

# Kommunernes fælles rolle – udviklingen af nære sundhedsvæsen

*Fælles rammer og målsætninger for kommunerne i hovedstadsregionen*

Den 5. februar 2013

Jnr  
Sagsid

Kommunerne har i en årrække haft en væsentlig rolle på sundhedsområdet, en rolle som ikke bliver mindre i fremtiden. I den fortsatte udvikling af det nære sundhedsvæsen er det afgørende at **kommunerne i fællesskab sætter dagsordenen ud fra fælles rammer og målsætninger**. Kommunerne skal i fællesskab og lokalt arbejde med de sundhedsindsatser, der gavner borgerne bedst når de løses tæt på borgerne.

afp@kl.dk

KKR Hovedstaden  
Albertslund Rådhus  
Nordmarks Alle  
2620 Alberslund

KL's udspil "Det nære sundhedsvæsen" skitserer strategien for etablering af et stærkt og nært sundhedsvæsen, der:

[www.kl.dk/kkr-hovedstaden/](http://www.kl.dk/kkr-hovedstaden/)

- *Er borgernes indgang til sundhedsvæsenet*
- *Fremmer borgernes sunde livsstil og forebygger sygdom*
- *Forebygger indlæggelse gennem levering af almen og specialiseret sygepleje, genoptræning, rehabilitering og egentræning*
- *Understøtter behandlingen af borgeren i og nær borgerens eget hjem*
- *Understøtter borgernes mulighed for at tage hånd om egen sygdom gennem blandt andet brug af uddannelse og moderne teknologi*
- *Skaber sammenhæng mellem kommuner, almen praksis og sygehusvæsenet for at sikre sammenhæng i patientforløb*
- *Arbejder evidensbaseret og kvalitetsorienteret.*

1/9

I økonomiaftalen for 2013 fik kommunerne et varigt økonomisk løft til udviklingen af det nære sundhedsvæsen. Kommunerne skal nu vise, at de kan løfte opgaven – midlerne og de politiske intentioner skal omsættes til konkrete initiativer og resultater. Det skal være tydeligt, hvad midlerne anvendes til – til gavn for borgeren.

## Tværgående fokuspunkter i udviklingen af det nære sundhedsvæsen

Kommunerne fungerer i **tæt samspil med hospitaler og almen praksis/praksissektoren** i Sundhedstrekanten. I takt med at hospitalerne løser stadig mere specialiserede opgaver varetager kommunerne i samarbejde med de praktiserende læger de nære sundhedsopgaver tæt på borgeren. Samspillet mellem det specialiserede og det nære sundhedsvæsen skal understøttes og udbygges, så den enkelte borger får og oplever en sammenhængende og koordineret indsats. Kommunerne skal stille krav til samarbejdspartnerne om, at de er tilgængelige for kontakt og støtter kommunerne med specialishjælp.

Det nære sundhedsvæsen har udgangspunkt i borgerens samlede situation. Kommunerne skal levere **en tværfagligt sammenhængende indsats** overfor borgerne. Indsatsen i det nære sundhedsvæsen skal kobles tæt med den øvrige kommunale indsats indenfor fx socialområdet, beskæftigelsesområdet mv.

Udviklingen af tilbud i det næres sundhedsvæsen stiller store krav til kommunerne. Kommunerne skal kunne sikre tilbud af høj kvalitet til alle borgere med behov og samtidig udnytte ressourcerne bedst muligt. Fremadrettet skal **kommunerne etablere tværkommunale samarbejder, hvor det giver mening** for at skabe volumen i forhold til mere specialiserede opgaver og for at sikre de nødvendige kompetencer er til rådighed

I udviklingen af det nære sundhedsvæsen er det væsentligt at **inddrage borgernes egne ressourcer og civilsamfundets organisationer**. Borgerne er ikke passive modtagere af sundhedsydelser, men aktive deltagerer i kortere og længere forløb.

Kommunerne skal have **fokus på ulighed i sundhed** og via indsatserne nå alle grupper af borgere. Udfordringen er kompleks og kalder på kreative og innovative indsatser, En effektiv indsats kan dog give store sundhedsmæssige effekter, både til gavn for borgerne og for den kommunale økonomi.

En afgørende præmis for kommunernes arbejde med at udvikle det nære sundhedsvæsen og optimere ressourceanvendelse er, at der er **ensartet sammenlignelig dokumentation og en konsekvent opfølgning på indsats og effekt**. Kommunerne i Region Hovedstaden skal være med til at sætte emner på dagsordenen, der skal tages stilling til på nationalt niveau fx i forhold til dokumentationsindsatsen. Det forudsættes, at der nationalt udvikles fælles værktøjer til dokumentation og effektmåling til brug for kommunernes opfølgning. Dokumentations- og evalueringsindsatsen skal understøtte smidige tværsektorielle overgange for den enkelte borger og bi-

drage til at dokumentere aktivitet, effekt og evidens på sundhedsområdet. Det er desuden en forudsætning, at arbejdet med effektdokumentation understøttes af national lettilgængelig og opdateret evidens og best practice på sundhedsområdet.

KL har i forbindelse med udspillet om det nære sundhedsvæsen i værksat en række projekter og afklaringer på nationalt niveau, eksempelvis udvikling af en strategi for velfærdsteknologi. Det er vigtigt for at sikre et bedt muligt grundlag for udvikling af det nære sundhedsvæsen at den kommunale indsats sker i samspil med KL's udspil på sundhedsområdet.

## Fælles principper og rammer for udviklingen

KL's sundhedsudspil baserer sig på, at kommunerne i stigende grad arbejder efter samme principper og mål og løfter arbejdet som en samlet kommunesektor. De 29 kommuner i regionen skal skabe en fælles platform for udviklingen af det nære sundhedsvæsen i Region Hovedstaden. En vigtig præmis i arbejdet er, at der er mange veje til samme mål. For at sikre det bedste og mest effektive resultat er det nødvendigt, at kommunerne enkeltvist har mulighed for at rette fokus på særlige lokale tiltag samtidig med, at området løftes i fællesskab mellem alle kommuner.

En fælles prioritering af fokusområder og indsatser skal:

- Opstille målsætninger for de 29 kommuners arbejde med udviklingen af det nære sundhedsvæsen på kort og lang sigt
- Pege på:
  - **fælles indsatser** for de 29 kommuner
  - indsatser hvor nogle kommuner kan være **pilotkommuner** og
  - indsatser hvor der med fordel kan etableres **fælles kommunale samarbejder**
- Bidrage til et **solidt grundlag for KL til det videre arbejde** ift. de kommende økonomiforhandlinger og regeringens sundhedspolitiske udspil, der forventes offentliggjort i foråret 2013
- **Løftes ind i det eksisterende samarbejde med regionen** særligt i forhold til de kommende forhandlinger om nye sundhedsaftaler.

## Strategiske/overordnede målsætninger

Følgende overordnede målsætninger udgør rammen for de 29 kommuner i hovedstadsregionen:

*Kommunerne skal udvikle det nære sundhedsvæsen så:*

- *Det fremmer alle borgeres sunde livsstil og forebygger sygdom*
- *Det støtter borgerne i at tage hånd om egen livssituation og udøve egenomsorg*
- *Borgeren er i centrum og der er fokus på den samlede livssituation.*

Særligt fokus rettes mod flg. fire målsætninger for udviklingen af det nære sundhedsvæsen:

1. *Styrke forebyggelsesindsatsen med udgangspunkt i sundhedsprofilerne og de nationale forebyggelsespakker*
2. *Styrke indsatsen for aktivt at forebygge at borgerne (gen)indlægges*
3. *Styrke indsatsen overfor kronikergrupperne, ved at have tilbud til kronikergrupperne i alle kommuner*
4. *Styrke dokumentationen i forhold til de kommunale indsatser og den forventede effekt.*

## **Indsatser**

De strategiske målsætninger udmøntes i en række indsatser. Nogle indsatser vil være forpligtende for alle kommuner. Andre indsatser vil i udgangspunktet blive løftet af en enkelt kommune eller af grupper af kommuner (pilotprojekter) i samarbejde, for dermed at skabe viden og indsigt i forhold til den fremadrettede udvikling af det nære sundhedsvæsen i regionen.

Der fremlægges her en bruttoliste med forslag til en række indsatser, der er grupperet ift. de strategiske målsætninger:

1. forebyggelse og sundhedsfremme,
2. forebyggelse af (gen)indlæggelser,
3. kronisk sygdom,
4. dokumentation.

Der er under hvert område anført indsatser, der skal implementeres i 2013 eller hvor implementeringen skal være påbegyndt i 2013. Der er samtidig anført ideer til indsatser, der kan implementeres i 2013 som pilotprojekter af en enkelt kommune eller flere kommuner i fællesskaber.

KKR Hovedstaden opfordrer kommunerne til at byde ind på at være pilotkommune på ”kan indsatserne” og hører også gerne om andre kommunale ”kan indsatser” inden for de strategiske målsætninger.

### **1. Forebyggelse og sundhedsfremme**

#### **Skal være påbegyndt implementering i løbet af 2013**

- Kortlægning af kommunens egne indsatser, som forberedelse til implementering af de nationale forebyggelsespakker
- Med udgangspunkt i sundhedsprofilerne som prioriteringsværktøj udarbejder hver enkelt kommune en plan for trinvis implementering af de nationale forebyggelsespakker

- Implementering af ”træning før hjælp”/ hverdagsrehabilitering<sup>1</sup> for at understøtte borgernes selvhjulpenhed.

### **Pilotprojekter som kan igangsættes i 2013 gerne som tværkommunale samarbejder**

- Udvikling af modeller for tværkommunalt samarbejde om udmøntning af forebyggelsespakkerne, fx tværkommunal alkoholforebyggelse
- Udviklingsprojekter om udmøntning af forebyggelsespakkerne udviklingsniveauer, fx tværkommunalt samarbejde på hygiejneområdet.

### **Udgangspunkt for indfrielse af mål**

- *Mellem 64 og 86 pct. af kommunerne har sammenholdt deres indsætter for en række af forebyggelsespakkerne. 24 pct. af kommunernes indsætter svarer til grundniveauet i pakkerne eller har justeret indholdet, mens 76 pct. af kommunerne ikke har justeret indsættelsen.*
- *96 pct. af kommunerne har indført hverdagsrehabilitering i ældreplejen.*

## **2. Forebyggelse af (gen)indlæggelser**

### **Skal være påbegyndt implementering i løbet af 2013**

- Kommunerne skal have organiseret opfølgende hjemmebesøg med udgangspunkt i rammepapir fra KL og Danske Regioner om udmøntning af handlingsplan for den ældre medicinske patient
- Kommunerne skal have ensartet samarbejde med hospitaler om udskrivning i form af kommunikationsaftalen for indlæggelser og udskrivninger
- Kommunerne skal, som del af implementeringsplanen for den ældre medicinske patient implementere forløbskoordinering. Retningslinjer for den konkrete udformning afventer konkretisering af udspil fra KL og Danske Regioner<sup>2</sup>
- Kommunerne skal systematisk arbejde med stratificering af genoptræningsplaner og kvalitetsudvikling, herunder tilpasning af organisering af træningsopgaven. Fx via:
  - intern specialisering i teams/enheder,
  - tværfaglige indsætter,
  - tværkommunale samarbejder.
- Kommunerne skal forebygge indlæggelser gennem indsætter i ældreplejen med påvist effekt (fx tidlig opsporing/monitorering af tidlige tegn på faldende funktionsniveau, medicinhandling, faldforebyggelse,

<sup>1</sup> Begrebet henviser til indsætter som understøtter borgerne i at opnå størst mulig selvhjulpenhed. Indsættelsen har forskellige navne i de enkelte kommuner og kan have forskelligt indhold.

<sup>2</sup> Kommunerne tilføres dutmidler til opgaven i 2013.

kompetenceløft mv.). Dette skal eksempelvis ske via styrkelse af kompetencer og tidlig opsporing i følgende indsatser:

- Uddannelse af specialister indenfor fx KOL, diabetes mv.,
- Etablering /udbredelse af koordinerende indsatser fx indenfor hjerneskade, demens mv.
- KL's kompetenceprofil projekt inddrages i den fremtidige udvikling og rekruttering
- Styrkelse af medarbejdernes kompetencer i forhold til tidlig opsporing af såvel kronisk sygdom som faldende funktionsniveau
- Implementere de screeningsværktøjer, der forventes udarbejdet i regi af Sundhedsstyrelsen (fald, urinvejsinfektioner, ernæring mv.)
- Samarbejde med almen praksis med henblik på tidlig opsporing af truende indlæggelser
- Tværsektoriel forebyggelse af indlæggelser (i samarbejde med hospitaler).

#### **Pilotprojekter som kan igangsættes i 2013 – gerne som tværkommunale samarbejder**

- Etablering af akutteams eller midlertidige døgnpladser med adgang til sygeplejefaglig kompetencer døgnet rundt for borgere med risiko for indlæggelse og borgere der har behov for intensiv pleje efter indlæggelse (fx etablering af trykshoteller", akutpladser eller rehabiliteringspladser)
- Udvikling af modeller for tværsektorielt samarbejde (shared care), fx via følgende indsatser: Tværgående akutteams mellem aktørerne i sundhedstrekanten, tværsektoriel udredningsenhed (TUE), geriatriiske tilsyn, udgående AMA/sygeplejerske teams
- Udvikling af samarbejdet i med almen praksis/vagtlægefunktionen fx ved brug af subakutte tider, information til almen praksis om kommunernes alternative tilbud til indlæggelser og deres rolle ift. akutindsatser.

#### ***Udgangspunkt for indfrielse af mål***

- *68 pct. af kommunerne har indført opfølgende hjemmebesøg i samarbejde med almen praksis.*
- *93 pct. af kommunerne har iværksat initiativer i samarbejde med hospitalet for at sikre den gode udskriving – udskrivningskoordinatorer mv.*
- *97 pct. af kommunerne har implementeret eller er ved at implementere kommunikationsaftale om indlæggelser og udskrivinger i samarbejde med hospitalerne.*
- *96 pct. af kommunerne har intern specialisering af genoptræningsindsatsen, fx organisering i teams.*
- *20 pct. af kommunerne har indgået tværkommunale samarbejder om genoptræningsopgaver.*

- *84 pct. af kommunerne har etableret tværfaglige teams på genoptræningsområdet.*
- *Særlige indsætter i kommunerne med henblik på forebyggelse af indlæggelser:*
  - *78 pct. af kommunerne arbejder med opkvalificering af medarbejderne*
  - *70 pct. af kommunerne arbejder med redskaber til tidlig opsporing*
  - *70 pct. af kommunerne arbejder med medicinbåndtering*
  - *59 pct. af kommunerne arbejder med faldforebyggelse.*
- *82 pct. af kommunerne har enten midlertidige pladser i eksisterende enheder eller en akutplejeenhed i egne fysiske rammer. 18 pct. har ikke akutpladser med sygeplejefaglig indsats i hele døgnet.*

### **3. Kronisk sygdom**

#### **Skal være implementeret/påbegyndt implementering i løbet af 2013**

Alle kommuner har med sundhedsaftalen for 2011-2014 tilsluttet sig forløbsprogrammer for borgere med KOL og type 2 diabetes. Kommunerne er enige om, at forløbsprogrammer er den rigtige ramme for at tilrettelægge indsatsen til borgere med kronisk sygdom. Der er en klar opmærksomhed på at kommunerne er forskellige steder og har forskellige udgangspunkter for implementering af programmerne. I det fremafrettede arbejde skal der derfor være et klart fokus på at udvikle modeller for tværkommunale samarbejder om tilbud til kronikere, herunder tværdiagnostiske tilbud.

- Alle kommuner skal have implementeret forløbsprogrammer for KOL, diabetes, demens og kræft<sup>3</sup> i 2013
- Alle kommuner skal have taget stilling til implementering af forløbsprogrammet for hjerte-kar i 2013, og halvdelen af kommunerne påbegynder implementeringen af programmet inden udgangen af 2013
- Der udvikles modeller for tværdiagnostiske forløbsprogram, der kan rumme flere diagnoser for kronisk sygdom. Udviklingen kan ske tværkommunalt.

#### **Pilotprojekter som kan igangsættes i 2013 - gerne som tværkommunale samarbejder**

- Implementering af forløbsprogram for lænde- ryg sygdomme
- 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
- Etablering af forløb for sårbare borgere (herunder med psykisk sygdom, etniske grupper m. fl.)
- Udvikling af forløbskoordination

---

<sup>3</sup> Det er et nationalt krav at alle kommuner implementere forløbsprogram for kræft, der er givet dut midler til kræftområdet i 2013

- Udvikling og implementering af telemedicinske løsninger
- Implementering af fælles nationale kliniske retningslinjer
- Udvikling af modeller hvor frivillige inddrages i forankring af fx motion og bevægelse efter borgeren har gennemgået forløbsprogram.

#### ***Udgangspunkt for indfrielse af mål***

- *Alle kommuner har implementeret eller er ved at implementere forløbsprogrammer for KOL og diabetes.*
- *63 pct. af kommunerne har eller er ved at etablere rehabiliteringstilbud til kræft-ramte som en del af forløbsprogrammet.*
- *41 pct. af kommuner har patientrettede forebyggelsestilbud for hjerte-kar.*
- *25 ud af 29 kommuner angiver at have eller have konkrete planer om at etablere tilbud i 2013.*

## **4. Dokumentation**

### **Skal være påbegyndt implementering i løbet af 2013**

- Kommunerne skal aktivt dokumentere og følge op på om indsatserne virker
- Alle kommuner skal arbejde systematisk med ledelsesinformation på sundhedsområdet og bringe informationen til anvendelse både politisk og administrativt
- Der udvælges 3-6 centrale indikatorer til opfølgning, som kommunerne forpligter sig til at benytte fremover med henblik på opfølgning i egen kommune og sammenligning af indsatser på tværs af kommuner
- Udviklingen af ledelsesinformationsgrundlaget skal ske i samarbejde med KL
- Kommunerne i Region Hovedstaden forudsætter at der på længere sigt nationalt udvikles fælles værktøjer til dokumentation og effektmåling til brug for kommunernes opfølgning.

### **Pilotprojekter som kan igangsættes i 2013 - gerne som tværkommunale samarbejder**

- 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.

#### ***Udgangspunkt for indfrielse af mål***



- *64 pct. af kommunerne udarbejder systematiseret ledelsesinformation på et af tre niveauer:*
  - *Politiske niveau: 39 pct.*
  - *Direktorniveau: 32 pct.*
  - *Faglederniveau: 54 pct.*
- *36 pct. af kommunerne udarbejder ikke systematisk ledelsesinformation.*