsgrad af forløbsprogrammerne

Demens:

- Revision af forløbsprogrammet for demens og fortsættelse af implementeringen.
- Fremme tidlig og kvalificeret opsporing, sådan at forløbet kan planlægges hensigtsmæssigt på tværs af sektorer og så borgeren og de pårørende kan være aktive samarbejdspartnere i forløbet.

Forebyggelse og sundhedsfremme:

- Indgå aftale om regionens rådgivningsforpligtelse med fokus på, at sundhedsprofilerne er anvendelsesorienterede i forhold til kommunernes forebyggelsesindsatser. Herudover skal aftalen medvirke til kompetenceudvikling inden for evaluering og metodeudvikling.
-