

Inspirations-
katalog til
sundhedsklyngerne



KL

Indledning

Dette katalog har til formål at inspirere til og give eksempler på udfordringer og problemstillinger, der kan adresseres i de kommende sundhedsklynger.

Kataloget sætter ord og billeder på mulige temaer eller udfordringer, som kan være relevante inden for sundhedsklyngernes virkefelt.

Hensigten er *ikke* at pege på bestemte udfordringer eller bestemte temaer, som *skal* tages op i sundhedsklyngerne. Dette skal naturligvis fastlægges i det lokale samarbejde og politiske rum og med udgangspunkt i de udfordringer, klyngens population særligt vil kunne drage fordel af.

Kataloget er bygget op om seks temaer, som i udgangspunktet er beskrevet som centrale for klyngernes virke i lovgivningen: Den ældre medicinske patient, borgere med kronisk eller psykisk sygdom mv. Indledningsvist tegnes et billede af de udfordringer, som særligt kan være kendetegnende for denne gruppe af borgere, herunder hvilke kommunale vinkler, der kan være ift. at tage temaet op i en sundhedsklynge. Herefter gives eksempler på centrale data på landsplan, samt hvilke data det vil være muligt for klyngerne at tage udgangspunkt i og følge ift. indsatser på området. Endeligt gives eksempler på konkrete problemstillinger, der kan drøftes, ligesom det vil være muligt at finde links til allerede igangsatte eller gennemførte indsatser mv., der kan tjene til inspiration.

Som supplement til idékataloget er der udarbejdet datapakker for hver klynge, som giver et første indblik i den population, som de enkelte klynger har ansvar for, og som ligeledes kan inspirere til drøftelser om de temaer, sundhedsklyngerne kan beskæftige sig med.

Indholdsfortegnelse

<i>Den ældre medicinske patient</i>	3
<i>Børn, unge og voksne med psykiske problemstillinger</i>	6
<i>Borgere med kroniske sygdomme</i>	8
<i>Børn og unges mentale trivsel</i>	10
<i>Forebyggelse og social ulighed i sundhed</i>	12
<i>Den bedste brug af den samlede kapacitet i sundhedsklyngen</i>	14
<i>Adgang til lægefaglige kompetencer</i>	16

Den ældre medicinske patient



Vi bliver flere ældre i Danmark. Med alderen følger flere sygdomme og funktionstab. Den multisyge ældre medicinske patient er ofte ikke selv i stand til at mestre sin egen sygdom og har måske ikke indblik og kendskab til eget forløb på sygehus, egen læge og i kommunen. Det afspejles bl.a. i antallet af genindlæggelser, hvor den ældre medicinske patient er svært overrepræsenteret.

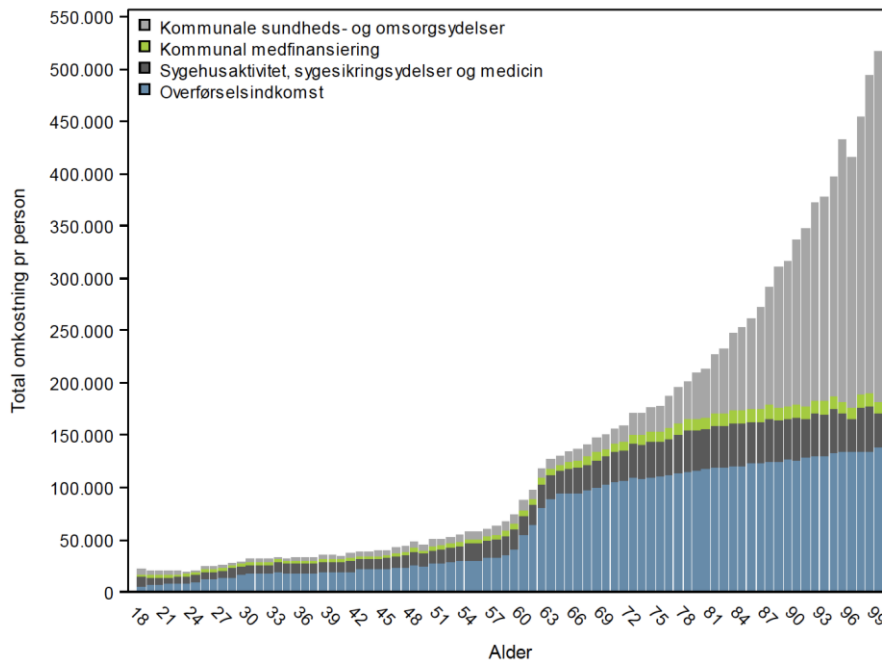
Den ældre medicinske patient fylder også på de ca. 3.500 midlertidige pladser, kommunerne har opbygget i takt med, at sygehusene har reduceret antallet af senge på de medicinske afdelinger. Ligeledes fylder den ældre medicinske patient på det kommunale akutområde og i hjemme(syge)plejen. Alle kommuner har i dag en form for akutfunktion, enten i form af udkørende teams eller sengepladser. Akutfunktionen skal ifølge Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder forebygge forværring af akut sygdom gennem tidlig, proaktiv indsats og følge op på sygehusets pleje- og behandlingsindsats. Kommunernes større rolle understreger betydningen af et stærkt samarbejde med sygehuset om de – ofte fælles – ældre medicinske patienter.

Mange ældre modtager således flere indsatser på tværs af sektorer og der er et stort fælles forebyggelsespotentiale, hvis sektorerne kan understøtte tidlig opsporing og samarbejde om bedre behandlingsforløb. Et stærkt tværsektorielt samarbejde er afgørende for, at borgeren og borgerens pårørende oplever et sammenhængende forløb og smidige overgange mellem hospital, almen praksis og kommune.

Jo ældre borgerne er, jo flere af sundheds- og plejeudgifterne ligger i kommunalt regi, jf. figur 1. Fra et kommunalt perspektiv er det derfor afgørende, at borgerne er selvhjulpne så længe som muligt og så vidt muligt lærer at håndtere egen sygdom, når den støder til. Når først borgerne har behov for massiv pleje, behandling og indlæggelse, er samspillet med sygehus og almen praksis afgørende for, at kommunerne kan håndtere borgerne lokalt. For borgerne er det forbundet med betydelig livskvalitet at forblive selvhjulpne længst muligt.

Fra et kommunalt perspektiv kan sundhedsklyngerne fx arbejde med, hvordan forløbene for de ældre medicinske patienter tilrettelægges bedst muligt i samspil mellem sektorerne. Hvordan understøttes borgerne i at kunne forblive i eget liv længst muligt, og hvordan kan fx teknologi understøtte borgeren i håndtering af egen sygdom. Hvordan kan vi fælles arbejde for at undgå unødvendige (gen)indlæggelser fx ved at have fokus på tidlig opsporing.

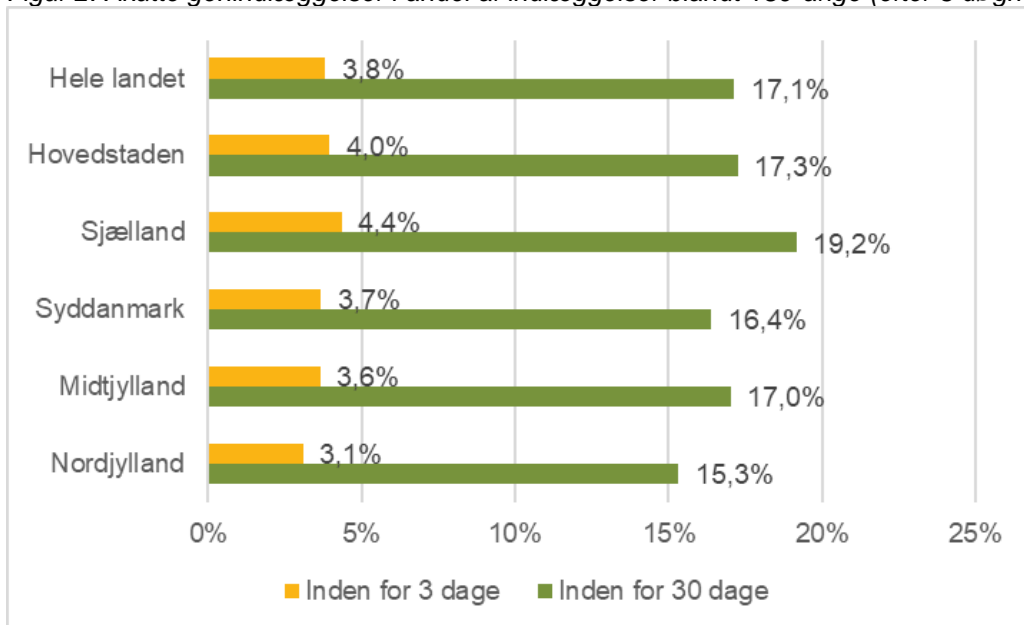
Figur 1. Aldersopdelte omkostninger pr. person opdelt på forskellige typer af ydelser



Kilde: Nielsen, et al.: Omkostninger til kommunale sundheds- og omsorgsydelser blandt borgere med kronisk sygdom i Region Hovedstaden, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden; 2016.

Figur 1 viser, hvordan de samfundsmæssige omkostninger for en borger stiger med alderen. Den viser herudover, at kommunens andel af udgifter stiger meget kraftigt fra, at borgeren er ca. 80 år gammel og frem.

Figur 2. Akutte genindlæggelser i andel af indlæggelser blandt +80-årige (efter 3 døgn og 30 døgn)



Kilde: KL's egne beregninger pba. e-sundhed.

Figur 2 viser antallet af genindlæggelser blandt borgere, som er 80 år eller ældre i forhold til antallet af indlæggelser for samme aldersgruppe. For hele landet gælder, at 17 pct. af indlæggelser blandt +80-årige resulterer i genindlæggelsen inden 30 dage, og af disse genindlæggelser sker over 20 pct. inden for de første 3 døgn.

- Skulle man arbejde med ovenstående problemområde, ville det fx være interessant at følge data for omfanget af hjemmebehandling, udviklingen af aktuelle genindlæggelser fra målgruppen evt. fordelt på diagnose og sygehusafdeling, målgruppe og belægning på akutte og subakutte tilbud mv.

Forslag og eksempler på temaer, man kan tage op i klyngerne:



- › At kortlægge og tage stilling til den udvikling, som allerede er i gang, hvor mere behandling rykker ud i hjemmet/nærområdet. Se fx [Ældre borgere kan blive indlagt på eHospital i Næstved | Næstved Kommune \(naestved.dk\)](#) eller [Om Tværsektoriel Stuegang \(nordsjaellandshospital.dk\)](#)
- › At sikre aftaler med sygehus om det lægefaglige behandlingsansvar når borgeren udskrives fra sygehus samt anden relevant opfølgning. Se fx [Model for behandlingsansvar 72 timer \(regionh.dk\)](#) og [Tæt samarbejde har ført til lavere dødelighed \(sygehuslillebaelt.dk\)](#)
- › At aftale yderligere adgang til relevante lægelige kompetencer og samarbejde om at undgå genindlæggelser. Se fx samarbejdet i Aalborg hvor borgerne, der er i akuttilløbet ført tilsyn af en speciallæge i ældre medicin [Ugentlige lægebesøg har halveret antallet af genindlæggelser for de skrøbeligste ældre | TV2 Nord](#). Eller i Aarhus [Fælles indsats halverer antal genindlæggelser | Sygeplejersken, DSR | Fag & Forskning 2016, nr. 3](#)
- › At indgå aftaler med praktiserende læger om fuld dækning af plejehjemmene i sundhedsklyngen, jf. plejehjemslægeordning [Flere og flere plejehjemsbeboere har glæde af fast læge \(kl.dk\)](#)
- › At lave aftaler om rammerne for eventuel udredning og behandling i hjemmet/nærområdet, ud fra politisk fastsatte hensyn (mål for service til borgeren, krav om den bedste benyttelse af ressourcerne mv).
- › At se på sundhedsklyngens akutte og subakutte tilbud og hvordan de spiller sammen. Se fx [Nyt deldøgnsafsnit aflaster Akutmodtagelsen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital - Dagens Medicin](#)
- › At arbejde mere aktivt med, hvad de pårørende kan bidrage med og drøfte mulighederne for hvordan pårørende og frivillige kan løfte opgaver på tværs af klyngen fx med inspiration fra [Veje til et selvstændigt ældreliv \(kl.dk\)](#).

Børn, unge og voksne med psykiske problemstillinger



Mange borgere med psykiske problemstillinger modtager indsatser eller støtte fra både kommune, praktiserende læge og ambulante og/eller stationære sygehusfunktion. Det øger risikoen for, at de forskellige indsatser ikke samarbejder tilstrækkeligt omkring borgerens recovery- og rehabiliteringsproces.

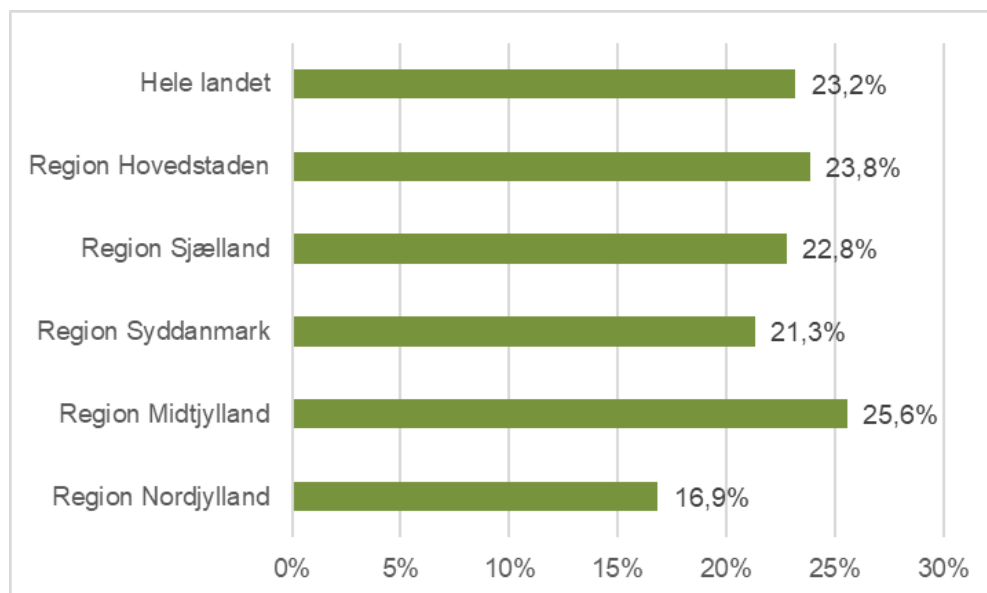
Børn, unge og voksne med psykiske problemstillinger rammes desuden også oftere af livsstilssygdomme, set i forhold til den øvrige befolkning og mange står udenfor uddannelse og arbejdsmarkedet.

Fra et kommunalt perspektiv er samarbejdet med både almen praksis og den regionale psykiatri (både ambulatorier og sengeafsnit) derfor meget relevant for sundhedsklyngerne. Ønsket er en mere klar arbejdsfordeling, bedre dialog og gensidig udveksling af viden og kompetencer. Desuden kan større fleksibilitet i forløbene være til gavn for den enkelte borger/patient.

I Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til en 10-års plan for mental sundhed og psykiatri, der blev offentliggjort i januar 2022, fremhæves det bl.a., at manglende sammenhæng på tværs af sektorer er en af de væsentligste udfordringer i indsatsen til mennesker med psykiske problemstillinger.

Derfor anbefaler Sundhedsstyrelsens faglige oplæg bl.a. systematisk implementering af faste kontaktpersoner i alle sektorer og forpligtende samarbejdsstrukturer på tværs af socialpsykiatrien i kommunerne, det specialiserede socialområde (for børn og unge), beskæftigelsesområdet, den regionale psykiatri, somatiske afdelinger og almen praksis. Alle indsatser som med fordel kan drøftes i sundhedsklyngerne.

Figur 3. Akutte psykiatriske genindlæggelser i andel af indlæggelser i det pågældende område.



Kilde: E-sundhed

Figur 3 viser, hvor mange psykiatriske indlæggelser der resulterer i en akut genindlæggelse inden 30 dage.

- Når man arbejder med ovenstående problemområde vil det være interessant at følge data fx for beboere med psykiske problemstillinger på botilbud, og deres forbrug af den regionale psykiatri, almen praksis og hjemmesygepleje samt udviklingen i akutte (gen)indlæggelser og tvangsindlæggelser. Udvikling i indlæggelsestid og antal ambulante kontakter over tid fordelt på diagnoser. Udvikling i antal borgere som modtager samt hvilke typer af støtte efter serviceloven og/eller sundhedsloven, som borgere der er diagnosticeret i psykiatrien, modtager i kommunalt regi. Udvikling i beskæftigelses- og uddannelsesfrekvens for borgere diagnosticeret i psykiatrien.

Forslag og eksempler på temaer, man kan tage op i klyngerne:



- › Drøfte hvordan der sikres en tidlig opsporing af borgere i risiko for forværring af deres situation. Fx hvordan samarbejdet mellem botilbud/bostøtte og den regionale psykiatri og almen praksis styrkes.
- › Drøfte hvordan forløb for børn og unge med psykiske problemstillinger kan forbedres, fx med inspiration i initiativet fremskudt funktion i Syddanmark, hvor kommuner og region har styrket det tværsektorielle samarbejde om børn i alderen 6-18 år, se [Fremskudt funktion - tiltag for børn og unge på 6-18 år \(psykiatriensyddanmark.dk\)](https://www.psykiatriensyddanmark.dk)
- › Aftale hvordan klyngen på tværs af sektorer, funktioner og enheder sætter fokus på og arbejder med afstigmatisering af psykisk sygdom. Landsindsatsen EN AF OS under Sundhedsstyrelsen har fx udarbejdet et materiale om, hvordan man kan arbejde med ulige behandling af mennesker med psykisk sygdom i mødet med det somatiske sundhedsvæsen: [Ulighed i sundhed | fra en af os \(ulighed-i-sundhed.dk\)](https://www.ulighed-i-sundhed.dk)
- › Aftale hvordan sundhedsklyngen kan understøtte at borgerne tilses af almen praksis og modtager relevant behandling for somatiske sygdomme fx fokus på implementering af aftale om sundhedstjek på botilbud [Ny overenskomstaftale er et vigtigt skridt for det nære sundhedsvæsen \(kl.dk\)](https://www.kl.dk).
- › Afprøve udgående botilbudsteams, eller andre modeller, der gør, at den lægefaglige rådgivning og sparring fra den regionale psykiatri er til rådighed for botilbuddene, så forværring i borgernes tilstand imødegås før en indlæggelse, bliver nødvendig. Her kan fx læses om Psykiatrisk Center Amager, der har etableret et botilbudsteam, der samarbejder med en række botilbud i de omkringliggende kommuner: [Botilbudsteam \(psykiatri-regionh.dk\)](https://www.psykiatri-regionh.dk)
- › Aftale fælles kompetenceudvikling, delestillinger eller udveksling mellem personalet i den regionale psykiatri, almen praksis, hjemmesygepleje og botilbud med henblik på bedre at forstå hinandens felt.
- › Drøfte samspillet mellem botilbud og psykiatrien med fokus på den bedste brug af ressourcer og hensynet til borgerne fx [Personer med skizofreni i botilbud sendes hurtigere hjem fra hospitalet \(kl.dk\)](https://www.kl.dk)
- › Tage stilling til, hvordan det generelt sikres, at løsninger, der aftales i regi af sundhedsklyngerne, tager afsæt i borgerens liv ud fra et helhedsperspektiv, så løsningerne modsvarer dette, fx gennem brug af tilgangen som 'åben dialog' og inddragelse af relevante kompetencer fra socialområdet, behandlingspsykiatri, beskæftigelsessystem, peers mv.

Borgere med kroniske sygdomme



Antallet af danskere med kroniske sygdomme er stadig stigende. Der er stor social ulighed både i sygdomsforekomst og i om og hvor meget, borgerne deltager aktivt i rehabiliterings- og behandlingsforløb.

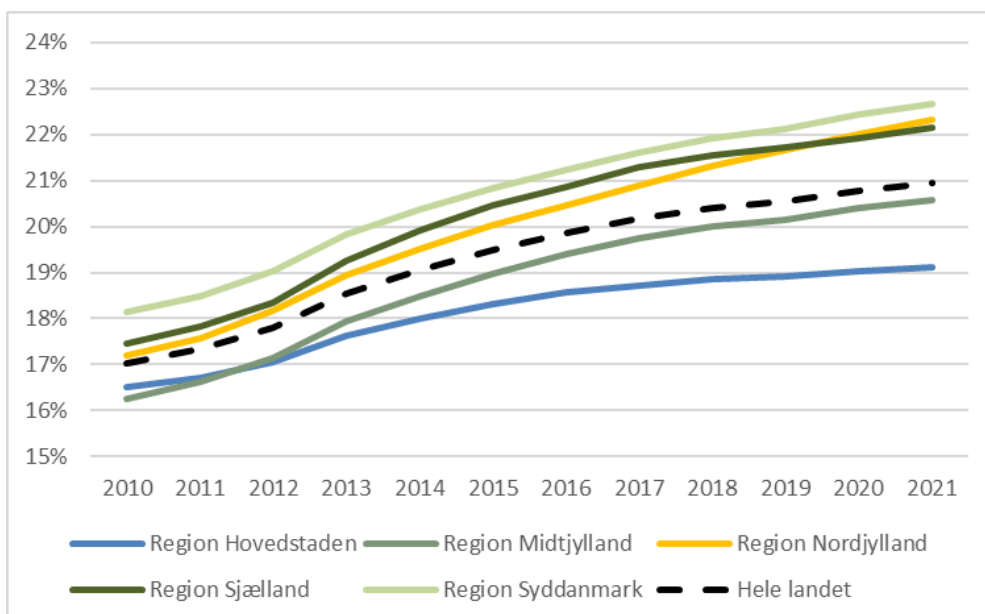
Med overenskomsten for almen praksis ønskes en stor del af behandlingen for borgere med diabetes og KOL flyttet til almen praksis, men der er stadig en stor del af de kronisk syge borgere, også dem med diabetes og KOL, som ses på sygehusene. Med omlægningen af sygehussektoren og den udvikling, vi ser i kronisk sygdom, er der ikke kapacitet til at fortsætte sådan.

Fra et kommunalt perspektiv er det afgørende, at flest mulige borgere, som får kronisk sygdom forbliver selvhjulpne og fastholdes i beskæftigelse (hvis de er i den erhvervsaktive alder). Brug af velfærdsteknologi og telemedicin kan understøtte borgere med kronisk sygdom at være selvhjulpne, samtidig med at ressourcer hos kommuner, almen praksis og hospitalerne bruges bedst muligt og i højere grad hos de borgere der særligt har behov.

De forløb, som tilbydes borgerne, skal tage udgangspunkt i både borgerens behov og muligheden for egenomsorg – hvor borgerne kommer med vidt forskellige forudsætninger. Det er vigtigt, at der tilbydes indsatser, som passer med borgerens livssituation. Derudover skal sundhedsvæsenets ressourcer målrettes de borgere, der har størst behov, mens flere borgere skal klare mere selv ved hjælp af en tidlig indsats.

For at imødekomme alle behov kan det være vigtigt at arbejde med, at ambulante besøg eller rehabilitering kan foregå i nærområdet og fx med virtuel understøttelse. For nogle borgergrupper er nærhed afgørende for deltagelsen i rehabiliterings- og forebyggelsesindsatser. Det skal nøje overvejes, hvilken type indsatser der er den rigtige: Piller og operation kan med fordel suppleres - eller i nogle tilfælde erstattes - med træning eller rehabilitering og undervisning i sygdomsmestring mv.

Figur 4. Andel af borgere med kronisk sygdom i pct. af befolkningen i området



Kilde: RUKS

Figur 4 viser andelen af kronikere i pct. af befolkningen i det pågældende område. På landsplan er denne andel steget fra 17 pct. i 2010 til 21 pct. i 2021.

- ➔ Skulle man arbejde med ovenstående problemområde ville det være interessant at følge data for fx målgruppernes størrelse, sygdomsbillede og sygehusforbrug, antallet af henvisninger til kommunale forebyggelsestilbud, effekten af kommunale forebyggelsestilbud, antallet af borgere i målgruppen for en operation, som gennem træning undgår operation, antallet af borgere med kronisk sygdom på sygedagpenge og førtidspension mv.

Forslag og eksempler på temaer, man kan tage op i klyngerne:



- › At sætte fokus på og aktivt følge op ift. at alle relevante borgere med kronisk sygdom bliver henvist til en afklarende samtale i kommunen med henblik på et forebyggelsestilbud. Se fx: [Mange læger glemmer kommunale forebyggelsestilbud \(kl.dk\)](#)
- › At arbejde målrettet for at nå de sårbare borgere fx gennem differentierede indsatser [Tingbjerg Changing Diabetes](#) og øget tilgængelighed fx via mobile ambulatorier og sundhedscentre [Det Mobile Sundhedscenter \(fmk.dk\)](#)
- › At dele viden om kommunernes tilbud og drøfte om der er behov for understøttelse fra andre parter.
- › At afprøve nye initiativer, hvor træning og rehabilitering kan spille en større rolle i behandlingen end i dag, fx træning før (eller i stedet for) operation. Se fx [Forebyggelse af indlæggelser og operationer hos borgere med Claudicatio Intermittens - Fredericia Sundhedshus](#)
- › At arbejde med en fælles fortælling til borgere med kronisk sygdom om hvordan forløbet skal være og hvilke krav der er til borgeren selv, samt efterleve denne fortælling i alle sektorer.
- › Inddrage velfærdsteknologi i drøftelser og planlægning af tilbud borgerne fx [Fælles erklæring om velfærdsteknologi](#) eller [elderly-care-v10919.pdf \(healthcaredenmark.dk\)](#)
- › At have fokus på tværfagligt samarbejde omkring borgerens sygdom, fx for borgere med diabetes [Tværfaglig indsats mod diabetes | VPT](#)
- › At omlægge hjerterehabilitering fase 2 til kommunalt regi i flere kommuner og for alle borgere i målgruppen. Se fx [triple-aim-rapport-fase-2-hjerterehabilitering.pdf \(rm.dk\)](#)
- › Ny professor: "Det handler ikke om flere ydelser, men om at gøre det klogere" ([fysio.dk](#))
- › Udvikling og afprøvning af tværsektorielle samarbejdsmodeller inden for kronisk sygdom: [Udvikling af samarbejdsmodeller på tværs af sektorer for mennesker med type 2-diabetes - VIVE](#)

Børn og unges mentale trivsel



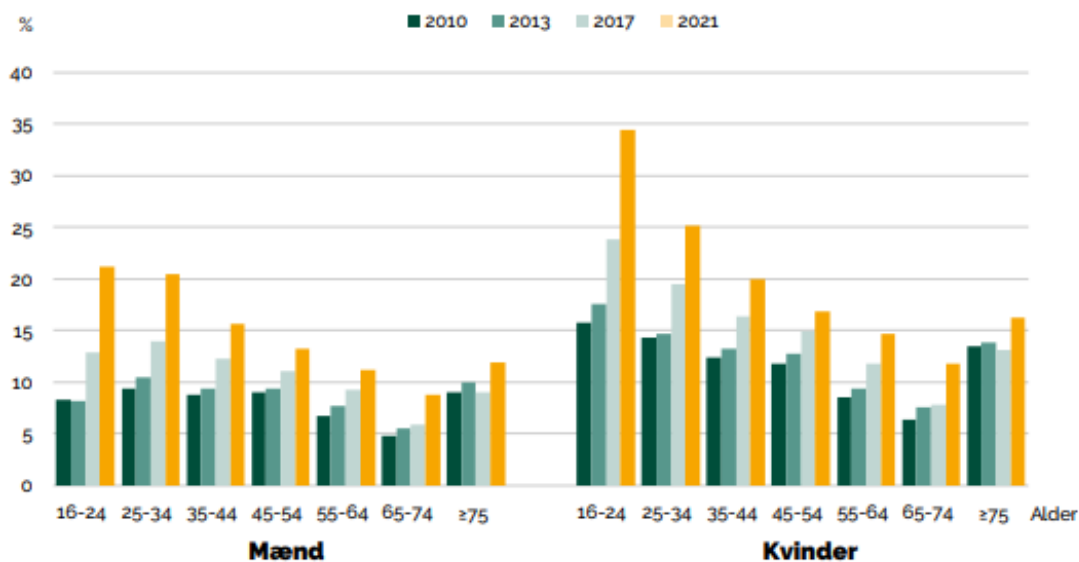
De nyeste tal fra Danskernes Sundhedsprofil 2021 viser, at 839.000 borgere over 16 år har dårligt mentalt helbred, og værst er det blandt de unge. Mental mistrivsel er et stigende problem i Danmark, og har været det de seneste år.

Mentale helbredsproblemer (se grøn boks for begrebsafklaring) tidligt i livet øger risikoen for psykiske og fysiske sygdomme samt negative sociale konsekvenser senere i livet med manglende inklusion, tilknytning til arbejdsmarkedet, uddannelse mv. Der er derfor incitament til en tidlig indsats – både for at understøtte borgernes generelle trivsel og for at undgå et fremtidigt træk på sundhedsvæsenet og kommunale ydelser.

En rettidig indsats allerede tidligt i børns skolegang kan være en vigtig forudsætning for senere i livet at kunne finde fodfæste, trives mentalt og afslutte en uddannelse. Samtidig kan en ungdomsgeneration med høj mental trivsel og aktiv deltagelse i fællesskaber bidrage til vækst og gode sociale miljøer i lokalsamfundet. Ungdommen er fremtiden og ved at give dem de bedst mulige vilkår i livet sikres samfundets fundament og stabilitet.

Fra et kommunalt perspektiv er mental sundhed en problemstilling, der kan drøftes i sundhedsklyngerne, idet samarbejdet om at give ungdommen den bedst mulige støtte og adgang til et liv uden mentale helbredsproblemer, kræver en tværsektoriel indsats. Hvis vores sundhedssystem skal kunne opfange og hjælpe de unge på rette vej, skal sektorovergangene være flydende og tæt koordinerede. Der er et stort potentiale i effektiv forebyggelse og flere sikkerhedsnet, der kan gribe de unge, før det er for sent.

Figur 5. Andelen af borgere som oplever lav mental trivsel



Kilde: Danskernes Sundhed, Den nationale sundhedsprofil, SDU

Figur 5 viser udviklingen i andelen af borgere, der oplever lav mental trivsel fordelt på aldersgrupper og køn. Der er i alle grupper en tendens til, at flere oplever lav mental trivsel i 2021, end de har gjort i tidligere år. Dog falder unge kvinders mentale trivsel i øjnene, hvor knap 35 pct. af de 16-24-årige oplever lav mental trivsel i 2021.

- ➔ Skulle man arbejde med ovenstående problemområde, ville det være interessant at følge data fra fx sundhedsprofilen, optag og frafald fra ungdomsuddannelser, kontakter til almen praksis grundet psykiske vanskeligheder og henvisninger fra almen praksis til gratis psykologordning, aktivitet i psykiatrien mv. Derudover kan skolefravær, generel trivsel og sundhedsplejerskens undersøgelser, som fx udskolingsundersøgelsen, bidrage med data til problemstillingen.

Begrebsafklaring:

Mental sundhed: En tilstand af velbefindende, hvor individet kan udnytte sit potentiale, kan håndtere dagligeudfordringer, kan arbejde produktivt og gavnligt og bidrage til fællesskabet)

Mentale helbredsproblemer: Vedvarende problemer med adfærd, emotioner, udvikling; endnu ingen diagnose.

Psykisk sygdom: Alvorlige symptomer, alvorlig påvirkning af daglig funktion, opfylder kriterierne for en psykiatriske diagnose ud fra ICD 10/11 eller DSM 5.

Forslag og eksempler på temaer, man kan tage op i klyngerne:



- › Etablere et partnerskab med uddannelsesinstitutioner, foreninger og de unge selv med henblik på at fremme mental trivsel. [Sund Ung og Center for Mental Sundheds tilbud til unge \(aalborg.dk\)](https://www.aalborg.dk/sundhedstilbud-til-unge)
- › Kortlægge sundhedsklyngens forebyggende/tidlige tilbud til målgruppen og målgruppens vej gennem klyngens tilbud.
- › Drøfte om der er huller, som der kunne findes løsninger på og arbejde ud fra en fælles strategi [punkt 59 bilag 2 kkr strategi unges sundhed.pdf \(frederiksberg.dk\)](https://www.frederiksberg.dk/strategi-unges-sundhed)
- › Fælles kompetenceudviklingstiltag på flere niveauer og fælles videndeling om hinandens tilbud
- › Implementere virksomme metoder til opsporing og tidlig indsats. <https://sundhedstilbud.aalborg.dk/stress/stressforebyggelse-saerligt-for-unge-16-25-aarige-%C3%A5ben-og-rolig/> og [Vinder af Den Gyldne Tråd 2021: Halsnæs opspor børn med mistrivsel - Kommunal Sundhed](https://www.gylden-trad.dk/vinder-af-den-gyldne-trad-2021-halsnaes-opspor-berne-med-mistrivsel-kommunal-sundhed)
- › Drøfte hvordan civilsamfundet og fællesskaberne kan spille en rolle. [Flere i Fællesskaber - Nye veje ud af ensomhed og ind i fællesskaber \(silkeborg.dk\)](https://www.silkeborg.dk/flere-i-faellesskaber-nye-veje-ud-af-ensomhed-og-ind-i-faellesskaber)

Forebyggelse og social ulighed i sundhed



En stærk forebyggelsesindsats er afgørende for, at borgerne kan leve et langt og sundt liv med en høj livskvalitet. Det er samtidig vigtigt at sikre den optimale brug af medarbejderressourcer i fremtidens sundhedsvæsen, og vi skal derfor sørge for at gribe problemerne, før de vokser sig store.

Rygning, alkohol, kost og fysisk aktivitetsniveau er afgørende for individets helbred og for risikoen for at udvikle kroniske sygdomme som kræft, hjertekarsygdomme, diabetes og KOL. Derudover kan der være store psykosociale konsekvenser af fx et overforbrug af alkohol.

De livsstilsrelaterede faktorer medfører samtidig en betydelig social ulighed i sundhed – der er ofte sammenhæng mellem forhold som køn, alder og uddannelsesniveau og livsstil. Skal vi lykkes med at løfte danskernes samlede sundhed, skal vi derfor have alle grupper for øje og møde alle borgere med den rette indsats.

Rygning er den forebyggelige enkeltfaktor, som har størst betydning for dødeligheden i Danmark. Der er en meget klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der ryger dagligt. Alkoholindtag har også en stor betydning for folkesundhed og dødelighed, og danskerne har et højt alkoholforbrug sammenlignet med de andre nordiske lande. Her er ofte fokus på de helt unge – med god grund. Men de ældre har faktisk det høje alkoholindtag til fælles med unge. En tredjedel af de 65-74-årige mænd drikker mere end 10 genstande om ugen – mens det ”kun” gælder for knap en fjerdedel af de 16-24-årige.

Fra et kommunalt perspektiv er det vigtigt, at sygehuse og almen praksis har kendskab til de tilbud, der findes i kommunalt regi og systematisk henviser til dem. Det gælder især forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom med fokus på fx sygdomsmestring, rygning, fysisk træning, ernæring og alkohol. Men også forebyggelsestilbud til raske borgere, fx rygestopkurser. Almen praksis og hospitaler har en række kontakter til borgerne, og det er derfor vigtigt med et stærkt tværsektorielt samarbejde ift. henvisninger.

Figur 6 viser rygevaner blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Andelen, der ryger dagligt, er klart størst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau. I denne gruppe ryger 32,4 pct. af mændene og 25,6 % af kvinderne. Til sammenligning ryger kun 9,5 % af mændene og 8,8 % af kvinderne blandt dem, der har en lang videregående uddannelse. For alle uddannelsesgrupper ryger mændene mere end kvinderne.

→ Skulle man arbejde med ovenstående problemområde ville det være interessant at følge data fra fx sundhedsprofilen ift. kost, alkohol, rygning og motion for forskellige grupper, data for henvisninger fra almen praksis og hospital til kommune forebyggelsestilbud mv.

Begrebsafklaring:

Borgerrettet forebyggelse er forebyggelse til raske borgere. Borgerrettet forebyggelse skal medvirke til at sikre, at sygdomme og ulykker ikke opstår. Kommunen har ansvaret for at skabe rammer for sund levevis.

Patientrettet forebyggelse skal modvirke, at sygdomme forværres hos den gruppe af borgere, der har en kronisk sygdom e.l. Kommunen får ansvaret for den del af den patientrettede forebyggelse, der finder sted, når patienten ikke er i behandling på sygehus eller hos den praktiserende læge.

[F69660BA049649D68187AD1C12281CA6.ashx \(sst.dk\)](https://www.sst.dk/F69660BA049649D68187AD1C12281CA6.ashx)

Figur 6. Rygevaner blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2021. Aldersjusteret procent.

		Grundskole	Kort uddannelse	Videregående uddannelse
Mænd	Ryger dagligt	32,4	18,7	9,5
	Ryger mindst én gang om ugen	1,5	2,1	2,0
	Rygere sjældnere end hver uge	0,7	1,9	2,7
	Har tidligere røget	34,6	36,2	34,8
	Har aldrig røget	30,8	41,2	51,0
	I alt	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner		5.655	27.797	29.792
Kvinder	Ryger dagligt	25,6	16,9	8,8
	Ryger mindst én gang om ugen	1,5	1,5	1,5
	Rygere sjældnere end hver uge	0,6	1,3	1,8
	Har tidligere røget	30,4	33,4	32,6
	Har aldrig røget	41,9	47,0	55,3
	I alt	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner		6.453	29.245	41.219

Kilde: Danskernes Sundhed, Den nationale sundhedsprofil, SDU

Forslag og eksempler på temaer, man kan tage op i klyngerne:



- › Arbejde med systematiske henvisninger fra almen praksis og sygehuse til forebyggelsestilbud for borgere med kronisk sygdom i kommunalt regi.
- › Implementering af Very Brief Advice (VBA), der er en metode til at sikre systematisk henvisning fra sygehuse og almen praksis til kommunale rygestoptilbud ved tre korte trin. [Tobaksforebyggelse i et tværsektorielt samarbejde. Very Brief Advice \(VBA\)-metoden - september 2019.pdf \(regionh.dk\)](#)
- › Ift. social ulighed i sundhed kan klyngerne drøfte fordelingen af ressourcer i primærsektoren (lægedækning m.v.), så der bliver sikret lettere adgang til sundhedsydelser for borgere i områder med høj sygdomsbyrde.
- › Hvordan det tværsektorielle samarbejde om tidlig opsporing og tidlig støtte til de sårbare gravide (og deres partner) og småbørnsfamilierne kan styrkes. Se fx: [FAMKO - et tværsektorielt samarbejde mellem Familieambulatoriet på OUH og Odense Kommune, "Parat til Start"](#) – en systematisk indsats til gravide i en udsatte positioner og [samarbejdsaftale vedrørende sårbare gravide](#).
- › Henvisning til tilbud i kommunalt regi med henblik på rygestop eller alkoholrådgivning forud for operation. [Præoperative anbefalinger \(sundhed.dk\)](#)
- › Samarbejde mellem almen praksis, sygehuse og kommuner for at sikre en systematisk tidlig opsporing af borgere/patienter med alkoholproblemer, henvisning til rådgivning eller behandling og henvisning til tilbud til pårørende.
- › Drøfte modeller for regionens rådgivning til kommunerne ift. infektionshygiejne. Se fx: [Modeller for samarbejde mellem kommunerne og Infektionshygiejnen i Region Nordjylland](#) eller [samarbejdsaftale om infektionshygiejne](#).
- › Samarbejde om at imødegå ulighed i sundhed og behandling ved at indrette sundhedsklyngens tilbud efter forskellige borgere sundhedskompetence. Se fx [I Randers hjælper et fokus på sundhedskompetence til at finde borgerne med størst behov for støtte - Fagnet \(hjerforeningen.dk\)](#) og [Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen. En vej til lighed i sundhed](#).

Den bedste brug af den samlede kapacitet i sundhedsklyngen



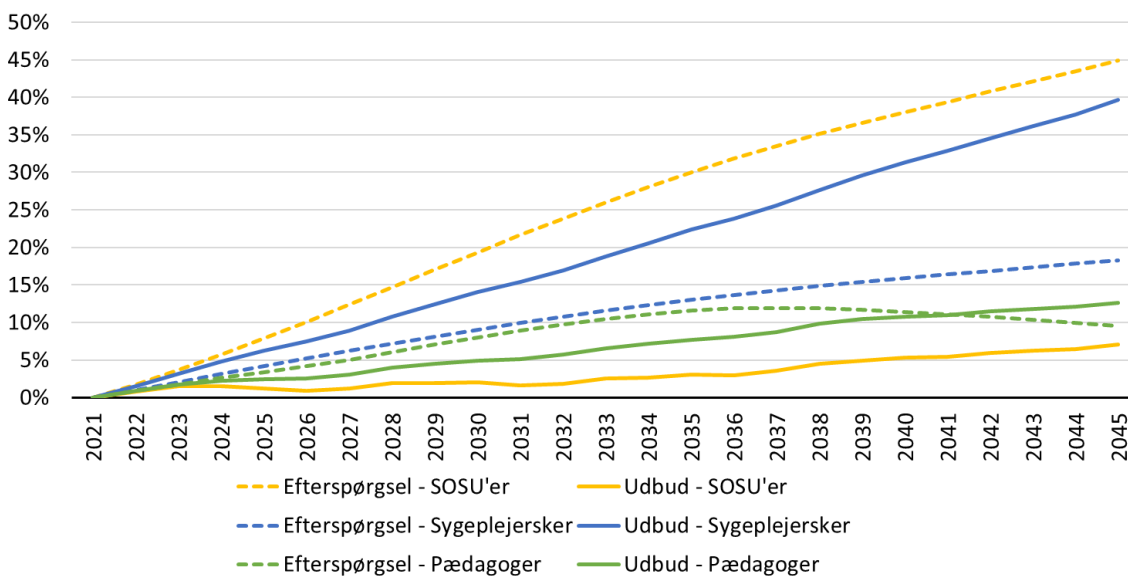
Sundhedsvæsenet er i hastig udvikling og er det velfærdsområde, som har forandret sig mest de seneste 10-15 år. Hospitalerne har gennemført en øget specialisering samtidig med, at fremskridt i behandlingsteknologi har gjort, at borgerne i dag opholder sig kortere tid på hospitalerne. Samtidig er der blevet længere til hospitalerne, og antallet af hospitalssenge er reduceret. Det er vigtigt at indrette sundhedsvæsenet, så der tages højde for de nye betingelser samtidig med, at borgerne oplever en samlet sundhedsindsats af høj kvalitet, som imødekommer borgerens behov. Dette nødvendiggør en nøje stillingtagen til, hvordan den samlede kapacitet benyttes bedst muligt.

Forandringerne betyder blandt andet, at borgerne skal have mere hjælp i det primære sundhedsvæsen. Kommunerne løser derfor flere komplekse opgaver i dag end tidligere. For at kunne håndtere borgere med meget komplekse behov for pleje og behandling har kommunerne bl.a. udviklet akutfunktioner i hjemmesygeplejen og oprettet midlertidige sengepladser.

Samtidig er der en massiv arbejdskraftudfordring i både kommuner og regioner og en aldrende befolkning med et øget behov for sundhedsydelser, jf. figur 7. Der er ingen tvivl om, at behovet for at benytte kapaciteten bedst muligt er presserende.

Fra et kommunalt perspektiv er der et stort behov for, at ændringer i kapacitet drøftes tidligt og planlægges i sundhedsklyngen. Ændringer i kapacitet fx på akuthospitalet har betydning for kapacitet og indsats fx i kommunerne og omvendt. Den stigende kompleksitet hos borgerne har også betydning for, hvilken indsats almen praksis skal levere. Det vil være oplagt, at man i sundhedsklyngen søger at opnå en tidlig og åben dialog ved omlægninger eller ændringer i hhv. kommunernes eller regionernes kapacitet med henblik på at ingen borgere tabes, når der foretages ændringer.

Figur 7. Ændring i udbud af og efterspørgsel efter udvalgte velfærdsuddannede (Hele landet).



Kilde: KL's egne beregninger pba. Danmarks Statistik

Figur 7 viser udviklingen i efterspørgslen efter arbejdskraft på udvalgte velfærdsuddannelser sammenlignet med udviklingen af udbuddet frem mod 2045. De bemærkes, at grafen ikke forholder sig til balancen mellem udbud og efterspørgsel i udgangspunktet.

For SOSU-uddannede ses et kraftigt stigende gab mellem udbud og efterspørgsel fra mod 2045, hvor efterspørgslen efter arbejdskraft langt vil overstige udbuddet. For pædagoger overstiger udviklingen i efterspørgslen ligeledes udviklingen i efterspørgslen frem mod 2040. Dog i mindre grad end hos de SOSU-uddannede. For sygeplejersker ses den modsatte udvikling frem mod 2045. Her forventes udviklingen i udbuddet at overstige udviklingen i efterspørgslen.

- ➔ Skulle man arbejde videre med ovenstående problemområde, kunne det være interessant at dele data for fx antal medicinske senge på hospitalerne og antal midlertidige pladser i kommunerne evt. sat i forhold til den demografiske udvikling. Dertil belægning, omfanget af beskedbaseret kommunikation, herunder fx meldinger om færdigbehandling, data om lægedækning mv. I forhold til arbejdskraftudfordringen kan man følge elevoptag og frafald.

Forslag og eksempler på temaer, man kan tage op i klyngerne:



- › Dele viden om/skabe et systematisk overblik over hvilken kapacitet og hvilke tilbud vi har i sundhedsklyngen på hospital, i kommuner, i almen praksis og evt. øvrig praksissektor og civilsamfundet. Lær hinandens kapacitet at kende.
- › At undersøge, om der kan frigives ressourcer forskellige steder i sektorerne, fx gennem bedre brug af dosispakket medicin, så mere tid kan bruges til pleje og behandling. Se fx [Midlertidig aftale om dosispakket medicin | læger.dk \(læger.dk\)](#) og [Bruger vi sygeplejerskernes tid bedst muligt i kommunerne? - VIVE](#)
- › Drøfte rammerne for at vi kan hjælpe hinanden og stille kapacitet til rådighed for hinanden på en fleksibel måde, så de rette kompetencer og ressourcer er til stede på det rigtige tidspunkt og sted. Se fx [Ældre borgere kan blive indlagt på eHospital i Næstved | Næstved Kommune \(naestved.dk\)](#) eller [Microsoft Word - 14 03 2019 Fælles visitation i Randersklyngen og Midtklyngen \(rm.dk\)](#)
- › [Aftale klare rammer for eventuelle opgaveoverdragelser: afrapportering-samdrift.pdf \(kl.dk\)](#)
- › [Arbejde med at tilrettelægge prøvetagning effektivt og afprøve modeller for, hvordan regioner og almen praksis \(evt. med støtte fra kommunerne\) kan varetage udgående funktioner til de borgere, som ikke kan transporteres til blodprøvetagning, se analyse fra KL: Analysenotat ang. blodprøvetagning i kommuner \(kl.dk\)](#)
- › Være åbne om aktuelle eller fremtidige planer for/overvejelser om at ændre kapaciteten i hhv. kommuner og regioner, fx hvis regionen planlægger at reducere antallet af medicinske sengepladser.
- › Drøfte om der er grundlag for at søge om midler fra den kommende nærhospitalpulje og hvordan et evt. nærhospital i klyngen kommer til at påvirke den øvrige kapacitet og patientstrømme i sundhedsklyngen. Se faktaark om nærhospitaler: [Faktaark - Nærhospitaler.pdf \(sum.dk\)](#)
- › Iværksætte en samlet indsats på tværs af sektorer, hvor alle parter arbejder sammen om at tiltrække sundhedsfagligt personale til fagene. Se fx [KL's Casebank: Rekrutteringsinitiativer på ældre- og sundhedsområdet](#)

Adgang til lægefaglige kompetencer



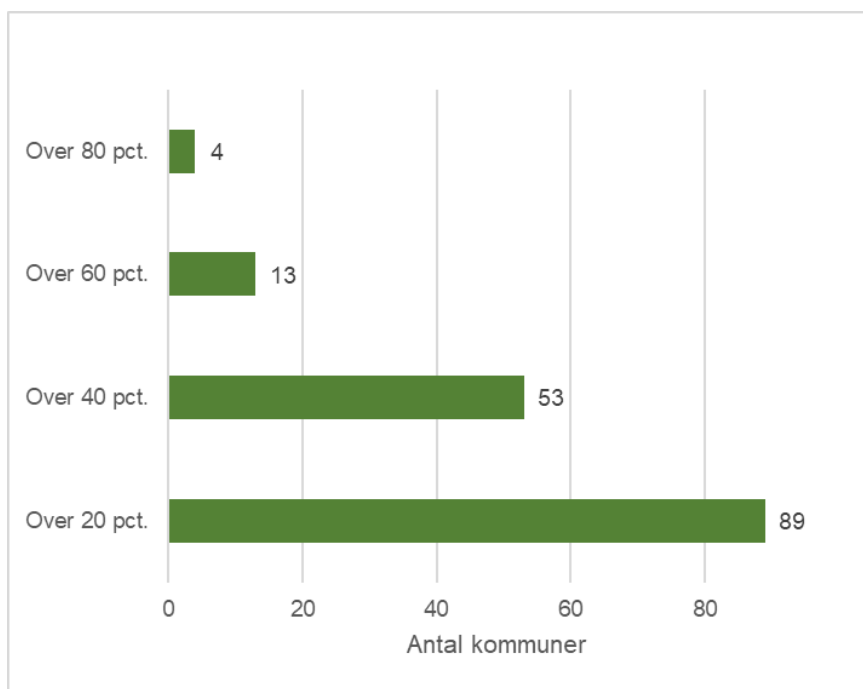
En sundhedsfaglig behandling vil altid være igangsat af en læge, hvorfor en fleksibel adgang til lægefaglige kompetencer er centralt, når borgerne bl.a. modtager sundhedsfaglige indsatser i kommunerne. Det gælder bl.a. i forhold til borgere med kroniske sygdomme og i forhold til at forebygge, at fx ældre borgere indlægges akut.

En styrkelse af samarbejdet med almen praksis og sygehus kan understøtte adgang til lægefaglig viden og kompetencer på bl.a. plejehjem, i hjemmeplejen og i kommunernes akutfunktioner. Samtidig vil en tydelig placering af behandlingsansvaret og et godt samarbejde forbedre og understøtte borgernes oplevelse af et sammenhængende behandlingsforløb af høj kvalitet. Dertil giver et styrket samarbejde mulighed for at opspore sygdom tidligere og forebygge indlæggelser hos borgere, der kan behandles i eget hjem.

En udfordring set fra en kommunal vinkel er, at der bruges mange ressourcer på at søge og sikre den fleksible adgang til lægefaglige kompetencer, idet de ofte ikke er fysisk til stede i mødet med borgeren. Derfor er der et stort potentiale i at finde nye og anderledes samarbejdsformer og metoder, der kan være med til at sikre den lægefaglige kompetence og understøtte udviklingen af det nære sundhedsvæsen.

En anden udfordring er, at der på tværs af klyngen kan være geografiske forskelle i adgangen til lægefaglige kompetencer. Adgangen til praktiserende læger kan være mindre i tyndt befolkede områder. Ligesom de kommuner, der ikke er beliggenhedskommune for klyngens akuthospital, kan opleve et mindre tæt samarbejde med hospitalet end beliggenhedskommunen. Fra en kommunal vinkel er det vigtigt at drøfte, hvordan der sikres en god adgang til lægefaglige kompetencer og et godt tværsektorielt samarbejde med hospitalet – også i udkanten af sundhedsklyngen.

Figur 8. Antal af kommuner fordelt på, hvor stor en del af de alment praktiserende der har lukket for tilgang af patienter



Kilde: E-sundhed

Figur 8. viser hvor stor en andel af kommunens praktiserende læger, som har lukket for tilgang for nye patienter. I 4 kommuner har over 80 pct. af alle almene praksis'er lukket for tilgang. I 53 kommuner har over 40 pct. af de almene praksis'er lukket for tilgang.

- Skulle man arbejde videre med ovenstående problemområde, kunne det være interessant at følge data for udbredelse af faste læger på plejehjem, antallet af sundhedstjek på botilbud opdelt på botilbud og lægepraksiser, antallet og fordelingen af lægepraksis i klyngens område, indlæggelser og kontakter til almen praksis for bestemte målgrupper, fx modtagere af hjemmesygepleje, borgere på plejehjem og botilbud mv.

Forslag og eksempler på temaer, man kan tage op i klyngerne:



- › At aftale og drøfte hvordan man sikrer faste læger på plejehjemmene og hvordan man bedst understøtter lægernes rådgivning og undervisning af personalet på plejehjemmene. [Flere og flere plejehjemsbeboere har glæde af fast læge \(kl.dk\)](#)
- › At aftale og drøfte hvordan samarbejdet mellem almen praksis og kommuner styrkes på de kommunale akutfunktioner, så borgerne oplever sammenhængende forløb af høj kvalitet. Der kan være behov for at konkretisere samarbejdet i forhold til om kommunen har akutpladser eller udkørende funktion. [Det kommunale akutområde - Erfaringer og perspektiver på udviklingen fra 15 kommuner \(vive.dk\)](#)
- › At drøfte hvordan kommunerne og almen praksis bedst understøtter at borgerne får tilbudt sundhedstjek på botilbud, således at målet i overenskomsten nås (at hele målgruppen med udgangen 2024 har modtaget et sundhedstjek).
- › At aftale hvordan sygehusene bedre understøtter kommuner og almen praksis, så ældre, ustabile borgere ikke indlægges unødigt, fx som er gjort med 72 timers behandlingsansvar, som er aftalt i Region Hovedstaden [Udvidet behandlingsansvar 72 timer \(regionh.dk\)](#)
- › Drøfte lægedækning og sætte tiltag i værk, som på den ene eller den anden måde bidrager til at fastholde læger og afhjælpe lægemangel [Pilotprojekt i Odense: 90 pct. af plejehjemsbeboere undgår tur på hospitalet - Dagens Medicin](#)