



# Opfølgning på ”Kommunernes fælles rolle – udviklingen af det nære sundhedsvæsen”

Status for ”kan”-indsatser  
i rammepapir for somatik 2014-2015

## Indledning

I foråret 2013 udarbejdede kommunerne i hovedstadsregionen et fælleskommunalt strategipapir for implementering af det nære sundhedsvæsen, "Kommunernes fælles rolle – udviklingen af det nære sundhedsvæsen" – i daglig tale kaldet rammepapir for det somatiske område.

Rammepapiret blev oprindeligt behandlet i Kommunekontaktrådet (KKR) den 16. april 2013 og er efterfølgende politisk behandlet og godkendt i alle 29 kommuner. Rammepapiret indeholder dels "skal"-indsatser, som alle kommuner forpligter sig til at påbegynde implementering af, og dels "kan"-indsatser som er pilotprojekter som kommunerne kan iværksætte – gerne som tværkommunale samarbejder.

KKR fik på sit møde den 11. juni 2014 fremlagt en opfølgning på samtlige "skal"-opgaver og besluttede at videreføre en let revideret version af rammepapiret i 2014 og 2015, hvor 3 indsatser udgik, da samtlige kommuner havde implementeret dem og én ny indsats om implementering af det Fælles Medicinkort kom til.

I dette dokument gøres der status for kommunernes implementering af "kan"-indsatserne i rammepapiret for 2014-2015, i det omfang eksisterende data giver mulighed for det. Opfølgningen deles på administrativt niveau med henblik på fælles inspiration og læring.

Opfølgningen baserer sig primært på data fra KL's spørgeskemaer om kommunernes indsats på sundhedsområdet, suppleret med et spørgeskema udarbejdet af Det fælleskommunale sundhedssekretariat<sup>1</sup>. Sidstnævnte spørgeskema fokuserede dog på "skal"-indsatserne, men gav mulighed for, at kommunerne kunne oplyse om særlige indsatser og pilotprojekter, som er iværksat som en del af implementeringen af rammepapiret. På baggrund af de nævnte datakilder er det muligt at gøre status for nogle "kan"-indsatser, men ikke alle.

Der er i Embedsmandsudvalget for Sundhed opmærksomhed på, at denne kvantitative tilgang betyder, at opfølgningen vil have mindre øje for indsatsernes kvalitet.

---

<sup>1</sup> KL har indhentet data i oktober 2012, april 2013, november 2013, september 2014 og november 2015. Yderligere er anvendt data fra KL's afdækning af kommunernes implementering af forebyggelsespakkerne. På enkelte spørgsmål har KL justeret spørgeskemaerne mellem hver udsendelse, hvilket vanskeliggør at følge målopfyldelsen over tid. Endelig skal det nævnes, at KL's spørgeskemaer ikke er udarbejdet med henblik på at følge op på hovedstadsregionens kommuners rammepapir, hvorfor der ikke altid er data, som belyser alle aspekter af indsatserne i rammepapiret. Med henblik på at kunne belyse målopfyldelsen af alle "skal"-indsatserne, har alle kommuner besvaret supplerende spørgeskemaer i hhv. marts 2014 og november 2015. Spørgeskemaet er udarbejdet af Det fælleskommunale sundhedssekretariat.

# Tema: Forebyggelse og sundhedsfremme

## Forebyggelsespakker # 1

### Indsats 1\*

Udvikling af modeller for tværkommunalt samarbejde om udmøntning af forebyggelsespakkerne, fx tværkommunal alkoholforebyggelse.

\*Pilotprojekt som kan igangsættes i 2014-2015 gerne som tværkommunale samarbejder

### Status

Kommunernes implementering af indsatsen kan ikke belyses på baggrund af de tilgængelige data.

Hørsholm Kommune oplyser dog, at kommunen for fjerde år i træk har samarbejdet med Gribskov, Helsingør, Allerød og Fredensborg kommuner om en tværkommunal alkoholkampagne, der støtter op om Sundhedsstyrelsens nationale alkoholkampagne i ugerne 40 og 41. I 2015 har målgruppen adskilt sig fra Sundhedsstyrelsens ved at være unge i gymnasierne. Formålet har været at italesætte, at ingen skal presses til at drikke. Der er etableret et netværk af rektorer og kampagnen har kørt som en konkurrence på Instagram under hashtagget #ståveddigselv2015<sup>2</sup>.

## Forebyggelsespakker # 2

### Indsats 2\*

Udviklingsprojekter om udmøntning af forebyggelsespakkernes udviklingsniveauer, fx tværkommunalt samarbejde på hygiejneområdet.

\*Pilotprojekt som kan igangsættes i 2014-2015 gerne som tværkommunale samarbejder

### Status

Kommunernes implementering af indsatsen kan ikke belyses på baggrund af de tilgængelige data.

Hørsholm Kommune oplyser dog, at kommunen i 2014 og 2015 har arbejdet med forebyggelsespakken for hygiejne. I den forbindelse er der etableret en tværgående hygiejneorganisation, der involverer medarbejdere fra alle relevante fagcentre. Derudover er der etableret et udførende netværk af kontaktpersoner, som er blevet kompetenceudviklet i at sætte fokus på håndhygiejne. Netværket inkluderer medarbejdere/ledere fra både plejecentrene, hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, tandplejen, sundhedsplejen, botilbud, daginstitutioner, skoler mm. Netværket har desuden fået oplæg om nudging som redskab og der har i 2015 været mulighed for at ansøge om midler til at igangsætte særlige hygiejneindsatser ude i institutionerne, samt at implementere relevante anbefalinger i forebyggelsespakkerne. Indsatsen er ikke tværkommunal<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Kilde: Spørgeskema fra Embedsmandsudvalget for Sundhed vedr. opfølgning på "Det nære sundhedsvæsen" i hovedstadsregionen, november 2015.

<sup>3</sup> Kilde: Spørgeskema fra Embedsmandsudvalget for Sundhed vedr. opfølgning på "Det nære sundhedsvæsen" i hovedstadsregionen, november 2015.

# Tema: Forebyggelse af (gen)indlæggelser

## Akutteams / midlertidige døgnpladser

### Indsats 3\*

Etablering af akutteams eller midlertidige døgnpladser med adgang til sygeplejefaglige kompetencer døgnet rundt for borgere med risiko for indlæggelse og borgere, der har behov for intensiv pleje efter indlæggelse (fx etablering af "tryghedshoteller", akutpladser eller rehabiliteringspladser).

\*Pilotprojekt som kan igangsættes i 2014-2015 gerne som tværkommunale samarbejder

### Status

I november 2015 havde alle kommuner etableret et eller flere af de akuttilbud, som fremgår af tabel 1. Der er sket en udvikling i sammensætningen af kommunerne akuttilbud fra 2014 til 2015. Hvor billedet i 2014 var, at kommunerne særligt havde etableret fysiske pladser, især aflastningspladser til færdigbehandlede og midlertidige pladser med terapeutfaglige kompetencer, har tilbud som akutpladser og akutteams været i vækst.

Således har over halvdelen af kommunerne i november 2015 et akutteam, mod kun 34 pct. i 2014, ligesom at en stigende andel kommuner har etableret akutpladser med døgndækket sygepleje (66 pct.). Samtidig har der været et fald i andelen af kommuner, som har aflastningspladser og midlertidige pladser, om end aflastningspladser til færdigbehandlede fortsat er det mest udbredte tilbud.

**Tabel 1: Andelen af kommuner, som har forskellige akuttilbud, pct.**

	Apr. 2013	Nov. 2013	Sep. 2014	Nov. 2015
Aflastningsplads til færdigbehandlede	71	76	86	76
Akutplads med døgndækket sygepleje	71	62	57	66
Akutteam	21	17	34	55
Midlertidig plads med terapeutfaglige kompetencer	43	48	68	48
Planlægger akutteam indenfor seks måneder	-	28	24	3
<b>Antal kommuner, som har svaret</b>	<b>28/29</b>	<b>29</b>	<b>28/29</b>	<b>29</b>

Kilde: KL's spørgeskemaundersøgelse vedr. opfølgning på sundhedsudspil og økonomiaftale, april 2013, november 2013, september 2014 og november 2015. Intet svar fra Ballerup på de tre første svarmuligheder i september 2014.

## Modeller for tværsektorielt samarbejde

### Indsats 4\*

Udvikling af modeller for tværsektorielt samarbejde (shared care), fx via følgende indsatser: Tværgående akutteams mellem aktørerne i sundhedstrekanten, tværsektoriel udredningsenhed (TUE), geriatriske tilsyn, udgående AMA/sygeplejerske teams.

\*Pilotprojekt som kan igangsættes i 2014-2015 gerne som tværkommunale samarbejder

### Status

Samtlige kommuner havde i november 2015 et eller flere af de samarbejder med sygehuset eller almen praksis, som fremgår af tabel 2. De mest almindelige former for samarbejde med sygehuset eller almen praksis er følge-hjem ordninger/udskrivningskoordinatorer, kommunal fremskudt visitation samt formaliserede kommunikationsgange mellem de regionalt ansatte jordemødre og kommunalt ansatte sundhedsplejersker på svangreområdet.

Fra september 2014 til november 2015 er der sket en klar stigning i kommunal fremskudt visitation på sygehusene, mens de øvrige samarbejder ligger nogenlunde på samme niveau. Ser vi på konkret opgaveoverdragelse og egentlig fælles drift og finansiering af tilbud/indsatser er udviklingen positiv, men beskeden.

**Tabel 2: Andel kommuner, som har følgende samarbejder med sygehus eller almen praksis, pct.**

	Nov. 2013	Sep. 2014	Nov. 2015
Følge-hjem ordninger/udskrivningskoordinatorer	79	76	76
Kommunal fremskudt visitation på sygehuse	59	59	72
Formaliserede kommunikationsgange mellem jordemødre og sundhedsplejersker	-	-	59
Samarbejde med sygehuset om konkrete patientgrupper	-	-	48
Fælles kompetenceudviklingsforløb med sygehuset	62	48	45
Konkret opgaveoverdragelse	14	24	28
Adgang til sygehusenes akutafdelinger mhp. akutte problemstillinger	-	-	17
Fælles drift og finansiering af tilbud/indsatser	10	10	14
<b>Antal kommuner, som har svaret</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>29</b>

Kilde: KL's spørgeskemaundersøgelse vedr. opfølgning på sundhedsudspil og økonomiaftale, november 2013, september 2014 og november 2015.

Halsnæs Kommune har oplyst, at kommunen i samarbejde med Frederikssund Kommune og Nordsjællands Hospital deltager i et pilotprojekt vedr. et subakut ambulante udredningstilbud. Formålet er at forbygge akutte indlæggelser, der kunne være undgået ved at tilbyde et alternativt subakut ambulante tilbud af samme høje kvalitet.

Målsætningerne for det subakutte ambulante udredningstilbud er følgende:

- Et sammenhængende forløb med en klar behandlingsplan efter udskrivelse, der gør borgeren tryk og højner oplevelsen af kvalitet
- Øget fokus på forebyggende indsats, der sikrer at unødige indlæggelser undgås

- De rette ressourcer er allokeret til de rette opgaver, så faglige kompetencer udnyttes optimalt
- Alle behandlingsparter føler sig trygge og har et tydeligt overblik over ansvarsområder og flow i arbejdsgange

Projektets målgruppe er den ældre medicinske patient over 65 år med diagnoser som urinvejsinfektion, obstipation, pneumoni, dehydratio, erysipilas. Borgeren har herunder behov for udredning og IV-behandling som en del af en samlet behandlingsplan.

I projektet arbejdes løbende på opfølgning og justering af målgruppen efterhånden, som erfaringer med målgruppen og deres forløb i projektet indhentes. Projektet evalueres af KORA. Rapport forventes i januar-februar 2016<sup>4</sup>.

Yderligere kan det oplyses, at Frederiksberg Kommune og PLO-Frederiksberg har indgået et samarbejdsprojekt, der omhandler beboere på plejecentre. Projektets formål er at forbedre den samlede sundhedsfaglige indsats for borgere i plejebolig gennem udvikling af en ny samarbejdsmodel. Projektet løber fra 1. november 2015 til 1. august 2016. Samarbejdsmodellen tager udgangspunkt i beboernes behov for sæt samarbejde i form af relevante "nedslag" i et typisk beboerforløb i plejebolig. Projektets overordnede hypotese er, at flere lægekontakter i form af blandt andet "planlagte besøg" kan forbedre den sundhedsfaglige indsats<sup>5</sup>.

Endelig har Gribskov kommune oplyst, at de har oprettet en taskforce for pneumoni (lungebetændelse), som yder en målrettet indsats for borgere i Halsnæs og Gribskov om borgere med risiko for lungebetændelse. Hillerød Hospital foretager screening og der sker samarbejde om udvikling af redskaber ift. målgruppen<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> Kilde: Spørgeskema fra Embedsmandsudvalget for Sundhed vedr. opfølgning på "Det nære sundhedsvæsen" i hovedstadsregionen, november 2015.

<sup>5</sup> Kilde: Spørgeskema fra Embedsmandsudvalget for Sundhed vedr. opfølgning på "Det nære sundhedsvæsen" i hovedstadsregionen, november 2015.

<sup>6</sup> Kilde: Spørgeskema fra Embedsmandsudvalget for Sundhed vedr. opfølgning på "Det nære sundhedsvæsen" i hovedstadsregionen, november 2015.

## Samarbejdet med almen praksis / lægevagtfunktionen

### Indsats 5\*

Udvikling af samarbejdet med almen praksis/vagtlægefunktionen fx ved brug af subakutte tider, information til almen praksis om kommunernes alternative tilbud til indlæggelse og deres rolle i forhold til akutindsatser

\*Pilotprojekt som kan igangsættes i 2014-2015 gerne som tværkommunale samarbejder

### Status

Kommunerne er blevet spurgt til, hvorfra henvisningerne til kommunernes akutteams og/eller akutpladser kom. Af de 26 kommuner, som fandt det relevant<sup>7</sup> at besvare spørgsmålet i november 2015, svarede 85 pct., at henvisninger kommer fra kolleger i hjemmesygeplejen og/eller hjemmeplejen, altså fra kommunen selv.

Indsats 5 omhandler imidlertid det udadrettede samarbejde med almen praksis og vagtlægefunktionen. Herom kan siges, at 77 pct. af kommunerne svarede, at henvisningerne kom fra de praktiserende læger, mens 31 pct. af kommunerne fik henvisninger fra vagtlægerne, jf. tabel 3.

Data viser ikke nogen nævneværdig udvikling fra 2014 til 2015 i forhold til almen praksis og vagtlægerne, men det kan oplyses, at 50 pct. af kommunerne i november 2013 oplevede, at de praktiserende læger henviser til kommunale akutteams og/eller akutpladser.

**Tabel 3: Andel kommuner, som har svaret, at henvisningerne til kommunens akutteams og/eller akutpladser kommer fra de nævnte aktører, pct.**

	September 2014	November 2015
Kolleger i hjemmesygeplejen og/eller hjemmeplejen	96	85
De praktiserende læger	75	77
Sygehuset	58	50
Borgeren selv eller borgerens pårørende	42	31
Vagtlægerne	33	31
Andre	0	15
<b>Antal kommuner, som har svaret</b>	<b>24</b>	<b>26</b>

Kilde: KL's spørgeskemaundersøgelse vedr. opfølgning på sundhedsudspil og økonomiaftale, september 2014 og november 2015.

<sup>7</sup> Kommuner, som ikke har besvaret spørgsmålet har angivet, at de ikke har en akutfunktion

# Tema: Kronisk sygdom

## Forløbsprogrammer

### Indsats 6\*

Implementering af forløbsprogram for lænde-ryg sygdomme

\*Pilotprojekt som kan igangsættes i 2014-2015 gerne som tværkommunale samarbejder

### Status

I november 2015 havde samtlige kommuner enten implementeret eller påbegyndt implementering af forløbsprogrammet for lænde-ryg sygdomme. 90 pct. af kommunerne havde implementeret forløbsprogrammet fuldt. Én kommune har dog ikke i 2015 haft nogen borgere i forløbsprogrammet.

Der er sket en væsentlig udvikling siden marts 2014, hvor kun 48 pct. af kommunerne havde implementeret forløbsprogrammet fuldt ud, jf. tabel 4.

**Tabel 4: Andelen af kommuner, som har implementeret forløbsprogram for lænde-ryg sygdomme, pct.**

	Marts 2014	November 2015
Ja, forløbsprogrammet er fuldt implementeret	48	90
Nej, men implementering er påbegyndt	24	10
Nej	27	0
Antal kommuner, som har svaret	29	29

Kilde: Spørgeskema fra Embedsmandsudvalget for Sundhed vedr. opfølgning på "Det nære sundhedsvæsen" i hovedstadsregionen, marts 2014 og november 2015.

Yderligere kan det oplyses, at udviklingen og driften af forløbsprogrammerne (ikke kun lænde-ryg) flere steder i hovedstadsregionen sker som tværkommunale samarbejder, særligt i planområde/klynge midt og syd. Ballerup, Furesø, Egedal, Gladsaxe, Rødovre, Herlev har eksempelvis fælles kræftrehabilitering og forløbsprogrammer. Endvidere afdækker planområde midt mulighederne for tværkommunalt samarbejde på hjerneskadeområdet, ligesom der afholdes klyngetemadage til kompetenceudvikling og kvalitetssikring på flere diagnoseområder (forløbsprogrammerne). I oktober 2015 er der således gennemført fokusgruppeinterview for hjerte-kar forløbsprogrammet til afdækning af tværsektorielt samarbejde, sammenhæng og tilfredshed med fremlæggelse på planområde midt's fælles temadag i december 2015<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Kilde: Spørgeskema fra Embedsmandsudvalget for Sundhed vedr. opfølgning på "Det nære sundhedsvæsen" i hovedstadsregionen, november 2015.



## Tidlig opsporing

### Indsats 7\*

Øget samarbejde med almen praksis med henblik på tidlig opsporing af borgere med kronisk sygdom om rekruttering til forløbsprogrammer med det formål at mindske ulighed i sundhed, fx via fælles udvikling af opsporingsmetoder

\*Pilotprojekt som kan igangsættes i 2014-2015 gerne som tværkommunale samarbejder

### Status

Kommunernes implementering af indsatsen kan ikke belyses på baggrund af de tilgængelige data.

## Forløb for sårbare borgere

### Indsats 8\*

Etablering af forløb for sårbare borgere (herunder med psykisk sygdom, etniske grupper m. fl.)

\*Pilotprojekt som kan igangsættes i 2014-2015 gerne som tværkommunale samarbejder

### Status

Kommunernes implementering af indsatsen kan ikke belyses på baggrund af de tilgængelige data.

Herlev Kommune har dog oplyst, at den sammen med Ballerup Kommune har etableret en krisetelefon for psykisk sårbare og borgere i akut krise samt deres pårørende<sup>9</sup>.

## Forløbskoordination

### Indsats 9\*

Udvikling af forløbskoordination.

\*Pilotprojekt som kan igangsættes i 2014-2015 gerne som tværkommunale samarbejder

### Status

Kommunernes implementering af indsatsen kan ikke belyses på baggrund af de tilgængelige data.

For den ældre medicinske patient kan der dog henvises til opfølgningen på "skal" indsatserne - indsats 4: "Kommunerne skal, som en del af implementeringsplanen for den ældre medicinske patient, implementere forløbskoordination".

---

<sup>9</sup> Kilde: Spørgeskema fra Embedsmandsudvalget for Sundhed vedr. opfølgning på "Det nære sundhedsvæsen" i hovedstadsregionen, november 2015.

## Telemedicinske løsninger

### Indsats 10\*

Udvikling og implementering af telemedicinske løsninger

\*Pilotprojekt som kan igangsættes i 2014-2015 gerne som tværkommunale samarbejder

### Status

Kommunernes implementering af indsatsen kan ikke belyses på baggrund af de tilgængelige data.

## Kliniske retningslinjer

### Indsats 11\*

Implementering af fælles nationale kliniske retningslinjer.

\*Pilotprojekt som kan igangsættes i 2014-2015 gerne som tværkommunale samarbejder

### Status

I november 2015 havde 76 pct. af kommunerne, svarende til 22 kommuner, implementeret en eller flere af Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer. Hertil kommer, at 17 pct. af kommunerne påtænker at implementere en eller flere af Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer inden for det næste halve år. Kun 7 pct. af kommunerne, svarende til 2 kommuner har endnu ikke implementeret nogen af Sundhedsstyrelsens retningslinjer.

Der har siden 2013 været en støt positiv udvikling i retning af, at flere og flere kommuner har implementeret de nationale retningslinjer, jf. tabel 5

**Tabel 5: Andelen af kommuner, som har implementeret kliniske retningslinjer, pct.**

	Nov. 2013	Sep. 2014	Nov. 2015
Ja, vi har implementeret <sup>1</sup> en eller flere internationale kliniske retningslinjer	21	18	-
Ja, vi har implementeret en eller flere af Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer <sup>2</sup>	48	64	76
Nej, men vi påtænker at implementere* en eller flere internationale kliniske retningslinjer indenfor det næste halve år	17	4	-
Nej, men vi påtænker at implementere <sup>1</sup> en eller flere af Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer indenfor det næste halve år	31	18	17
Nej, vi påtænker ikke at implementere <sup>1</sup> internationale eller nationale kliniske retningslinjer <sup>3</sup>	3	7	7
<b>Antal kommuner, som har svaret</b>	<b>29</b>	<b>28</b>	<b>29</b>

Kilde: KL's spørgeskemaundersøgelse vedr. opfølgning på sundhedsudspil og økonomiaftale, november 2013 og september 2014. Intet fra Frederiksberg Kommune i september 2014.

Noter: 1. I november 2013 blev der spurgt til implementering af "(relevante dele)" af retningslinjerne. 2. I 2013 og 2014 vedrører spørgsmålsformuleringen hvorvidt kommunen er *begyndt at implementere* en eller flere af Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer. 3. I november 2015 er formuleringen: "Nej, kommunen har ikke implementeret nogen af Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer".

## Frivillige

### Indsats 12\*

Udvikling af modeller hvor frivillige inddrages i forankring af fx motion og bevægelse efter borgeren har gennemgået forløbsprogram.

\*Pilotprojekt som kan igangsættes i 2014-2015 gerne som tværkommunale samarbejder

### Status

Kommunernes implementering af indsatsen kan ikke belyses på baggrund af de tilgængelige data.

## Tema: Dokumentation

### Dokumentationspraksis

### Indsats 13\*

Pilotprojekt der arbejder med at forbedre dokumentationspraksis og -muligheder fx:

- hvorvidt akutteam og triage fører til færre indlæggelser
- optimering af brugen af registrerede data fra omsorgssystemer
- afdække borgernes oplevelse af sammenhæng mellem sektorerne
- bruge erfaringer (systematikken) fra rygestopdatabasen.

\*Pilotprojekt som kan igangsættes i 2014-2015 gerne som tværkommunale samarbejder

### Status

Kommunernes implementering af indsatsen kan ikke belyses på baggrund af de tilgængelige data.