



Styring af sundhedsindsatsen

- få effekt af de kommunale indsatser

Indholdsfortegnelse

Side

Indledning	03
Den kommunale sundhedsindsats i centrum	04
Sundhedsforbruget varierer i kommunerne	05
Styringsanalyser til strategisk opfølgning	06
Skab overblik over behovet for indsats	07
Styring er også kritisk dialog med sygehuse	08
Alternativer til indlæggelse på sygehuset	09
Ældre kan undgå genindlæggelser	10
Fokus på de ældre medicinske patienter	11
Kommunale alternativer for de ældre medicinske patienter	12
Forebyg indlæggelser der ikke bør ske	13
Store udgifter til kronisk syge i kommunerne	14
Tilbud til kronisk syge erstatter sygehusbesøg	15
KOL-patienter kan hjælpes i hjemmet	16
Psykiske lidelser kræver tværgående indsats	18
De færdigbehandlede patienter skal hjem	19
Forebyggelse af korttidsindlæggelser	20
Rehabiliteringsindsatser der virker	21
Indsatser giver effekt på beskæftigelse	22
Skab incitament til de gode investeringer	23
Fælles initiativer giver stor effekt	24
Bemærkninger til nøgletal	26
Udvalgte nøgletal på sundhedsområdet	28

Indledning

Udviklingen af det borgernære sundhedsvæsen bliver en krumtap i fremtidens sundhedsvæsen. Og en forudsætning for sygehusenes fortsatte specialisering. Derfor er kommunernes styring af sundhedsindsatsen vital i løsningen af udfordringerne på sundhedsområdet. Flere opgaver skal løses i borgerens eget hjem. En effektiv rehabilitering og forebyggelse skal føre til mindre behov for dyre og uhensigtsmæssige sygehusindlæggelser. Og give mere selvhjulpne borgere. Det giver samfundsøkonomisk god mening. Det er en langt bedre løsning for borgeren, der får en mindre indgribende hjælp, mere skånsom behandling og undgår lang transporttid.

På Kommunal Økonomisk Forum 2012 er fokus rettet mod kommunernes erfaringer med styringstiltag i det nære sundhedsvæsen. KL vil i marts 2012 udsende et samlet udspil om fremtidens nære sundhedsvæsen. Udspillet vil tegne visionerne for kommunernes indsats i det nære sundhedsvæsen.

Sundhedsindsatsen i kommunerne skal kanaliseres der hen, hvor den har størst effekt. Vi skal have mest sundhed for pengene, og det kræver styring. Det stiller denne pjece skarpt på. Pjecen illustrerer en række eksempler på effektfulde kommunale sundhedsindsatser, der bl.a. kan nedbringe borgerens behov for at komme på sygehuset. Og indsatser med markante effekter på de sundhedsrelaterede udgifter på bl.a. beskæftigelses-, ældre- og socialområdet. Disse eksempler kan forhåbentlig bidrage til at inspirere andre.

Bagerst i pjecen findes en række af de nøgletal, der indgår i pjecen fordelt på alle 98 kommuner. Her kan den enkelte kommune finde sin egen placering i tabellen.

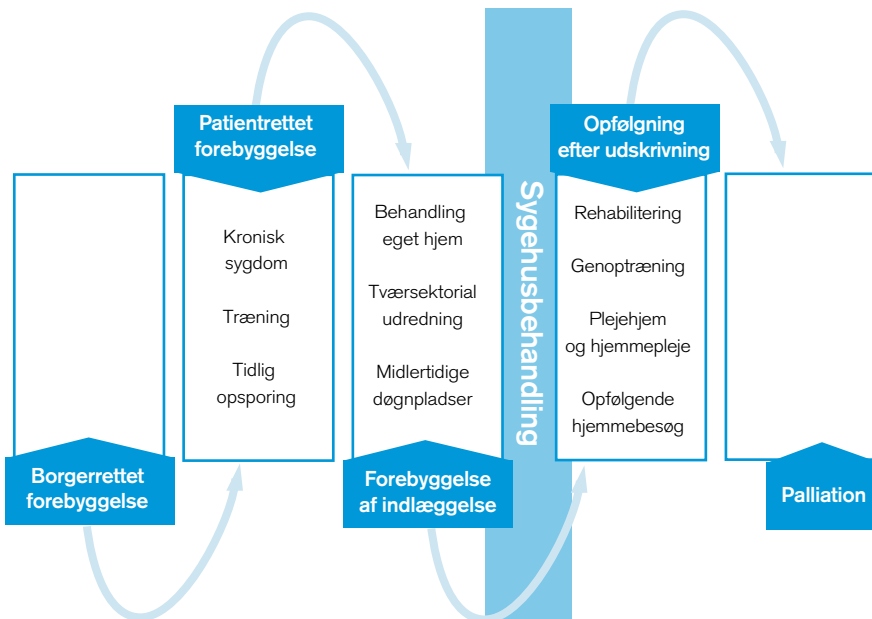
Den kommunale sundhedsindsats i centrum

Siden kommunalreformen har kommunernes rolle i sundhedsvæsenet udviklet sig markant. De nye opgaver inden for borgerrettet og patientrettet forebyggelse, genoptræning og rehabilitering samt den stigende opgavetyngde i hjemmehjælp og hjemmesygepleje betyder, at kommunerne i dag er en central aktør på sundhedsområdet. Og kommunerne har – som de eneste - mulighed for at tænke sundhedsindsatsen på tværs af kommunens velfærdstilbud. Målrættede

sundhedsindsatser kan på den måde give positive effekter på andre velfærdsområder.

Kommunernes sundhedsopgaver omfatter alle dele af sygdomsforløbet før og efter en eventuel sygehusbehandling.

Men hvilke sundhedsindsatser giver effekt? Og hvordan sikres en effektiv forebyggelsesindsats? Det er en central udfordring, som der ikke er et let svar på.



Sundhedsforbruget varierer i kommunerne

Find din egen kommunes faktiske og forventede medfinansieringsudgifter i bilagstabel søjle 1 og 2 bagerst i pjecen

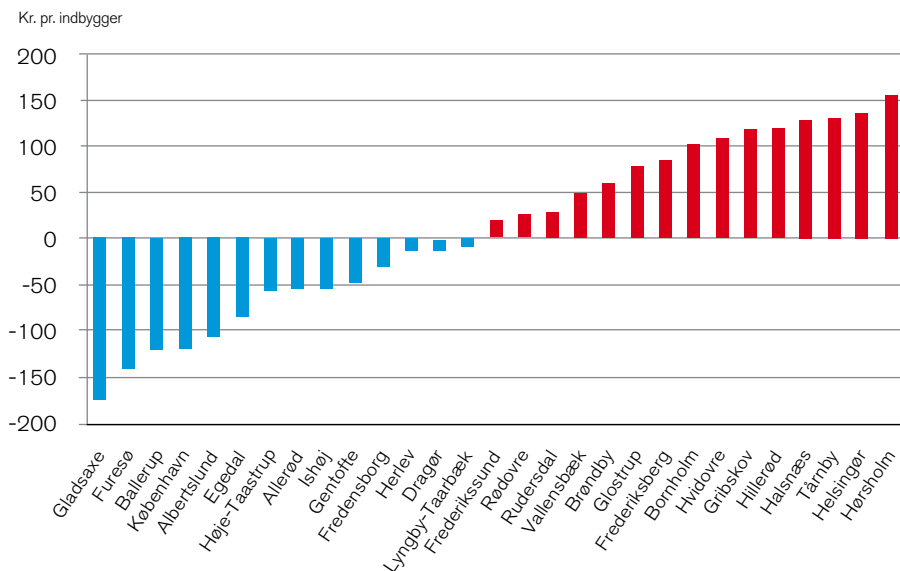
Der er store forskelle på hvor meget borgerne bruger sundhedsydelse i de forskellige dele af landet. Derfor er der også forskelle i kommunernes medfinansieringsudgifter. Det kan bl.a. skyldes forskelle i borgernes sundhedstilstand, sociale forhold og sygehuspraksis. Det kan forklare ca. 70 pct. af variationen i kommunernes udgifter i 2010.

Korrigerer man for disse strukturelle og sociale forskelle, er der fortsat stor forskel på kommunernes medfinansieringsudgifter.

En forskel der illustrerer noget af det potentiale, der ligger i at styre og få effekt af de kommunale sundhedsindsatser.

En måde at vise forskellen på, er ved at se på de faktiske og forventede medfinansieringsudgifter for kommunerne på baggrund af de sociale og strukturelle vilkår. Nogle kommuner har højere udgifter end deres vilkår tilsiger (positiv værdi), mens andre har lavere udgifter (negativ værdi). Nedenfor er vist forskellene i Region Hovedstaden.

Figur 1 Kommunale forskelle mellem faktisk og forventede medfinansiering, 2010 – Region Hovedstaden



Styringsanalyser til strategisk opfølgning

Se bilagstabel [søjle 7](#) for ventetid for genoptræning

Der er i dag en lang række oplysninger om borgernes forbrug af sundhedsydelser tilgængelige for kommunerne i eSundhed og herunder KØS. De informationer bør

anvendes aktivt til at målrette indsatsen og følge op på effekterne af kommunens indsats. Det har flere kommuner gode erfaringer med.

Systematisk opfølgning på sundhedsindsatsen

I Københavns Kommune har en kvartalsvis opfølgning på sundhedsdata målrettet sundhedsindsatsen og muliggjort sammenligninger indenfor kommunens lokalområder. Ledelsesinformationen følger op på måltal for bl.a. udviklingen i de patientrettede forebyggelsesforløb, rehabiliteringsforløb, sygepleje, faldforebyggelse og ventetid på genoptræning fordelt på lokalområder. Desuden sammenlignes antallet af forebyggelige indlæggelser på lokalområder blandt borgere i hhv. plejeboliger, rehabiliteringspladser og blandt hjemmepleje- og sygeplejemodtagere i egen bolig. Styringsinformationen sikrer opfølgning på indsatserne og vil løbende blive udvidet til også at evaluere effekten af de kommunale indsatser.

Styringsanalyser til opfølgning på indsatsen

Roskilde Kommune har gennemført en række initiativer i 2011, der har medvirket til at reducere antallet af u hensigtsmæssige indlæggelser (liggesår, dehydrering mv.) og forbedre udskrivningsforløbene. Et vigtigt aspekt i indsatsen har været at anvende sundhedsøkonomiske og omsorgsdata til at følge udviklingen i indlæggelser på plejecentrene og dermed effekten af indsatserne. Samtidig anvendes oplysningerne til at justere indsatsen fx på hjemmeplejedistrikter.



Skab overblik over behovet for indsats

Hvem har særligt behov for den kommunale sundhedsindsats? Og hvordan udvikler borgernes sundhedsforbrug sig? Hvilken effekt har den kommunale indsats? Det er centrale spørgsmål, der skal findes svar på.

Der er store forskelle i borgernes behov for sundhedsydelse pba. bl.a. sociale, uddannelsesmæssige og aldersmæssige forskelle. Derfor varierer sundhedsforbruget også inden for den enkelte kommune fx i forhold til bestemte boligområder. Den information bør kommunen anvende aktivt. Med analyser af hvor behovet er, kan kommunen i langt højere grad anvende ressourcerne rigtigt og prioritere indsatserne, hvor de giver mest effekt.



Budgettildeling pba. sundhedstilstand

Københavns Kommune har besluttet fra 2012 at indarbejde kommunens viden om, hvordan forbruget af sundhedsydelser fordeler sig i kommunen i fordelingen af sygeplejebudgettet blandt kommunens lokalområder. Budgettildelingen baserer sig dels på demografi og dels på hospitalshenvisninger til sygepleje og antallet af kroniske patienter. Dermed fordeles ressourcerne i højere grad til de områder, hvor behovet er størst.

Strategisk brug af sundhedsdata

Haderslev Kommune har i et samarbejde med Rehfeld og med afsæt i data fra eSundhed foretaget en kortlægning af udgifterne til aktivitetsbestemt medfinansiering, bl.a. for de forebyggelige indlæggelser. Kortlægningen er sket på skoledistriktsniveau. Den geografiske kortlægning giver anledning til at identificere forskelle mellem distrikterne. Dermed kan kommunens indsatser målrettes, så indlæggelser kan undgås. Oplysningerne bruges i såvel strategisk som i forebyggelsesmæssig henseende. På den måde opnås størst effekt af kommunens indsatser helt ned på distriktsniveau.

Styring er også kritisk dialog med sygehuse

Et vigtigt element i den kommunale styring er tæt dialog med sygehuse. Kommunen har en opgave i at stille kritiske spørgsmål til prioriteringer og effekter. Udviklingen på sygehuse med kortere liggetider, omlægning til mere ambulante behandling samt færre og mere specialiserede sygehuse påvirker kommunernes vilkår og opgaver. Forskelle i behandlingspraksis og prioriteringer i regioner

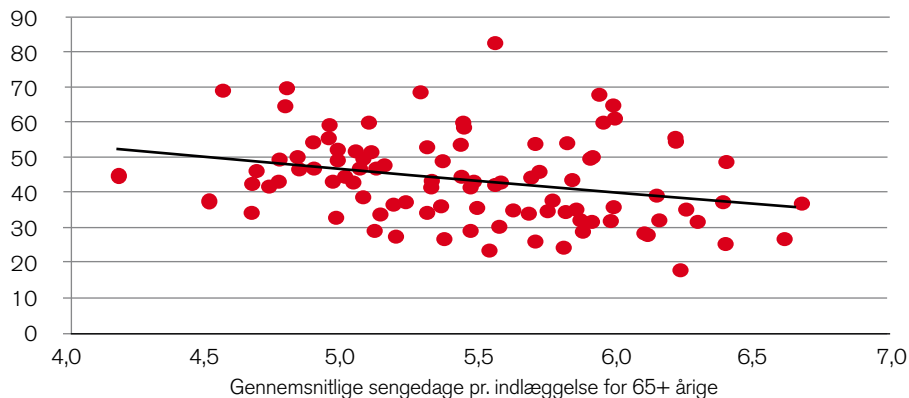
og på sygehuse giver forskellige vilkår for kommunerne.

Nedenstående figur viser fx, at kortere indlæggelsestider kan have betydning for antallet af genindlæggelser. At patienterne er indlagt kortere tid kan være rigtig fornuftigt – både for borgeren og samfundsøkonomien. Men det bør også være et afsæt for dialog og aftaler om, hvilke opgaver der flytter til kommunerne, og hvornår en borger er færdigbehandlet.

Den kommunale indflydelse på og dialog om sygehusplanlægningen er vigtig. Det har kommunerne i Region Nordjylland nu stillet skarpt på.

Figur 2 Sammenhæng ml indlæggelseslængde for 65+ årige og antal genindlæggelser pr. 1.000 65+ årige.

Antal genindlæggelser af 65+ årige pr. 1.000 65+ årige



Kommunerne inddrages i sygehusplanlægning

Kommunerne i Region Nordjylland har sammen med regionen aftalt en proces for en langt bedre inddragelse af kommunerne i forbindelse med regionens sygehusplanlægning. Det sker i regi af sundhedsaftalen

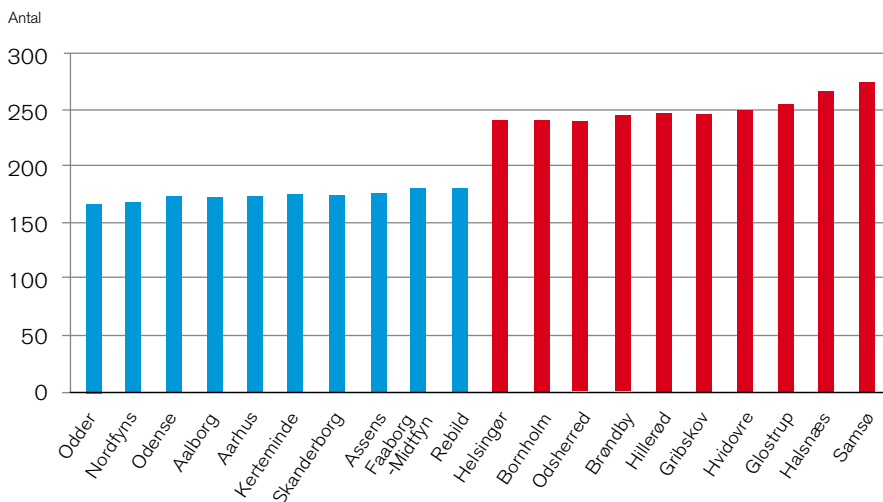
og vedrører også delplaner, fx akutplanen og fødeplaner, der har konsekvenser for kommunernes opgaveløsning. Dermed skabes bedre vilkår for styringen af de kommunale sundhedsopgaver.

Alternativer til indlæggelse på sygehuset

I 2010 var der mere end 1,1 mio. indlæggelser på sygehuse. 400.000 af disse er ældre borgere over 65 år. 70 pct. af samtlige indlæggelser er akutte, dvs. ikke planlagte. Nedenfor er vist en figur over de kommuner, der har den højeste og laveste indlæggelsesgrad. Der er ikke korrigeret for strukturelle og sociale faktorer.



Figur 3 Antal indlæggelser pr. 1.000 indbyggere i 2010 – 10 højeste og 10 laveste.



Kommunernes rolle i det borgernære sundhedsvæsen vedrører indsatser både før og efter indlæggelserne. Og kommunens sundhedsindsats kan påvirke antallet af akutte indlæggelser. Nogle indlæggelser kan helt undgås ved den rette forebyggelsesindsats,

nogle genindlæggelser kan forebygges ved en effektiv genoptrænings- og rehabiliteringsindsats, og nogle sygehusbehandlinger kan helt erstattes af (billigere) behandlingsindsatser i hjemmet og ved brug af velfærdsteknologi.

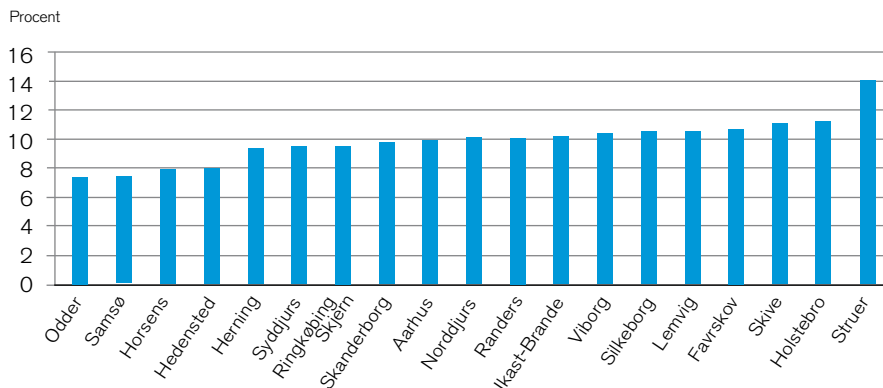
Ældre kan undgå genindlæggelser

Find din kommunes genindlæggelsesfrekvens i bilagstabel [søjle 5](#)

Hvert år udskrives mere end 400.000 ældre borgere fra sygehuset. Heraf genindlægges ca. 10 pct. i gennemsnit igen indenfor en måned. Der er derfor et stort potentiale i at få kontakt med de ældre, så snart de er udskrevet fra sygehuset. Og i at få sikret den rette indsats, så man undgår, at borgeren skal indlægges igen.

Der er væsentlige forskelle i, hvor mange af patienterne, der genindlægges (dvs. har en fornyet kontakt inden for 30 dage efter udskrivning). Her ses forskellene blandt kommunerne i Region Midtjylland.

Figur 4 Genindlæggelsesfrekvens blandt de 65+ årige, 2010, Region Midtjylland.



Færre genindlæggelser og lavere hjemmeplejeudgifter ved opfølgende hjemmebesøg

Flere kommuner bl.a. Glostrup, Ringkøbing-Skjern og Ikast-Brande har gode erfaringer med opfølgende hjemmebesøg. Får den ældre besøg kort efter udskrivning af almen praksis og hjemmeplejen, kan antallet af genindlæggelser reduceres. Det har bl.a. evalueringer fra DSI vist. En hurtig og helhedsorienteret indsats betyder altså færre genindlæggelser. Herudover falder kommunens udgifter til hjemmepleje markant som følge af besøgene. Evalueringen viser, at der er over 12.000 kroner at spare pr. borger i forhold til en kontrolgruppe, der ikke fik tilbudt besøg. På baggrund af de gode erfaringer bliver de opfølgende hjemmebesøg nu implementeret i hele Region Midtjylland.

Fokus på de ældre medicinske patienter

Find din kommunes medfinansieringsudgifter til ældre medicinske patienter i [bilagstabel søjle 3](#)

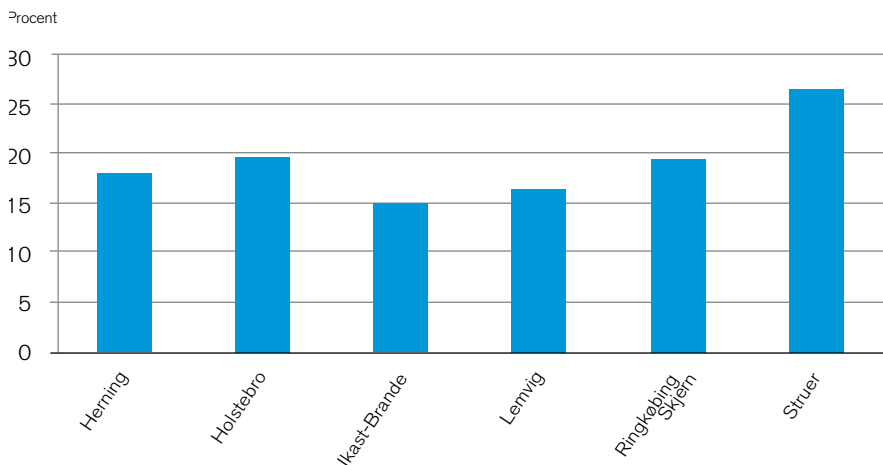
De ældre medicinske patienter udgør ca. 60 pct. af samtlige indlæggelser af borgere over 65 år. Det er patienter med en eller flere kroniske sygdomme og et stort indlæggelses- og omsorgsbehov. For mange kan det være en stor belastning at blive indlagt på sygehuset. De ældre medicinske patienter har et stort behov for en sammenhængende indsats, der går på tværs af afdelinger og sektorer. Her kan kommunernes sundheds- og rehabiliteringsindsats i fx ældrepleje og hjemmesygepleje gøre en afgørende forskel.

Sygehusforbruget blandt de ældre medicinske patienter varierer. Det kan naturlig-

vis være påvirket af sygehusenes praksis og effekt. Men selv indenfor samme sygehus er der markante forskelle mellem kommunerne på, hvor stor en del af patienterne, der fx genindlægges (dvs. indlægges indenfor 30 dage efter udskrivning).

Et eksempel ses på Holstebro Sygehus. Her varierer genindlæggelsesprocenten hos de ældre på medicinsk afdeling mellem 15 og 27 pct. blandt de kommuner, der primært benytter Holstebro Sygehus. Flere af disse kommuner samarbejder i regi af Vestklyngen om at forebygge uhenigtsmæssige indlæggelse.

Figur 5 Genindlæggelsesfrekvens for de 65+ årige på Holstebro Sygehus medicinsk afdeling, 2010, fordelt efter udvalgte kommuner.

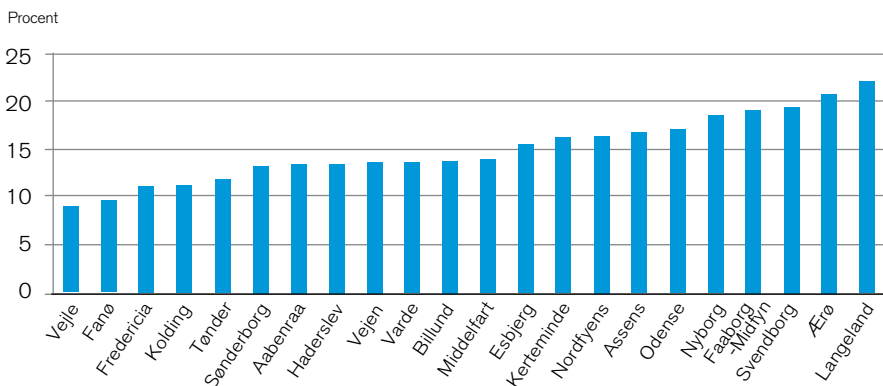


Kommunale alternativer for de ældre medicinske patienter

De ældre medicinske patienters andel af udskrivelser fra sygehuset er stigende. Samlet set koster indlæggelser af de ældre medicinske patienter ca. 9 mia. kr. Heraf medfinansierer kommunerne fra 2012 ca. 2 mia. kr. Hertil kommer udgifter til de ældre medicinske patienters øvrige træk på sundhedsvæsenet.

Mange ældre medicinske patienter genindlægges. Men der er også stor variation i genindlæggelsesfrekvensen. Nedenfor ses forskelle blandt kommunerne i Region Syddanmark. Her fremgår det, at genindlæggelsesfrekvensen i Vejle er på ca. 10 pct., mens den tilsvarende er mere end 20 pct. i Langeland Kommune.

Figur 6 Genindlæggelsesfrekvens blandt ældre medicinske patienter, 2010, Region Syddanmark.



Døgner rehabilitering som alternativ til indlæggelse

I Esbjerg Kommune har man sat fokus på at begrænse antallet af indlæggelser. Som en del af denne indsats har kommunen etableret et døgner rehabiliteringstilbud. Det betyder, at en række borgere som alternativ til at blive indlagt, kan få et tilbud i nærmiljøet. Tilbuddet medvirker også til at sikre et bedre udskrivningsforløb, så borgerne hurtigt bliver i stand til at klare sig selv. Borgerne visiteres enten fra sygehus eller fra eget hjem til tilbuddet, der har træning døgnet rundt. Resultaterne har allerede vist sig. Borgerne oplever et højere funktionsniveau, har behov for mindre hjælp og undgår indlæggelse på sygehuset. Det betyder en besparelse for Esbjerg Kommune på 6 mio. kr.

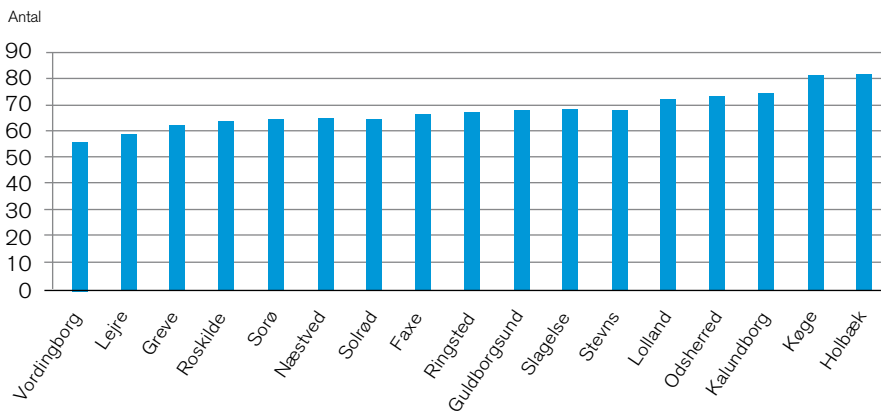
Forebyg indlæggelser der ikke bør ske

Find din kommunes indlæggelser med forebyggelige diagnoser i [bilagstabel søjle 4](#)

Hvert år er der mere end 64.000 indlæggelser med såkaldt "forebyggelige diagnoser" (lungebetændelse, urinvejsinfektioner, dehydrering, liggesår mv.). Det er udvalgte

sygdomsgrupper, som plejepersonalet i ældresektoren i høj grad har mulighed for at forebygge.

Figur 7 Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 65+ årige, 2010, Region Sjælland.



Forebyggelse af faldulykker koster ikke ekstra

Sønderborg Kommune har i flere år sat faldforebyggelse på dagsordenen. Systematisk registrering og udredning samt ændrede arbejdsgange med aktiv pleje har skabt resultater. Projektet har medvirket til, at 67 % af deltagerne generelt forbedrede det fysiske funktionsniveau og dermed risikoen for fald. Og det sker som en ændret indsats med indførelse af aktivitetsforløb i den daglige pleje. Når faldforebyggelsen er på plads, koster det ikke ekstra tid til opgaverne.

Forebyggelse af sår sparer tid

Sorø Kommune har gennem flere år valgt at sætte fokus forebyggelse og behandling af sår. Det har givet positive effekter for borgerne og økonomien. En tidlig indsats sikrer en kortere behandlingstid, mens forbruget af personale-timer og udgifter til materialer reduceres

Store udgifter til kronisk syge i kommunerne

Næsten 1,3 mio. danskere lider ifølge Sundhedsstyrelsen af en kronisk lidelse som diabetes, hjerte-karsygdomme, kroniske lungesygdomme, psykiske sygdomme og knogleskørhed/leddegigt. Mere end 70 pct. af danskerne over 65 år har mindst én kronisk sygdom. Og antallet af kronisk syge stiger i fremtiden.

Sundhedsudgifterne til borgere med kroniske lidelser er store. Der er ikke foretaget

en samlet opgørelse af de kommunale udgifter til kronisk syge. Men en analyse fra Københavns Kommune viser, at borgere med udvalgte kroniske lidelser trækker langt mere på de kommunale ydelser end de øvrige borgere. Der er dermed et stort potentiale – også økonomisk – i sundhedsindsatser overfor kronikere.

Analyse af merudgifter til kronikere

Københavns Kommune har i samarbejde med Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden fået opgjort kommunens merudgifter til borgere med fire kroniske sygdomme (KOL, diabetes, hjertekarsygdomme og kræft), i forhold til øvrige borgere. Kommunens merudgifter var på 1,1 mia. kr. til de 11 pct. af borgerne med kroniske lidelser, svarende til 26.000 kr. pr. kroniker. Mere end halvdelen af de sundhedsrelaterede merudgifter vedrører kommunale serviceydelser (hjemmehjælp, hjemmesygepleje, plejehjem mv.). Overførselsindkomster (førtidspension, sygedagpenge mv.) udgør en tredjedel af merudgiften, og medfinansiering af regionale sundhedsydelser udgør 10 pct. Resultaterne fra undersøgelsen giver en øget viden om borgere med kronisk sygdom, samt hvilke ydelser de forbruger. Denne viden anvendes bl.a. i budgettildelingen for hjemmesygepleje og i beregning af prognose for udgiftsudviklingen på området.

Kræftrehabilitering til gavn for patienter og samfundsøkonomi

Varde Kommune tilbyder borgere med kræft et rehabiliteringsforløb sammensat af en samtaledel og en træningsdel, så borgerne bliver rustet både psykisk og fysisk til at håndtere deres sygdom. Efter endt forløb fortsætter borgere i selvhjælpsgrupper. Konsekvensen er en samfundsøkonomisk gevinst, fordi borgerne opnår en bedre indslusning på arbejdsmarkedet, bliver bedre til at håndtere komplikationer og problemstillinger samt får støtte i selvhjælpsgrupper.

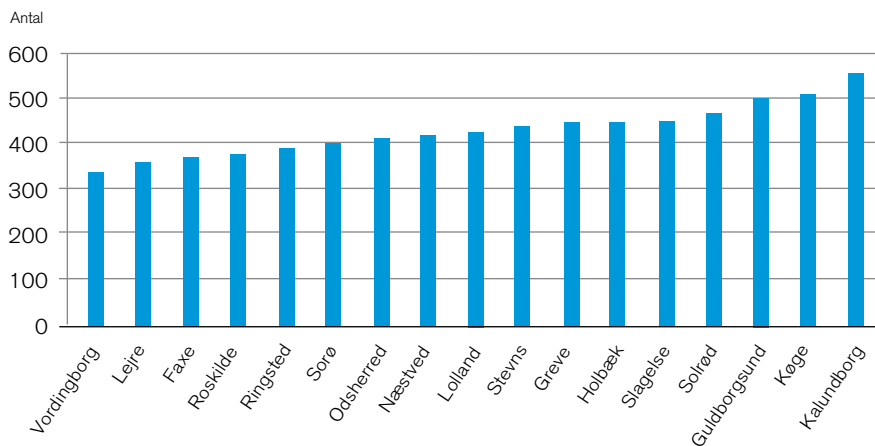
Tilbud til kronisk syge erstatter sygehusbesøg

Har man en kronisk lidelse har man ofte kontakt med sygehuset. En del af disse indlæggelser og kontroller er både dyre for samfundet og u hensigtsmæssige for borgerne. For en række kronisk syge kan

tilbud i det borgernære sundhedsvæsen være et godt alternativ.

En borger med kronisk sygdom er ikke bare en patient, men en borger, der har en række ressourcer, og som lever et almindeligt liv i kommunen. Der er et stort potentiale i at understøtte mennesker med kroniske lidelser i at mestre deres egen sygdom. Dermed udnytter man borgerens ressourcer bedre, og undgår dyre henvendelser til det specialiserede sundhedsvæsen.

Figur 8 Antal sygehuskontakter, hvor kontakten skyldes en kronisk sygdom pr. 1.000 65+ årige fordelt efter kommuner i Region Sjælland. 2010



Lær at tackle kroniske smerter

Frederiksberg Kommune har iværksat et projekt for borgere, der lider af kroniske smerter. Gennem kurser opnår borgerne værktøjer til selvhjælp såsom medicin og behandling, smertebehandling, samt håndtering af nedtrykhed, vrede og tab af arbejdsevne.

Kommunen forventer, at kurserne medvirker til færre besøg ved praktiserende læger og speciallæger og eventuelle indlæggelser. Det giver større livskvalitet og færre udgifter for kommunen.

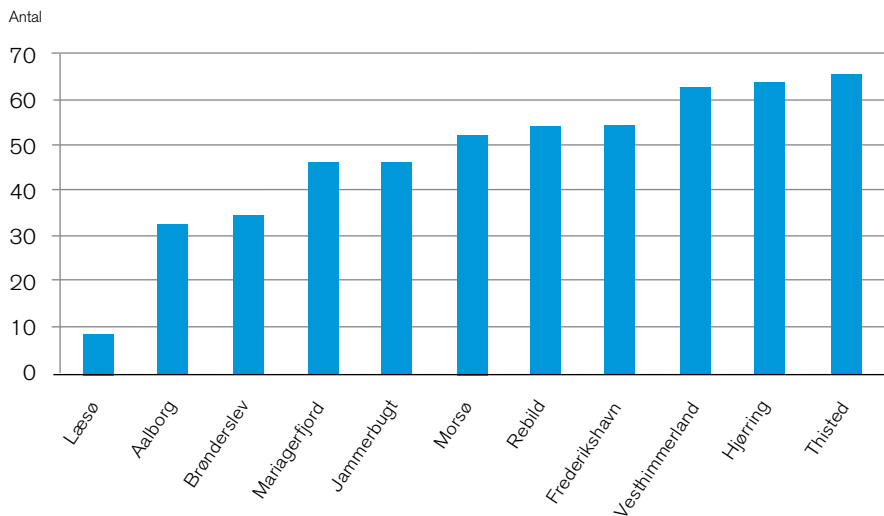
KOL-patienter kan hjælpes i hjemmet

En stor gruppe kronisk syge har rygerlunger (Kronisk Obstruktiv Lungesyndrom - KOL). Der er næsten 25.000 borgere, der i 2010 blev behandlet for KOL i sygehusvæsenet.

Mange af disse besøg består af kontrol og løbende genindlæggelser bl.a. pga. af ubehagelige kvælningss fornemmelser. Næsten 20 pct. af KOL-patienterne genindlægges indenfor en måned. Det er til stor gene for borgerne. Og det er dyrt for samfundet.

Neden for ses forskelle i KOL-patienters sygehusforbrug fordelt på kommunerne i Region Nordjylland.

Figur 9 Antal sygehuskontakter, hvor kontakten skyldes KOL pr. 1.000 65+ årige fordelt efter kommuner i Region Nordjylland. 2010.



Teknologi erstatter indlæggelser og kommunale ydelser

Med projekt "Telekat" i Aalborg Kommune er KOL-patienter gået fra at være patienter til borgere. KOL-patienterne bliver ikke længere indlagt på sygehuset, men har fået en databoks i hjemmet, der kan overføre oplysninger til sundhedspersonalet på sygehuset. Resultatet er at færre skal indlægges. Patienterne undgår dermed transporten til sygehuset, og samtidig skaber det øget tryghed for borgeren. Desuden betyder teknologien, at behovet for kommunal hjemmehjælp er reduceret. Det telemedicinske projekt er derfor nu besluttet udrullet til hele regionen.



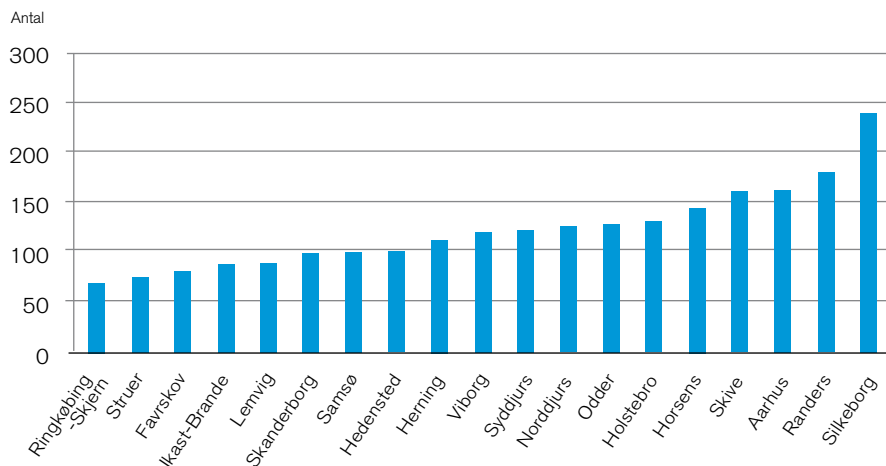
Psykiske lidelser kræver tværgående indsats

Personer med psykiske lidelser har ofte brug for tværgående indsatser, hvor sundhedstilbud samtænkes med andre kommunale indsatser og med behandlingsindsatsen på sygehuset. Det kan for nogle kræve et koordineret samarbejde mellem tilbud i behandlings- og socialpsykiatrien. Andre borgere med psykiske lidelser har

store potentialer i forhold til en tværgående beskæftigelsesindsats.

Nogle kommuner har etableret tætte samarbejder, der samtænker indsatser og forebyggelsesinitiativer både på tværs af kommunerne og i tæt samarbejde med sygehuset. Det giver gode resultater.

Figur 10 Antal psykiatriske sygehuskontakter pr. 1.000 indbyggere fordelt efter kommuner i Region Midtjylland, 2010.



Tæt samarbejde om ind- og udskrivning med sygehuset

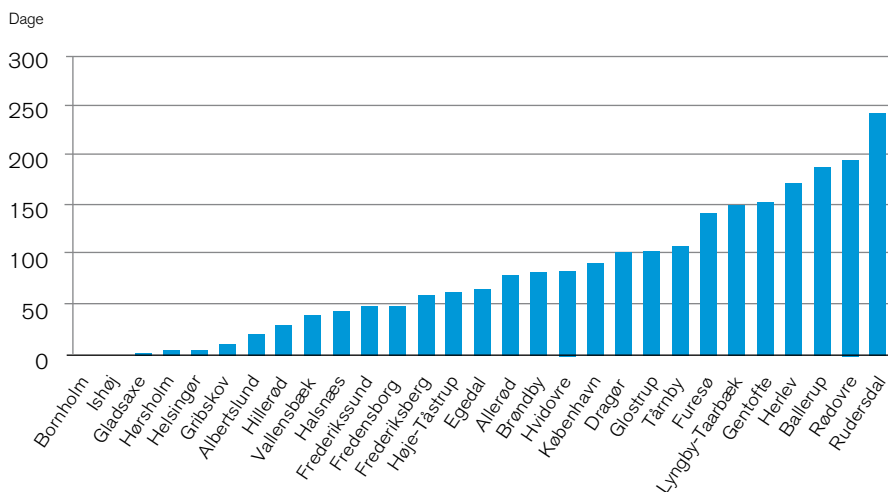
Struer Kommune har igennem en årrække udviklet et formaliseret samarbejde med nabokommunerne Lemvig og Holstebro samt Holstebro sygehus om ind- og udskrivning af psykiatriske patienter. Kommunen drøfter bl.a. på månedlige møder ind- og udskrivning af patienterne med sygehuset. Dette samarbejde er ifølge Struer Kommune medvirkende til et lavere sygehusforbrug for kommunen.

De færdigbehandlede patienter skal hjem

Mange borgere ligger på sygehuset efter de er færdigbehandlet. Det er en uhen-sigtsmæssig brug af dyre sygehussenge.

Og det er til gene for borgerne. Kommunerne har med en fokuseret indsats siden 2007 nedbragt antallet af færdigbehandlede, der venter på at komme hjem. Men der er fortsat et stort potentiale i at forbedre udskrivningen og forkorte ventetiden for de færdigbehandlede patienter. Kommunerne betaler en takst for hver dag færdigbehandlede patienter venter på at blive udskrevet.

Figur 11 Antal færdigbehandlede sengedage ved 1.000 udskrivinger i Region Hovedstaden, 2010.



Midlertidige sengepladser giver økonomisk gevinst

Glostrup Kommune konstaterede i 2009, at antallet af færdigbehandlede, der ventede på at komme hjem var meget højt. Derfor valgte kommunen at oprette en række midlertidige sengepladser for at skabe bedre udslusning fra sygehuset. Antallet af pladser er udvidet i 2010. Det har afkortet borgernes sygehusophold og reduceret kommunens udgifter til færdigbehandlede. Antallet af færdigbehandlede dage, som er afregnet med regionen i 2011 er halveret i forhold til 2010.

Find antallet af færdigbehandlede sengedage i din kommune i bilags-tabel søjle 6

Reduktion i færdigbehandlede sengedage

Frederiksberg Kommune har fra 2008 til 2010 nedbragt antallet af dage, hvor patienter venter, efter at de er færdigbehandlet fra ca. 5.500 dage til ca. 1.500 dage. Det er lykkedes som følge af en tæt dialog med regionen om registrering og varsling. Og det er resultatet af kommunale ordninger med udskrivnings- og forløbskoordinatører.

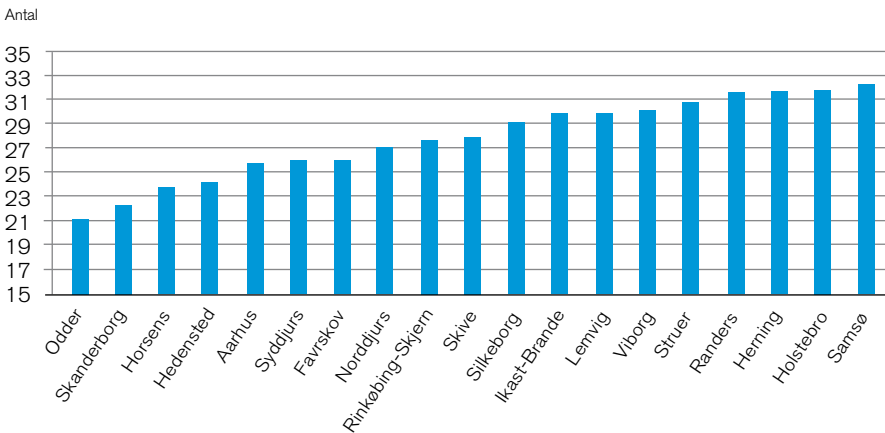
Forebyggelse af korttidsindlæggelser

Nogle indlæggelser indikerer i højere grad end andre, at der er alternativer hertil. Det gælder fx visse indlæggelser, hvor borgeren udskrives igen samme dag. Sådanne korttidsindlæggelser indikerer, at der er alternativer til en indlæggelse på sygehuset. Alternativer, der kan spare samfundet for udgiften til indlæggelse. Og alternativer,

der i nogle tilfælde kan løse borgerens behov på en mindre indgribende måde og tættere på borgerens hjem.

Flere kommuner har etableret alternativer til indlæggelser i form af fx akutfunktioner. Det har Viborg Kommune bl.a. gode erfaringer med.

Figur 12 Korttidsindlæggelser pr. 1.000 indbyggere i Region Midtjylland. 2010.



Akutpladser reducerer uhensigtsmæssige indlæggelser

Viborg Kommune konstaterede i 2010, at en meget stor del af de borgere, som indlægges, udskrives inden for 24 timer. Derfor vedtog kommunen en plan for at reducere disse indlæggelser. En vigtig brik i planen var oprettelse af et akutteam og en række akutpladser. Her sikrer et sygeplejefagligt beredskab, at en del af de borgere, der ellers skulle på sygehuset for behandling, i stedet kan behandles hjemme. Viborg Kommune har løbende dokumenteret indsatsen. Og den foreløbige evaluering viser, at ca. 20 pct. af forløbene har fungeret som alternativ til en indlæggelse.

Rehabiliteringsindsatser der virker

Kommunerne har en kæmpe styrke i at kunne tænke sundhedsindsatsen på tværs og koble den med øvrige indsatser på fx beskæftigelsesområdet eller ældreplejen. Mange kommuner har erfaringer med helhedsorienterede sundhedsindsatser, og i at tænke i indsatser på tværs. Det gælder fx rehabiliteringsindsatser, der har vist gode resultater på bl.a. ældreområdet.

87 pct. af kommunerne har indført rehabiliterende initiativer. En effektiv rehabilitering har en positiv økonomisk effekt på de kommunale ældre- og sundhedsudgifter. Og indsatsen medvirker til, at borgerne får et bedre helbred, bliver mere selvhjulpne og har brug for mindre hjælp.

Den der kan selv, skal selv!

Rebild Kommune har udviklet deres eget koncept for hverdagsrehabilitering - "den der kan, skal selv". Projektet blev igangsat i starten af 2011 og er nu udrullet til stort set alle plejecentre i kommunen. Konceptet er løbende blevet evalueret, og både på det faglige plan og på det økonomiske plan er projektet en succes. Projektet havde fra start et mål om, at 30 pct. af de deltagende borgere skulle gøres selvhjulpne, hvilket rent faktisk er lykkedes på denne korte tid. Derudover har 30 pct. fået et mindre behov for plejeydelser. Det giver en direkte økonomisk besparelse for kommunen. Og forbedrer de ældres livskvalitet.

Omstilling af ældreplejen skaber mindre brug for hjælp

Odense Kommune har gennemført en markant omstilling af ældreplejen med fokus på træning som hjælp. Fokus er at anerkende og understøtte borgernes mål for en selvstændig tilværelse. Og samtidig medvirke til, at kommunen fortsat har personale og økonomi til at levere kerneydelserne indenfor pleje og praktisk hjælp. Kommunen kan konstatere en god effekt på borgernes selvhjulpnehed og en reduktion i behovet for hjælp.

Indsatser giver effekt på beskæftigelse

Når en borger bliver syg er der risiko for at blive marginaliseret på arbejdsmarkedet. De menneskelige konsekvenser er store. Og det er de kommunale udgifter til fx sygedagpenge og førtidspension også.

Den tværgående sundhedsindsats i forhold til beskæftigelsesområdet har store potentialer.

Nogle kommuner har gode erfaringer med at målrette indsatserne mod bestemte grupper af patienter fx sindslidende med depression eller kronikergrupper. Og andre knytter indsatserne op på udskrivinger efter bestemte behandlinger.

Sygedagpengemodtagere med depression tilbage på arbejde

Brøndby Kommune har iværksat et helhedsorienteret kursusforløb for borgere på sygedagpenge med let til middelsvær depression. Der er tale om et aktivt tilbud med netværkssessioner, undervisning og motion med træningsvejledning. De foreløbige resultater viser yderst positive resultater, da borgerne har en hurtigere og mere vedholdende tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Hurtigere raskmelding i Århus Kommune

I Århus Kommune har en tværfaglig koordineret sundhedsindsats på beskæftigelsesområdet afkortet sygedagpengeperioden og fået flere tilbage på arbejdsmarkedet. Kommunen tilbyder borgere, der er henvist til genoptræning efter ortopædkirurgisk behandling fx en hofte- eller knæoperation til et særligt tilbud.

Tilbuddet består i en helhedsorienteret indsats, der sætter ind med genoptræning sammen med en fokuseret indsats i forhold til mulighederne for at vende tilbage på arbejdsmarkedet. Det har medført hurtigere raskmelding og kortere sygedagpengeperiode blandt de involverede. Det er til stor gavn for borgerne. Og kommunen sparer samtidig udgiften til sygedagpenge.

Skab incitament til de gode investeringer

Der skal være incitament til at investere i effektfulde indsatser. Også når de går på tværs af forvaltninger og sektorer. Og det gør rigtig mange sundhedsindsatser.

Fx kan en øget forebyggelsesindsats i hjemmeplejen medvirke til at reducere antallet af indlæggelser af ældre medicinske borgere og dermed få effekt på medfinansieringen af deres indlæggelser. Eller et tiltag, der forbedrer en kronikers sundhedstilstand og velbefindende, kan reducere udgifter til sygedagpenge på beskæftigelsesområdet.

Der er derfor behov for at sikre, at incitamenterne i kommunens styringsmodel peger i samme retning som den politiske prioritering af forebyggelsesindsatsen i kommunen. Det kan gøres ved forlods at indhente den forventede gevinst ved initiativet eller investeringen i budgetsituationen for derefter at fordele denne, hvor udgiften falder. Et eksempel herpå er hentet fra Aalborg, der har udviklet en budgetmodel til formålet.

Styringsmodel der sikrer incitament til effektive investeringer

I Aalborg Kommune har man besluttet at ledsage forebyggelsesindsatserne med en incitamentsmodel, der understøtter forebyggelsesindsatserne. Mange sundhedsindsatser er tværgående så indsats og effekt ikke falder indenfor samme forvaltning. Derfor har kommunen indført en styringsmodel, der skal sikre de rette incitament til at iværksætte effektive indsatser.

Modellen baserer sig på en investeringsstrategi, hvor gevinsten tilfalder den forvaltning, som skaber den. Fordelingen af gevinsten aftales i forbindelse med iværksættelsen af initiativet. Denne styringsmodel sikrer, at kommunens mål om at sikre effektive forebyggelsesindsatser også understøttes af de økonomiske incitamentsstrukturer i kommunen.

Fælles initiativer giver stor effekt

Mange kommuner har rigtig gode erfaringer med tværgående indsatser i samarbejde med sygehuset. En god kommunikation og fælles forebyggelsesindsatser skaber store resultater. Det

gælder bl.a. i forhold til tidlig opsporing, kommunikation om bedre udskrivningsforløb og brug af telemedicin som alternativ til sygehusbehandling, som nogle af de følgende eksempler illustrerer.

”Hold hjulet i gang” sikrer tidlig opsporing i ældreplejen

Roskilde Kommune har i samarbejde med Roskilde Sygehus om projektet ”Hold hjulet i gang” skabt et mere sammenhængende forløb for bl.a. de ældre medicinske patienter. Og samtidig undgået en række u hensigtsmæssige indlæggelser. Et element i indsatsen består af et kompetenceløft i hjemmeplejen og en mere systematisk overvågning af, om en ældre borgers funktionsevne falder. Her anvendes det såkaldte ”Drejehjul” som værktøj. Det er en papskive med 6 fokuspunkter (fx hjemmet, spise/drikke, medicin) for, hvad hjemmehjælperen skal være opmærksom på. Kontakt til hjemmesygeplejersken sikrer, at der følges op på observationerne, så man tidligt forebygger, at det bliver værre og måske fører til en indlæggelse på sygehuset.

Den kommunale ISBAR

Ikast-Brande Kommune har sat fokus på kommunikation som en del af forebyggelsesindsatsen. Kommunen har bl.a. i et af distrikterne udviklet en guide (ISBAR) for dialog med samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet. Det betyder, at dialogen er struktureret både i forhold til rækkefølge og nødvendige informationer. Erfaringerne er, at overgangene bliver forbedret, fordi der sker færre misforståelser, og alle informationer indhentes i første omgang. Ikast-Brande kommunes erfaring er, at god kommunikation medvirker til færre genindlæggelser.

Sårbehandling med telemedicin

Med projektet ”Sår i Syd” får sårpatienter i bl.a. Haderslev mulighed for at blive behandlet i hjemmet. Behandlingen foregår ved, at sygeplejersker, der allerede kommer i hjemmet, kommunikerer direkte med sygehuset via telemedicinske løsninger. Sårbehandlingen betyder færre indlæggelser og skaber mindre behov for hjemmesygepleje og hjælpemidler. Det er der god økonomi i. Og det er samtidig til gavn for patienterne.



Bemærkninger til nøgletal

Tabellen indeholder udvalgte nøgletal på sundhedsområdet. Data er fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses Informati-onssystem eSundhed eller fra Danmarks Statistik. Alle data er fra 2010.

Søjle 1

De faktiske udgifter til kommunal medfinansiering i alt pr. indbygger

Søjlen viser den samlede afregnede kommunal medfinansiering i 2010, som omfatter somatik, psykiatri og sygesikring.

Søjle 2

De forventede udgifter til kommunal medfinansiering i alt pr. indbygger

Søjlen viser de forventede udgifter til medfinansiering pr. indbygger estimeret på baggrund af en model bestående af psykiatriske patienter, fysiske handicappede og antal fuldtidsspeciallæger pr. 100.000 indbyggere. En nærmere beskrivelse findes nedenfor.

Søjle 3

Kommunal medfinansiering til ældre medicinske patienter pr. 65+ årige

Søjlen viser udgifter til kommunal medfinansiering til 65+ årige, som har været indlagt akut på en medicinsk afdeling.

Søjle 4

Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 65+ årige

Antal 65+ årige, som indlægges akut med

en forebyggelig diagnose dvs. blodmangel, knoglebrud, tarminfektion, blærebetændelse, nedre luftvejssygdom, forstoppelse, væskemangel, sukkersyge, tryksår samt sociale og plejemæssige forhold.

Søjle 5

Genindlæggelser af 65+ årige i pct.

Søjlen viser fornyede kontakter inden for 30 dage uafhængig af diagnose af 65+ årige ift. samlede akutte indlæggelser af 65+ årige.

Søjle 6

Antal færdigbehandlede sengedage ved 1.000 udskrivninger

Søjlen viser antal færdigbehandlede sengedage, dvs. det antal sengedage patienterne ligger færdigbehandlet på sygehuset efter endt behandling, sat i forhold til antal udskrevne patienter. Tallet er opgjøret udelukkende for somatiske patienter. Dvs. det antal sengedage, som færdigbehandlede patienter venter på sygehuset, hver gang der udskrives 1.000 patienter. Nøgletallet viser således ikke noget om, hvorvidt kommunen har et højt antal færdigbehandlede patienter eller om kommunen har mange borgere som venter meget længe på sygehuset efter endt behandling.

Søjle 7

Ventetid på genoptræning

(antal dage, median)

Data over ventetid for genoptræning (antal dage) er beregnet som medianen. Det skal bemærkes, at der er forhold som gør, at ventetiden kan være faglig begrundet. Fx hvis genoptræningen først kan igangsættes efter sårheling.

Særlige bemærkninger til søjle 2

For at kunne sammenligne kommunernes udgifter til medfinansiering er at der er flere forhold, som gør, at udgifterne i kommunerne ikke er helt ens. Det gælder naturligvis også på sundhedsområdet.

Når kommunernes medfinansieringsudgifter skal sammenlignes er der derfor valgt at korrigere for kommunernes rammebetingelser. Rammebetingelser er i denne sammenhæng faktorer, som politikerne i den enkelte kommune ikke umiddelbart har indflydelse på. Det gælder bl.a. de socioøkonomiske, strukturelle faktorer samt udbudsfaktorerne.

Til brug for sammenligninger mellem kommunerne anvendes regressionsanalyser, der undersøger hvilke rammebetingelser, der har betydning for de samlede medfinansieringsudgifter pr. indbygger. Den bedste model til at forklare den samlede medfinansieringsudgift pr. indbygger er baseret på følgende forklarende variable:

- Fysisk handicappede
- Psykiatriske patienter
- Antal fuldtidsspeciallæger pr. 100.000 indbyggere.

Når man læser tabellens søjle 1 og søjle 2, kan man således se den enkelte kommunes faktiske medfinansieringsudgifter og sammenligne dem med et beregnet udgiftsniveau for medfinansiering. Tabellen illustrerer dermed, om en kommunes medfinansieringsudgifter ligger højere eller lavere end det, man kan forvente på baggrund af kommunens strukturelle og sociale vilkår.

En mere uddybende forklaring til tabellen kan findes på: www.kl.dk/Aktuelle-temaer/Det-nare-sundhedsvasen/

Udvalgte nøgletal på sundhedsområdet

	Søjle 1	Søjle 2	Søjle 3	Søjle 4	Søjle 5	Søjle 6	Søjle 7
	Faktiske udgifter til kommunal medfinansiering i alt pr. indb., 2010	Forventede udgifter til kommunal medfinansiering pr. indb.	Kommunal medfinansiering til ældre medicinske patienter pr. 65+ årige, 2010	Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 65+ årige, 2010	Genindlæggelser af 65+årige i pct., 2010	Antal færdigbehandlede sengedage ved 1.000 udskrivninger - somatik, 2010	Ventetid på genoptræning (antal dage, median), 2010
	Kr. pr. indb.	Kr. pr. indb.	Kr. pr. 65+	Antal	Pct.	Dage	Dage
Region Hovedstaden							
165	Albertslund	2.136	2.240	1.192	11,2	23	21
201	Allerød	1.853	1.905	981	16,1	82	18
151	Ballerup	2.184	2.301	1.047	7,4	191	18
400	Bornholm	2.188	2.085	1.082	18,8	1	14
153	Brøndby	2.392	2.331	1.322	13,0	85	19
155	Dragør	2.016	2.027	739	9,3	105	21
240	Egedal	1.799	1.882	976	14,0	69	12
210	Fredensborg	2.025	2.055	1.110	14,1	52	16
147	Frederiksberg	2.277	2.191	1.485	14,2	63	19
250	Frederikssund	2.062	2.041	1.113	17,1	50	13
190	Furesø	1.846	1.986	971	11,3	144	10
157	Gentofte	2.047	2.096	1.128	8,9	155	10
159	Gladsaxe	2.136	2.309	1.158	7,6	4	22
161	Glostrup	2.404	2.325	1.555	12,1	106	26
270	Gribskov	2.151	2.032	1.156	14,8	14	18
260	Halsnæs	2.294	2.166	1.238	17,0	47	18
217	Helsingør	2.239	2.104	1.232	13,0	8	21

163	Herlev	2.260	2.271	1.077	62	8,5	174	15
219	Hillerød	2.153	2.032	1.266	95	17,3	33	34
167	Hvidovre	2.369	2.258	1.424	91	13,4	87	18
169	Høje-Taastrup	2.193	2.248	1.284	62	11,7	65	23
223	Hørsholm	2.141	1.984	1.049	71	11,7	7	8
183		2.254	2.306	1.178	58	9,7	2	20
101	København	2.133	2.249	1.417	109	12,2	94	16
173	Lyngby-Taarbæk	2.169	2.176	1.129	84	9,5	152	13
230	Rudersdal	2.037	2.008	1.049	72	11,0	243	13
175	Rødovre	2.263	2.236	1.141	72	7,1	198	24
185	Tårnby	2.286	2.155	1.053	79	11,1	111	19
187	Vallensbæk	2.089	2.037	1.066	47	11,2	42	42

Region Sjælland

320	Faxe	1.936	1.897	972	66	10,8	35	21
253	Greve	1.963	2.021	868	62	11,2	35	14
376	Guldborgsund	2.105	2.077	799	67	7,5	4	21
316	Holbæk	2.003	1.920	965	81	13,8	6	21
326	Kalundborg	2.054	2.006	942	74	11,8	5	14
259	Køge	2.053	2.002	853	80	11,0	39	22
350	Lejre	1.923	1.953	993	58	11,0	24	14
360	Lolland	2.032	2.205	920	71	8,8	1	11
370	Næstved	2.021	1.952	1.060	64	9,6	2	29
306	Odsherred	2.156	2.058	895	73	12,6	16	28
329	Ringsted	1.905	1.899	785	67	10,3	5	14
265	Roskilde	2.028	2.053	1.098	63	11,0	86	4
330	Slagelse	2.036	1.961	771	67	11,4	10	25
269	Solrød	1.909	1.868	782	64	8,1	31	30
340	Sorø	1.879	2.025	692	64	11,2	0	14
336	Stevns	1.953	1.849	776	68	10,8	34	25
390	Vordingborg	1.982	2.040	895	55	8,9	3	17

Fortsat
**Udvalgte nøgletal
 på sundhedsområdet**

Søjle 1 Søjle 2 Søjle 3 Søjle 4 Søjle 5 Søjle 6 Søjle 7

Faktiske udgifter til kommunal medfinansiering i alt pr. indb., 2010

Forventede udgifter til kommunal medfinansiering pr. indb.

Kommunal medfinansiering til ældre medicinske patienter pr. 65+ årige, 2010

Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1.000 65+ årige, 2010

Genindlæggelser af 65+årige i pct., 2010

Antal færdigbehandlede sengedage ved 1.000 udskrivninger -somatik, 2010

Ventetid på genoptræning (antal dage, median), 2010

Kommune	Kr. pr. indb.	Kr. pr. indb.	Kr. pr. 65+	Antal	Pct.	Dage	Dage
Region Syddanmark							
420 Assens	1.899	1.990	871	54	20,9	19	36
530 Billund	1.914	1.999	938	72	15,4	13	23
561 Esbjerg	2.243	2.206	1.023	82	16,9	14	19
563 Fanø	1.974	2.039	650	55	13,2	3	85
607 Fredericia	2.168	2.010	1.051	74	11,8	5	19
430 Faaborg-Midtfyn	1.882	1.983	890	40	23,3	38	36
510 Haderslev	2.091	2.052	993	62	15,3	4	25
440 Kerteminde	1.925	1.943	763	45	22,1	4	26
621 Kolding	1.956	1.974	961	71	12,2	10	21
482 Langeland	2.275	2.073	1.012	52	26,6	115	23
410 Middelfart	1.969	2.004	917	66	15,7	2	21
480 Nordfyns	1.874	1.968	828	61	20,0	10	14
450 Nyborg	2.014	2.107	845	39	23,8	5	42
461 Odense	1.964	2.032	922	69	20,6	35	33
479 Svendborg	2.018	2.043	960	46	23,6	13	33
540 Sønderborg	2.182	2.084	1.007	61	16,0	6	19
550 Tønder	2.077	2.117	800	54	14,2	16	23
573 Varde	1.921	1.978	817	59	15,7	4	13
575 Vejen	1.939	2.019	858	60	15,8	5	14
630 Vejle	1.955	1.958	963	75	11,1	14	21
492 Ærø	2.069	2.067	214	50	22,6	23	26
580 Aabenraa	2.008	2.015	856	57	15,5	6	20

Region Midtjylland

710	Favrskov	1.749	1.787	960	65	15,9	19	12
766	Hedensted	1.855	1.819	866	62	11,9	16	12
657	Herning	1.814	1.875	1.054	69	13,2	1	19
661	Holstebro	1.900	1.845	1.229	78	15,9	17	15
615	Horsens	2.083	1.957	1.034	73	11,5	16	22
756	Ikast-Brandø	1.805	1.810	1.054	67	14,6	3	17
665	Lemvig	1.925	1.822	1.130	64	15,2	51	11
707	Norrdjurs	1.989	1.998	965	58	15,5	0	16
727	Odder	1.725	1.807	846	64	11,1	41	18
730	Randers	1.965	1.995	909	70	14,2	3	23
760	Ringkøbing-Skjern	1.733	1.809	1.000	59	13,6	3	13
741	Samsø	2.323	2.150	914	96	11,2	15	11
740	Silkeborg	1.960	1.846	1.009	71	16,1	4	14
746	Skanderborg	1.765	1.787	891	60	15,2	17	19
779	Skive	1.993	1.902	1.074	63	16,0	5	23
671	Struer	1.879	1.851	1.139	72	20,0	11	17
706	Syddjurs	1.868	1.876	950	60	14,1	3	21
791	Viborg	2.004	1.897	1.132	71	15,0	5	15
751	Aarhus	1.847	1.971	1.081	75	14,9	35	21

Region Nordjylland

810	Brønderslev	1.793	1.870	884	67	13,1	8	15
813	Frederikshavn	1.987	1.854	1.024	75	14,4	42	28
860	Hjørring	1.940	1.837	980	79	14,7	5	19
849	Jammerbugt	1.766	1.858	865	69	13,1	4	22
825	Læsø	1.603	1.840	615	47	8,8	0	0
846	Mariagerfjord	1.814	1.890	908	66	10,6	20	15
773	Morsø	1.928	2.058	959	65	14,8	4	15
840	Rebild	1.696	1.748	870	59	12,0	2	25
787	Thisted	1.893	1.979	988	66	17,0	6	16
820	Vestthimmerlands	1.885	1.859	1.052	73	15,8	21	8
851	Aalborg	1.764	1.824	832	66	10,5	26	21

Styring af sundhedsindsatsen

– få effekt af de kommunale indsatser

Copyright KL
udgave, 1. oplag 2012

Pjecen er udarbejdet af
KLs Økonomiske Sekretariat i forbindelse
med Kommunal Økonomisk Forum 2012

Pjecen kan downloades på
www.kl.dk/Aktuelle-temaer/Det-nare-sundhedsvasen

KL
Weidekampsgade 10
2300 København S
Telefon 3370 3370

