

Borgerens lokale sundhedsvæsen

Plan for udvikling af tilbud og indsatser 2018-2021

Frederiksberg Kommune

juni 2017

Indhold

1.	Politiske pejlemærker og målgrupper	3
1.1	Formål og læsevejledning	3
1.2	Forandringer i det lokale sundhedsvæsen	3
1.3	Politiske pejlemærker.....	4
1.4	Målgrupper i det lokale sundhedsvæsen på Frederiksberg	5
2.	Baggrundstemaer	7
2.1	Mere integrerede samarbejdsformer på sundhedsområdet	7
2.2	Den økonomiske styring af sundhedsudgifterne.....	7
2.3	Konkurrenceudsættelse	8
2.4	Sundhedsteknologi – Smart sundhed.....	9
2.5	Tværkommunalt samarbejde	9
3.	Svækkede ældre	11
3.1	Målgruppebeskrivelse	11
3.2	Nuværende indsatser	12
3.3	Udviklingstiltag	15
4.	Borgere med kronisk sygdom.....	19
4.1	Målgruppebeskrivelse	19
4.2	Nuværende indsatser	19
4.3	Udviklingstiltag.....	21
5.	Ældre borgere med trygheds- og omsorgsbehov.....	22
5.1	Målgruppebeskrivelse	22
5.2	Nuværende indsatser	22
5.3	Udviklingstiltag.....	24
6.	Borgere med midlertidig behov for hjælp.....	26
6.1	Målgruppebeskrivelse	26
6.2	Nuværende indsatser	27
6.3	Udviklingstiltag.....	29
7.	Borgere med psykiske sygdomme.....	31
7.1	Målgruppebeskrivelser.....	31
7.2	Nuværende indsatser	33
7.3	Udviklingstiltag.....	35
	Apendiks: Sammenhæng til andre kommunale områder	37

1. Politiske pejlemærker og målgrupper

1.1 Formål og læsevejledning

Sundheds- og Omsorgsudvalget har som led i videreudbygningen af det lokale sundhedsvæsen besluttet, at der årligt skal udarbejdes et plangrundlag for det lokale sundhedsvæsen (SOU den 5. maj 2014, sag nr. 47). Hensigten med planen er, *at denne skal fastsætte rammer i forhold til at kunne imødekomme nuværende og fremtidige udviklingsbehov af det lokale sundhedsvæsen, og at planen fremlægges årligt med status og forslag til nye tiltag*”.

Planen indledes i kapitel 1 med en gennemgang af, hvordan dagsordenen omkring det lokale sundhedsvæsen har udviklet sig både nationalt og lokalt. Ligeledes beskrives de politiske pejlemærker, som det lokale sundhedsvæsen er bygget op omkring på Frederiksberg. Dernæst introduceres de målgrupper, der i særlig grad indgår i arbejdet med det lokale sundhedsvæsen på Frederiksberg, samt hvilke nye og eksisterende indsatser, der skal bygges videre på, jf. kapitel 1, afsnit 1.5.

I kapitel 2 præsenteres herefter forskellige rammevilkår, så som integrerede samarbejdsformer, konkurrenceudsættelse og velfærdsteknologi, der har betydning for det lokale sundhedsvæsen.

Endelig i kapitel 4-8 gennemgås karakteristiske og nuværende indsatser for de enkelte målgrupper, der arbejdes med inden for det lokale sundhedsvæsen. Ligeledes er opstillet en række indikatorer for at følge, hvorvidt de iværksatte indsatser går i den rigtige retning. Hvert målgruppe-kapitel afsluttes med forslag til nye indsatser/udviklingsbehov eller videreførelse af eksisterende indsatser.

1.2 Forandringer i det lokale sundhedsvæsen

Det lokale sundhedsvæsen er i konstant udvikling i disse år, og der er stort politisk fokus på området både lokalt og nationalt. Konteksten er en aldrende befolkning, flere borgere med kroniske lidelser, flytning af opgaver fra hospitalerne til det lokale sundhedsvæsen samt en øget opmærksomhed omkring og øget brug af sundheds- og velfærdsteknologiske løsninger.

Nationalt afventes afrapporteringen fra udvalget om det nære og det sammenhængende sundhedsvæsen, som skal komme med anbefalinger, der kan understøtte, at behandlingen af patientgrupper med forløb på tværs af sektorer sker sammenhængende, borgernært, omkostningseffektivt og er af høj kvalitet. Fokus er særligt på ældre medicinske patienter, patienter med kroniske sygdomme og patienter med psykiske lidelser, herunder dobbeltbelastede. Efter en forsinkelse på omkring et halvt år forlyder det, at udvalget vil afrapportere omkring sommeren 2017. Herefter er det forventningen, at regeringen på baggrund af udvalgets anbefalinger vil komme med et udspil til en plan for det nære og sammenhængende. Dette vil ske inden for de kommende 1-2 år.

Herudover har Sundhedsstyrelsen udsendt en række kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen, som alle kommuner skal leve op til fra 2018. Kvalitetsstandarderne sætter krav til, hvordan de kommunale akuttilbud skal tilrettelægges, hvad de skal indeholde, og hvilke kompetencer der skal være til stede hos personalet.

På demensområdet har vi fået en national handlingsplan, med en vision om et mere demensvenligt samfund, hvor mennesker med demens og deres pårørende kan leve et trygt og værdigt liv. Indsatsen omkring demens er også et fokusområde på Frederiksberg, hvilket er nærmere beskrevet i kapitel 4 og 6 under målgrupperne vedr. hhv. 'svækkede ældre' og 'borgere med trygheds- og omsorgsbehov'.

Udmøntningen af handlingsplanen for den ældre medicinske patient er ligeledes stadig et centralt indsatsområde (både nationalt og lokalt) i forhold til skabe bedre kvalitet og sammenhæng for de svage og ældre medicinske patienter, herunder bl.a. fokus på tidligere opsporing og mere rettidig indsats, god ernæring samt øgede kompetencer i den kommunale hjemmesygepleje. Ydermere er der nationalt fokus på kvalitet og værdighed, som udover selve udmøntningen af 1 mia. kr. årligt til kommunerne (den såkaldte værdighedsmilliard) også omfatter, at Kommunalbestyrelsen skal formulere og vedtage en værdighedspolitik, der beskriver de overordnede værdier og prioriteringer på ældreområdet.

Endelig skal nævnes de otte nationale mål for kvalitet i sundhedsvæsenet, som skal sikre, at borgere og patienter en bedre behandling, og at sundhedspersonalet får mere frihed til at arbejde lokalt med højere kvalitet. De nationale mål er underbygget med en række indikatorer, som sætter rammebetingelser for kommunerne med målinger på bl.a. antal akutte genindlæggelser inden for 30 dage, ventetid til genoptræning, forebyggelige indlæggelser blandt ældre samt middellevetid.

Som det fremgår, er der således en række nationale indsatser, som i større eller mindre omfang er med til at sætte rammerne for borgerens lokale sundhedsvæsen på Frederiksberg i de kommende år.

Et væsentligt indsatsområde herudover er samarbejdet med de praktiserende læger, som i disse år får en mere central rolle i driften af det samlede sundhedsvæsen i et tæt samarbejde med den enkelte borger. Med den kommende hospitalsstruktur må det lokale sundhedsvæsen i langt højere grad end tidligere komplementere hospitalssystemets opgavevaretagelse. Derfor skal bedre lægebetjening til borgere i kommunernes tilbud sikres. På Frederiksberg er der ikke problemer med lægedækning, men flere af lægerne på Frederiksberg er på vej mod pensionsalderen, og der er brug for at trække på de lægelige kompetencer i langt højere grad end tidligere især på plejecentre, døgnrehabilitering og i botilbud.

Udviklingen inden for psykiatriområdet har betydet, at kommunerne er blevet udfordret i deres indsatser for borgere med psykiske sygdomme. Den faglige udvikling i den regionale psykiatri er gået i retning af øget ambulant behandling, øget specialisering, kortere indlæggelser, pakkeforløb og færre sengepladser. Det betyder, at borgerne i højere grad end tidligere modtager indsatser fra både region, almen praksis og kommune på samme tid. Herved øges behovet for en koordineret og måske endda en integreret indsats.

Dertil kommer nye velfærdsteknologiske muligheder, mere ambulant behandling og udgående teams, som samlet set styrker behandling og indsatser i borgerens nærmiljø, se også afsnit 2.4 vedr. smart sundhed. Endelig kræver forandringerne i det lokale sundhedsvæsen også øget og forbedret samspil på tværs af sundheds-, social- og beskæftigelsesområdet samt øget samarbejde med erhverv, uddannelse og forskning, teknologi og civilsamfundet i det hele taget.

1.3 Politiske pejlemærker

Planen for Borgerens lokale sundhedsvæsen skal understøtte kommunen i at løse sundhedsopgaver i overensstemmelse med de pejlemærker, som findes i Sundhedspolitikken, ældrepolitikken 'Ældre kan og vil selv', værdighedspolitikken 'Et værdigt ældreliv' og Masterplan for det specialiserede socialområde for voksne. I tilknytning til det lokale sundhedsvæsen skal fremhæves nedenstående politiske pejlemærker, som beskevet i boksen:

Politiske pejlemærker i relation til planen for Borgerens lokale sundhedsvæsen

Borgere på Frederiksberg skal have flere gode leveår (sundhedspolitikken)

- Sundhed handler om, at alle har de samme muligheder for leve et sundt liv, herunder at nå ud til borgere med andre ressourcer end gennemsnittet
- Arbejdet med sundhed på Frederiksberg skal bygge på bedst tilgængelige viden om hvilke indsat-

ser, der virker

Borgere på Frederiksberg skal understøttes i at være aktive og selvhjulpne længst muligt (ældrepolitikken)

- Borgeren har et medansvar for sin egen sundhed og skal styrkes i sin egen mestringsevne. Dette kræver sammenhængende indsatser, da mangel på samme udgør en væsentlig barriere for, at borgeren mere aktivt kan tage medejerskab
- Tryghed – hjælp når behovet opstår

Mindst mulig indgriben (sociale masterplan og ældrepolitik)

- Mestring af egen sygdom som led i at styrke borgerens muligheder for at bo i eget hjem længst muligt
- Rehabilitering og recovery som gennemgående tema for alle kommunens indsatser
- God forståelse og brug af pårørende og borgerinddragelse som en aktiv part

Et værdigt ældreliv (værdighedspolitik)

- Ældre medborgere skal bevare deres selvstændighed og uafhængighed
- Størst mulige livskvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen
- Fokus på den gode mad og det gode måltid
- Den ældre skal opleve en værdig død

Som det fremgår af de politiske pejlemærker har planen for Borgerens lokale sundhedsvæsen mange forgreninger i andre af kommunens sundhedsmæssige, sociale- og beskæftigelsesmæssige indsatser, fx kan nævnes psykiatrien og misbrugsområdet. Selv om mange af disse forgreninger ikke direkte indgår i det lokale sundhedsvæsen, ligger der en vigtig opgave i at sikre sammenhæng mellem de indsatser, der sker i det lokale sundhedsvæsen og i øvrige relaterede indsatser. Eksempelvis kan forbedringer i borgerens sundhedsindsats have stor betydning for borgerens mulighed for en bedre arbejdsmarkedstilknytning.

I appendikset bagerst findes en samlet oversigt over de mest relevante indsatsområder fra øvrige politikker og planer i kommunen, der også har betydning for sundhedsområdet.

Sideløbende med Frederiksbergs egne politiske mål, findes også de politiske mål, som er vedtaget i Sundhedsaftalen 2015-2018 (SOU den 12. januar 2015, sag nr.5), og som Frederiksberg Kommune også er en del af.

De politiske visioner i Sundhedsaftalen 2015-2018

- at borgeren oplever høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen
- at borgeren oplever at være samarbejdspartner i eget forløb
- at sundhedsvæsenet skaber mere lighed i sundhed
- at der udvikles og udbredes nye samarbejdsformer.

1.4 Målgrupper i det lokale sundhedsvæsen på Frederiksberg

De borgere, som det lokale sundhedsvæsen i særlig grad skal imødekomme, kan inddeles i forskellige delvist overlappende målgrupper.

Målgrupperne dækker en stor del af de borgere, der har brug for sundhedsydelser i det lokale sundhedsvæsen. Det er især målgruppen 'svækkede ældre', som udgør en stor udgiftspost for det lokale sundhedsvæsen, og som forventes at stige i de kommende år. I dag er borgere med flere sygdomme, multisygdom, især udbredt hos ældre borgere, da risikoen stiger med alderen. Multisygdom er også særligt udbredt hos målgruppen

'borgere med kronisk sygdom', og det skønnes, at ca. 6.500 borgere på Frederiksberg i dag har tre eller flere kroniske sygdomme.¹

Målgrupper i det lokale sundhedsvæsen

Målgruppe 1: Svækkede ældre

- Svækkede ældre og borgere med komplekse og flere (kroniske) sygdomme og mange genindlæggelser (tilsammen 1.500-2.000 borgere) samt borgere med alvorlig demens

Målgruppe 2: Borgere med kronisk sygdom

- Borgere med kronisk sygdom, som også har behov for kommunal indsats (-7.000 borgere)

Målgruppe 3: Ældre borgere med trygheds- og omsorgsbehov

- Ældre borgere med trygheds- og omsorgsbehov (1.600-2.000 borgere) herunder borgere med tidlig demens

Målgruppe 4: Borgere med midlertidig behov

- Selvhjulpne borgere i alle aldre med midlertidig behov (12.000-13.000 borgere)

Målgruppe 5: Borgere med psykiske sygdomme

- Borgere med psykiske sygdomme med behov for koordinerende indsatser fra behandlingspsykiatrien og kommunen (cirka 1.500-1.900 borgere) herunder socialt udsatte borgere med dårligt fysisk helbred (300-400 borgere).

¹ Data i dette afsnit bygger på oplysninger fra Sundhedsprofilen 2013.

2. Baggrundstemaer

2.1 Mere integrerede samarbejdsformer på sundhedsområdet

Som et initiativ for at skabe mere integrerede samarbejdsformer på sundhedsområdet blev døgnrehabiliteringen Valby/Lioba og de fleksible døgnpladser på Diakonissestiftelsen ved årsskiftet 2016/2017 sammenlagt til den nye enhed Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering. Den nye døgnrehabilitering er placeret på hospitalsgrunden i samme bygning som Region Hovedstadens akutmedicinske afdelinger, Medicinsk og Geriatrisk Afdeling Q. Naboskabet betyder, at svækkede borgere er i en ramme, hvor overgangen fra hospitalet til den kommunale indsats næsten usynliggøres. Samtidig kan borgerne på døgnrehabiliteringen modtage lægedækning fra regionens speciallæger, jf. også kapitel 4 vedr. målgruppen 'svækkede ældre'.

Placeringen af døgnrehabiliteringen på hospitalsgrunden er endnu et skridt i retning af strategien om at samle kommunens sundhedsindsatser fælles på hospitalsgrunden, der bl.a. også huser sundhedscenteret, sygeplejeklinikkerne og hjælpemiddelcenteret. Den fælles beliggenhed giver mulighed for tæt koordinering og integreret samarbejde både internt mellem kommunens sundhedstilbud og fælles med Region Hovedstaden.

Samlingen af indsatserne sker med udgangspunkt i, at den enkelte borger skal opleve et sømløst system med én central indgang og smidige overgange mellem de enkelte tilbud/ydelse fra kommunen. Det skaber tryghed hos borgeren, når vedkommende oplever kontinuitet og koordinering på tværs af aktører og institutioner, som er involveret i vedkommendes forløb. Samtidig skal samlingen af indsatserne understøtte og styrke samarbejde og videndeling på tværs af institutionerne, når disse ligger dør om dør.

Ved samling af sundhedsindsatserne i tæt relation til hinanden er det samtidig forventningen, at der kan skabes et attraktivt videns- og udviklingsmiljø omkring sundhed, tværgående samarbejde, velfærdsteknologi mv., som kan have interesse for både private aktører og forskningsmiljøer. Også uddannelsesinstitutioner som fx Metropol, vil kunne tænkes ind i dette perspektiv.

Baggrunden for samlingen af sundhedsindsatserne er den foranalyse, som kommunen gennemførte i foråret 2015 med henblik på at sikre en omstilling i sundhedsvæsenet, hvor øget kapacitet og udbygning af de lokale sundhedstilbud tilgodeses. Resultatet fra foranalysen var, at der allerede nu – og frem mod 2025 – skal arbejdes for at skabe mere sammenhængende forløb, hvor borgernes sundhedsproblemer løses på det rette specialiseringsniveau og oplever smidige og veltilrettelagte behandlingsforløb. Foranalysen blev afsluttet med en hvidbog og afholdelse af et Symposium den 10. juni 2015 på Østervang (SOU den 17. august 2015, sag 83).

2.2 Den økonomiske styring af sundhedsudgifterne

I udviklingen af det lokale sundhedsvæsen indgår også den økonomiske styring af omkostningerne på sundhedsområdet, herunder blandt andet til medfinansiering. Frederiksberg ligger i dag blandt de kommuner, som har en høj udgift pr. borger til aktivitetsbestemt medfinansiering af hospitalsdriften, og beløbet har været stigende over de seneste år (Sundheds- og Omsorgsudvalget den 2. marts 2015, sag nr. 28). I 2016 blev der anvendt 364 mio. kr. på denne udgiftspost, der ikke belaster servicerammen. Beløbet dækker både ambulante behandling og indlæggelser inden for både somatik og psykiatri, stationær genoptræning samt udgifter til sygesikringsydelser.

Aktivitetsbestemt medfinansiering

	1.000 kr. (prisindex 2015=100)		
	2014	2015	2016
Stationær somatik	176.934	177.012	160.470
Ambulant somatik	140.558	141.273	130.993
Stationær psykiatri	6.984	6.873	6.550
Ambulant psykiatri	14.455	15.922	18.037
Stationær genoptræning	7.654	7.560	7.702
Sygesikringsydelse	38.460	40.143	40.192
Samlet	385.046	388.783	363.944

På indlæggelse inden for somatik har der været et markant fald i udgifter fra 2015 til 2016. Omkostninger til den kommunale medfinansiering af somatiske indlæggelser (stationære indlæggelser og ambulante behandlinger) afhænger af befolkningens sygdomsmønster samt hospitalernes aktivitetsstyring.

På psykiatrien bruges således flere penge på ambulante behandling end stationær behandling. I psykiatrien drøftes løbende initiativer for hjemtagning efter endt indlæggelse, samt initiativer generelt, der kan sikre gode sammenhængende forløb. De indsatser, der arbejdes med, er bl.a. udskrivningskoordinatorer, hjemmepleje for psykiatri, styrkelse af medicinering på botilbud, opsøgende socialsygeplejerske med flere (SOU, 2. marts 2015, nr. 28).

Generelt har Frederiksberg Kommune fra 2013-2015 oplevet et markant fald i antallet af ventedage. I dag oplever borgere stort set ikke ventedage efter endt hospitalsbehandling i somatikken. I tilfælde af ventedage er ventetiden kort og der forelægges en faglig begrundelse (SOU, 1. februar 2016, sag 11). I psykiatrien er ventetiderne relativt højere for nogle borgere. Dette gælder i mere komplekse sager, hvor borgere som følge af udredningsbehov og evt. behov for specialtilbud kan opleve varierende ventetider.

2.3 Konkurrenceudsættelse

I forbindelse med budget 16 blev det besluttet, at der skulle fremlægges et oplæg, som kan danne afsæt for nærmere beslutninger vedr. konkurrenceudsættelse af såvel kommunens hjemmesygepleje og den ambulante genoptræning. I den forbindelse blev forskellige scenarier analyseret, herunder hvordan enten hele eller en afgrænset del af hhv. den ambulante genoptræning og hjemmesygeplejen kunne konkurrenceudsættes.

Analysen for genoptræningsområdet blev forelagt møderne i Sundheds- og Omsorgsudvalget den 25. april 2016 (sag nr. 39), Magistraten den 2. maj 2016 (sag nr. 175) og Kommunalbestyrelsen den 23. maj 2016 (sag nr. 149). Kommunalbestyrelsen besluttede her, at der udarbejdes et konkret forslag til udbud af genoptræning inden for det ortopædkirurgiske område. Kommunalbestyrelsen besluttede på sit møde den 30. januar 2017 at udbyde genoptræning inden for det ortopædkirurgiske område. Beslutningen om at udbyde området har været sendt i høring hos såvel Ældrerådet, Handicaprådet og relevante MED-udvalg.

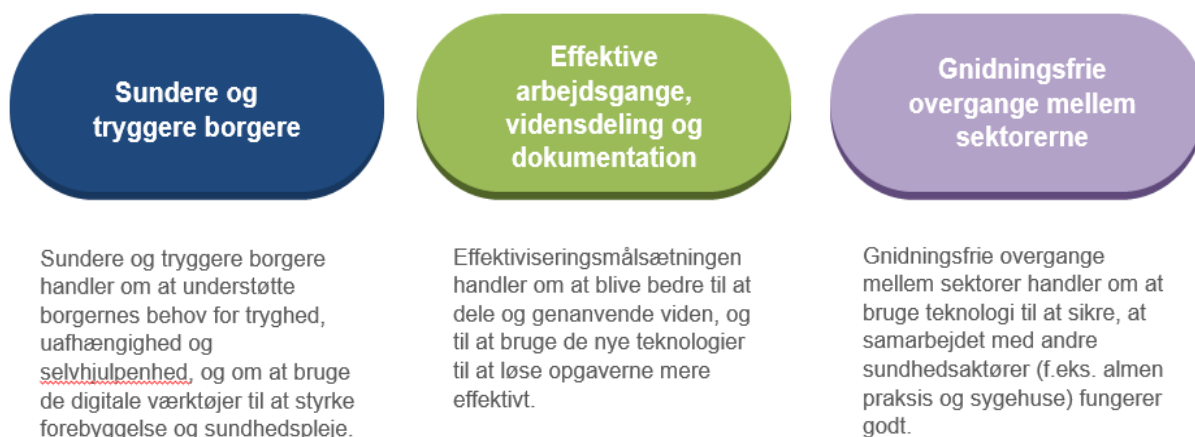
Magistraten besluttede på mødet den 16. januar 2017, at der ikke gennemføres et udbud af 1-3 sygeplejeklinikker ud fra en betragtning om, at det med budget 17 er besluttet, at Frederiksberg Kommune skal etablere en mobil sygeplejeklinik. Opgavemæssigt vil der være et stort sammenfald med de opgaver, der varetages på de stationære klinikker, og det vurderes, at den mobile klinik vil begrænse de stationære klinikkers omsætning, og dermed reducere det kommercielle potentiale for en privat tilbudsgiver ved et eventuelt udbud. En nærmere analyse af perspektiverne for en mobil sygeplejeklinik viser dog en række udfordringer, hvorfor der i stedet lægges op til etablering af 1-3 klinikker på strategiske placeringer i kommunen (Sundheds- og Omsorgsudvalget den 12. juni 2017, sag nr. 55).

2.4 Sundhedsteknologi – Smart sundhed

Sundheds- og Omsorgsudvalget besluttede på mødet den 23. januar 2017 (sag nr. 6) at sætte yderligere fokus på at sikre en it-understøttelse, som også kan styrke borgerens mulighed for inddragelse og overblik over egen sundhed og sygdom. Derfor er der etableret et sammenhængende strategisk program, kaldet 'Smart sundhed', med borgerrettede fokus ift. tryghed og rehabilitering. Strategien skal ses i sammenhæng med Social- og Sundhedsudvalgets temabesøg den 24. april hos Københavns Kommunes "Living Lab Strandvejen 119", hvor virksomheder, forskere, borgere og medarbejdere i samarbejde udvikler og tester velfærdsteknologi. På testcentret var der mulighed for at afprøve en række teknologier. Samtidig fik deltagerne mulighed for at drøfte prioriteringer og udviklingsperspektivet af sundhedsteknologi. Selvom Frederiksberg Kommune allerede er langt i forhold til at sikre god og effektiv it-understøttelse, er der behov for fortsat at holde fokus på, hvordan kommunen kan lykkes med digitale løsninger, da der løbende kommer stigende krav til både kvalitet og effektivitet inden for et lokalt sundhedsvæsen, der er i rivende udvikling.

Som udgangspunkt for projektet er tænkt tre mål, som fremgår af nedenstående figur.

Overordnet mål for Smart sund-



hed

I første omgang fremlægges de foreløbige resultater og analyser af programmet fra foråret 2017 Sundheds- og Omsorgsudvalget den 12. juni 2017 (sag nr. 53) med en række forslag til den videre proces. Derfor henvises til denne sag.

2.5 Tværkommunalt samarbejde

Generelt er der stor opmærksomhed på at høste gevinster ved tværkommunalt samarbejde i form af fælles vidensdeling, kompetenceudvikling på tværs, fælles dokumentation for evidensbaserede forskning, fælles støttefunktioner og fælles drift af ydelser på tværs af kommunegrænser.

Kommunerne i KKR-Hovedstaden har siden 2013 arbejdet med fælles målsætninger og indsatser på sundhedsområdet. Målene har fokus på, hvordan de 29 kommuner løser de eksisterende kommunale opgaver og samarbejder om en fælles holdning eller strategi for væsentlige fælles kommunale udfordringer. Det er hensigten, at KKR medio 2017 skal opnå enighed om tre fælles mål, der skal sætte retning for det tværkommunale samarbejde fremadrettet:

- Mål 1 - Vi vil sikre effektive akuttilbud i det nære sundhedsvæsen til borgere med fysiske sygdomme
- Mål 2 - Større klarhed om tilbud til borgere i akut psykiatrisk tilstand

- Mål 3 - Vi vil forbedre de unges fysiske og mentale sundhed

Frederiksberg Kommune har igennem mange år endvidere haft et tæt samarbejde med Københavns Kommune – ikke mindst i form af vidensdeling, netværk med videre. I forhold til eksempelvis unge kræftramte anvendes i dag tilbud hos Københavns Center for unge Kræftramte.

Herudover peges på akutområdet (både akutteams, akutpladser og midlertidige pladser til den ældre svækkede borger) som et af de væsentligste temaer, som kommunerne skal samarbejde om fremadrettet. Dog har Frederiksberg Kommune så stort et befolkningsgrundlag, at man selv har kunnet etablere Det Udgående Sygeplejerske Team (akutteam) med regionen. Kommunen har også egne akut- og aflastningspladser.

Frederiksbergs sundhedstilbud er således i løbende udvikling i tæt samarbejde med andre kommuner, samtidig med at der også tænkes i muligheder for at udbyde sundhedstilbud til private leverandører.

3. Svækkede ældre

3.1 Målgruppebeskrivelse

- Borgere over 65 år med flere komplekse kroniske sygdomme som fx diabetes, hjertekarsygdomme, lungesygdomme, kræft, knogleskørhed samt leddegigt.

I dag skønnes ca. 70 pct. af alle borgere over 65 år at have en eller flere kroniske lidelser. Stigningen i antallet af borgere med flere kroniske sygdomme hænger sammen med, at andelen af ældre stiger, og risikoen for kroniske sygdomme stiger med alderen.

- Svækkede ældre med komplekse sygdomme (herunder demens) og mange genindlæggelser (ofte benyttes betegnelsen ældre medicinsk patient) i både egen bolig og i plejeboliger.

Størstedelen af borgere i plejeboliger med døgnbehov for pleje og omsorg hører til denne målgruppe. Der findes også en del ældre svækkede borgere, der fortsat bor i egen bolig, men som endnu ikke er så plejkrævende, at det er nødvendigt med en plejebolig.

I begge tilfælde er der tale om borgere, der udover svær sygdom næsten altid har flere sygdomme, begrænset omsorgskapacitet, multimedcinering, stort behov for kommunale støtteforanstaltninger og behov for midlertidig døgnrehabiliteringsplads efter hospitalsindlæggelse.

- I dag skønnes ca. halvdelen af borgere på plejehjem at have demens eller demenslignende symptomer. Borgere med demens er en særlig udsat gruppe i forhold til sygdomme udover demens, da de har svært ved at udtrykke smerte mv.

Case 1 - svækket ældre på plejehjem

Karla er 84 år, enke og dement. Hun har 4 børn, men de bor langt væk fra hende. Hun bor på plejehjem, er svært undervægtig og har højt blodtryk. Hun har næsten ikke noget sprog og får tit stærke vredes udbrud, som generer de andre beboere.

Karla fik i starten af 2013 en blodprop i højre ben og har de seneste 3 år været indlagt 6 gange, hvoraf 3 af indlæggelserne er genindlæggelser.

Case 2- svækket ældre i eget hjem

Grethe er 79 år og bor i Dalgas Have sammen med sin mand.

Grethe har dårligt hjerte, er undervægtig og har betydeligt nedsat syn. Grete har betydelig nedsat funktionsevne i forhold til daglige gøremål. Hertil kommer, at hun er gangbesværet og ofte kommer til skade på grund af fald.

Grete har behov for hjælp til personlig pleje, tilberedning af mad og praktisk hjælp som rengøring, vasketøj og indkøb.

Skønnet volumen

Beboere på plejehjem (ca. 85-90 pct. skønnes inden for målgruppen)	1.000-1.200
Modtagere af hjemmehjælp (borgere, der modtager mere end 6 timers hjemmehjælp om ugen)	500-800
I alt	1.500-2.000

Kilde: Effektrapport på sundhedsområdet

3.2 Nuværende indsatser

Gennem de senere år har Frederiksberg Kommune haft stort fokus på at udbygge det lokale sundhedsvæsen med en lang række tiltag for netop denne målgruppe.

Forebyggelse af forværring af sygdom

Selv om svækkede ældre borgere og borgere med kroniske og med komplekse sygdomme sædvanligvis ikke har meget hverken fysisk eller mentalt overskud i hverdagen, er det væsentligt at fastholde en forebyggelsesindsats, som understøtter borgerens handlekraft i hverdagen og forebygger forværring af sygdom. Udbredelse af indsatsen for Træning til alle, hvor hverdagsrehabilitering fører til mere selvhjulpethed, udgør et vigtigt bidrag i denne sammenhæng. Ligeledes kan følgende indsatser nævnes: Virker Hverdagen, I sikre hænder samt anvendelse af KvaliCare, som er et e-læringsredskab, som omhandler lungebetændelse, mund og tandpleje, urinvejsinfektion og ernæringsvurdering. KvaliCare indeholder læringskurser og er samtidig et opslagsværk.

De seneste år er der bevilget midler til at sikre bedre kompetencer inden for bl.a. hjemmeplejen med henblik på tidlig opsporing af udvikling i sygdomsbilledet hos den enkelte og forebyggelse af underernæring hos småt spisende ældre eller patienter med KOL. Dertil kommer de lovbundne forebyggende hjemmebesøg over for svækkede ældre.

De praktiserende læger spiller også en vigtig rolle i opsporingen af forværring af sygdomme blandt denne gruppe, men der er i dag begrænsede forpligtende samarbejdsflader med almen praksis. Dette er derfor en af de relationer, der skal arbejdes med at udbygge i de kommende år.

Forebyggelse af (gen)indlæggelse ved akutsygdom

I dag er der især fokus på at nedbringe de såkaldte forebyggelige indlæggelser (indlæggelser af ældre patienter, der muligvis kunne være undgået igennem den kommunale kontakt med målgruppen). I Frederiksberg Kommune er der især mange borgere, der bliver indlagt med nedre luftvejssygdomme, væskemangel og knoglebrud.

Frederiksbergs Kommune har haft stort fokus på at reducere (gen)indlæggelser og nedbringe forebyggelige indlæggelser ved at styrke samarbejdsrelationer med hospitalerne og almen praksis samt opkvalificere den kommunale hjemmepleje. Strategien har været at igangsætte ikke én, men mange indsatser på samme tid.

Af relevante samarbejdstiltag med hospitalerne kan nævnes udgående sygeplejeteam, fremskudt visitation på medicinsk modtagelse på både Frederiksberg og Bispebjerg hospital samt ansættelse af en samordningsleder i kommunen. Derudover har der været en øget dialog med de praktiserende læger, men som beskrevet i kapitel 2, er der i dag begrænsede forpligtende samarbejdsflader med almen praksis.

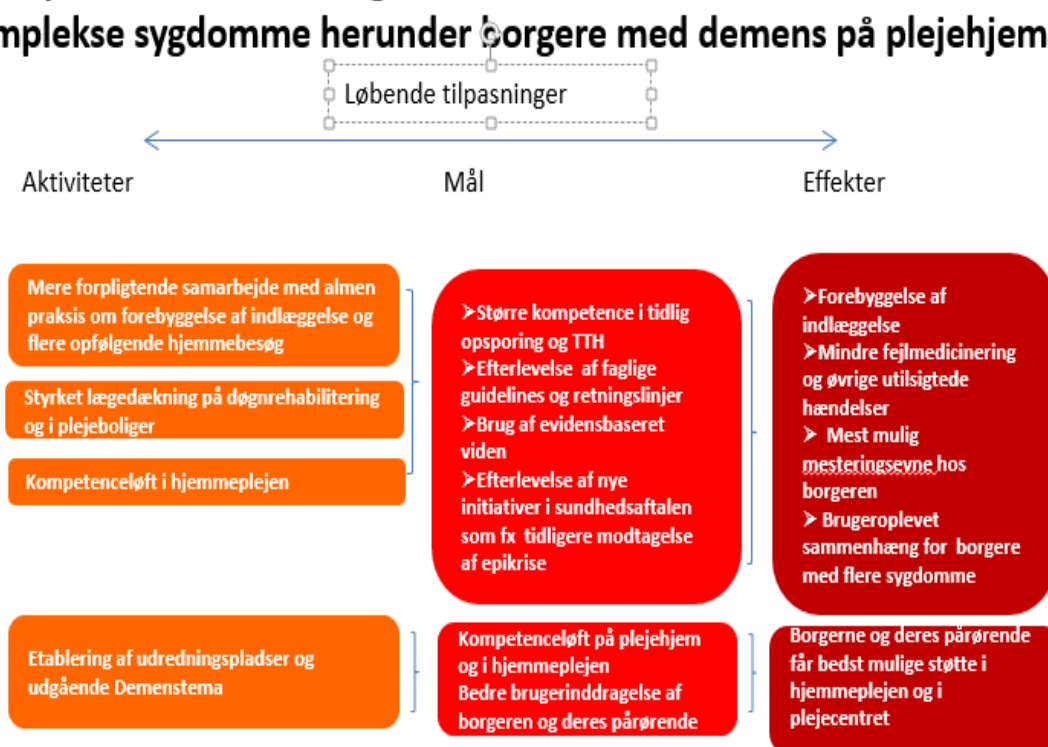
Af tiltag til opkvalificering af hjemmeplejen kan igen nævnes: I sikre hænder, Virker hverdagen og Det Fælles Medicinkort (FMK). I projektet I sikre Hænder er formålet at reducere antallet af borgere med tryksår, antal fald samt øge andelen af borgere, som får korrekt medicin.

Ligeledes har Frederiksberg Kommune og de praktiserende læger på Frederiksberg igangsat et samarbejdsprojekt for borgere i plejeboliger, som afsluttede ultimo 2016. Sag forventes fremlagt for Sundheds- og Omsorgsudvalget i august 2017.

I resultatrapporten på ældreområdet (senest fremlagt for Sundheds- og Omsorgsudvalget den 20. februar 2017, sag nr. 14) følges der løbende op på udviklingen i akutte indlæggelser og akutte forebyggelige indlæggelser for personer over 65 år. I forhold til de akutte forebyggelige indlæggelser er der fra juni 2016 iværksat en række tiltag, der forventes at nedbringe antallet af akutte forebyggelige indlæggelser f.eks. øget brug af Udgående Sygeplejerske Team (UST) og omsorgstandplejen. I resultatrapporten konkluderes det, at tiltagene er implementeret og er ved at rod fæste sig på området. Udviklingen er således også, at antallet af akutte forebyggelige indlæggelser ligger lavere efter iværksættelsen af initiativerne end før. Også forskellen til de øvrige kommuner i Region Hovedstaden er mindsket. Samlet set peger det i retning af, at initiativerne umiddelbart synes at have en effekt. Dog er forventningen, at antallet af forebyggelige indlæggelser kan mindske endnu mere. I forhold til akutte indlæggelser følger Frederiksberg Kommune samme udvikling, som gennemsnittet af kommunerne i Region Hovedstaden.

I nedenstående figur gennemgås eksempler på indsatser og hvilken effekt, der ønskes at opnås.

Eksempler på aktiviteter, mål og effekter for svækkede ældre med alvorlige og komplekse sygdomme herunder borgere med demens på plejehjem



Målopfyldelse for målgruppen 'svækkede ældre.'

Indikator	2014 (resultat)	2015 (resultat)	2016 (resultat)	2020 (mål)	Opfølgning
Antal forebyggelige indlæggelser pr. 1000 +65-årig i somatikken	66,6 indlæggelser	88,5 indlæggelser	Findes endnu tal	FK ligger blandt de 10 førende kommuner i Region H	Månedligt i "Månedssrapport Forebyggelige indlæggelser"
Andel akutte genindlæggelser inden for 30 dage, pct.	7,1 pct.	6,8 pct.	Findes endnu tal	FK ligger blandt de 10 førende kommuner i Region H	Månedligt i månedsrapporten "Indlæggelser og ventedage"
Somatisk færdigbehandlingsdage på hospitalet pr. 1000 borgere	6,3 dage	0,3 dage	Findes endnu tal for hele året, men tallet for første halvår er 0,1	FK ligger fortsat som den førende kommune i Region H	Kvartalvist i "resultatrapport på ældreområdet"

3.3 Udviklingstiltag

Mere forpligtende samarbejde med almen praksis om tidlig opsporing og forebyggelse af indlæggelse og flere opfølgende hjemmebesøg

Almen praksis er i dag borgerens hyppigste kontakt og primære indgang til sundhedsvæsenet. Ligesom kommunerne er almen praksis udfordret på, at indlæggelserne bliver kortere og opgaver uden for hospitalerne bliver mere omfattende og mere komplekse. Derfor er der brug for et mere formaliseret samarbejde mellem kommunerne og de praktiserende læger, som bygger på mere forpligtende aftaler frem for den enkeltes læges holdning og prioritering.

Det er desværre ikke lykket Region Hovedstaden i samarbejde med RH PLO og kommunerne at indgå en praksisplan for at gøre opsøgende og opfølgende hjemmebesøg til et mere forpligtende anliggende mellem kommunen og almen praksis. I stedet afventes de nationale overenskomster. Dette ændrer dog ikke på det udgangspunkt, at der er brug for at styrke de samme indsatser med almen praksis, som foreslået i praksisplanen. Det forventes fortsat at kunne ske ved at indgå almindelige kommunal-lokal aftaler (tidligere §2 aftaler), som har været tidligere praksis på området – frem for regional lokale aftale via praksisplanen.

Af eksempler på lokale aftaler, som kan indgås (og som der også har været fokus på i praksisplanen), er:

- "Kompleks sygebesøg" målrettet borgere med multisygdom og særlig skrøbelige ældre. Øger behovet for kommunal hjælp.
- Indflytningsbesøg målrettet borgere der flytter i plejecenter og botilbud, hvor der brug for at gøre status på helbredsmæssige og andre personlige/socialt oplysninger.

Sundhedstjek for bestemte udsatte borgere.

Styrket lægedækning på døgnrehabiliteringstilbuddet og i plejeboliger

Fra januar 2017 er lægedækningen styrket på Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering (FKD) i form af lægedækning fra hospitalet, hvor en speciallæge har fast gang på FKD alle hverdage. Derudover er FKD dækket aften/nat og weekender af hospitalets lægelige beredskab. Alt i alt en væsentlig opgradering af lægefaglig

ge kompetencer, der betyder, at FKD for eksempel ikke bliver nødt til at kontakte 1813. Kommunen og hospitalet har en forventning om, at samarbejdet vil resultere i bedre forløb for borgerne og færre genindlæggelser. Udviklingen vil blive monitoreret og evalueret løbende med henblik på eventuelle tilpasninger i samarbejdsaftalen med regionen.

Fra januar 2017 er der ansat 21 praktiserende læger fordelt på kommunens 12 plejecentre. Kommunen har yderlige tilsagn fra to læger, der starter inden sommerferien. Kommunen mangler yderligere to læger for at kunne tilbyde samtlige borgere på plejecentre muligheden for lægeskift til fast tilknyttet læge. Der pågår opfølgende arbejde for at finde to læger mere.

Lægerne har fast fremmøde hver uge eller hver 14. dag, hvor de tilser deres patienter. Derudover er lægerne ansat mellem 3-5 timer pr. måned til at levere generelt sundhedsfaglig rådgivning til plejepersonalet. Den sundhedsfaglige rådgivning kan både handle om konkrete kliniske emner for eksempel medicingennemgang, forebyggelse af urinvejsinfektioner, faldudredning, palliationsforløb men også temaer som god elektronisk kommunikation. Fra 2018-2020 reduceres satspuljemidlerne. Det skal evalueres, om der fortsat skal fastholdes samme indsatsniveau som i dag, som led i at satspuljemidlerne reduceres.

Den nye fastlæge ordningen monitoreres ved at følge udviklingen i indlæggelser blandt borgerne, antallet af lægeskift og tilfredsheden blandt borgere, læger og personale med den nye ordning.

Det er samtidig planlagt at udvide ordningen om faste læger på længerevarende botilbud for borgere med psykiske lidelse, se senere afsnit om borgere med psykiske lidelser.

Fortsættelse af tidligere års kompetenceløft for at yde sundhed og omsorg overfor især svækkede borgere med stor risiko for indlæggelse mv. og Kompetenceudvikling af personale på plejehjem og nye medarbejdergrupper ind

Som beskrevet i afsnittet om nuværende indsats er der de seneste år igangsat mange vigtige tiltag med fokus på kompetenceløft i både hjemmeplejen og på plejehjemmene. Alle indsats er fagligt relevante og gør en positiv forskel i forhold til fx antal forebyggelige indlæggelser: Derfor udestår fortsat en "spredningstrategi" og udvikling af indsatsen fx Virker Hverdagen, QualiCare, brugen af Triager, medicinhåndtering, Udgående Sygeplejeteam (UST) samt samarbejdet med almen praksis.

Der er med værdighedsmilliarden (Sundheds- og Omsorgsudvalget den 7. marts 2016, sag nr. 20) besluttet at bevillige 1 mio. kr. i 2016 og frem til fortsat at styrke og kompetenceløfte plejepersonalet. Ligeledes blev afsat i 1 mio. kr. budget 2016 og tre år frem til fortsættelse af tidligere års kompetenceløft for at yde sundhed og omsorg overfor især svækkede borgere.

Regeringen indgik i juni 2016 en aftale om Styrket indsats for den ældre medicinske patient, herunder en aftale om nye kvalitetsstandarder for akutfunktionerne. I forlængelse heraf er der i Frederiksberg Kommune fra 2017 og frem afsat 950.000 kr. til kompetenceudvikling og 640.000 kr. til særligt at styrke akutfunktion som led i de nye kvalitetsstandarder. Kompetenceudvikling dækker her især kompetencer i at styrke den specialiserede indsats for ældre medicinske patienter o.lign. målgrupper.

Frederiksberg Kommune har derfor igangsat et indsatsarbejde for at styrke akuttilbuddene centreret omkring Frederiksberg døgnrehabilitering og det Udgående sygeplejeteam (UST). Derudover vil der også ske en kompetenceudvikling i hjemmeplejen, hvor der også foregår en stor akutindsats. Midler til styrkelse af sygeplejefaglige kompetencer vil især ske med henblik på at styrke indsatsen for borgere med komplekse pleje- og/eller behandlingsbehov ift. klinisk observation, instrumentelle færdigheder og sikker kommunikation og opfølgning. For at sikre at de rette kompetencer er til stede i hjemmeplejen døgnnet rundt forventes også en kompetenceudvikling af hjemmeplejens natsygeplejersker. Tillige skal ske en styrkelse af de sygeplejefaglige akutkompetencer hos basissygeplejerskerne generelt i hjemmeplejen, idet de forventes at skulle løfte en stadig stigende udfordring med plejehandling og observation af komplekst syge borgere i eget hjem.

Både på Frederiksberg Døgnehabilitering og i hjemmeplejen er der behov for indkøb af udstyr. Dette skal medtænkes når midlerne til at styrke de kommunale akutfunktioner skal fordeles. Sidstnævnt skal indsatserne kvalitetssikres ved, fx at udføre journal audits og ved at følge op på relevante indikatorer og samarbejdet med eksterne aktører (1813, Bispebjerg/Frederiksberg hospital og de praktiserende læger) skal afklares og styrkes i de eksisterende arbejdsfora.

Styrkelse af indsatsen vedr. demens

Der er i øjeblikket fokus på at styrke kommunens tilbud til borgere med demens og deres pårørende. Som led i denne indsats er der etableret to udredningspladser i tilknytning til OK-Centret Prinsesse Benedikte. Udredningspladserne bruges til vurdering af behov for faglig indsats og eventuelt anvisning af plejeboligt tilbud for borgere med demensdiagnose eller en adfærd, der svarer til dette. Formålet med udredningsvurderingspladserne er, at borgerne får en faglig vurdering, så borgere med demens kan tilbydes relevant faglig begrundet støtte for bedst muligt at kunne trives enten hjemme i samarbejde med hjemmeplejen eller i et plejeboligt tilbud.

Ligeledes styrkes demensindsatsen ved et udegående Demensteam med base på OK-Centret Prinsesse Benedikte, der støtter det faglige arbejde omkring borgere med demens og deres pårørende. Finansieringen af denne indsats sker gennem værdighedsmilliarden.

Som led i handleplanen for demens er der afsat midler til 23 forskellige initiativer. Et af initiativerne – flere og bedre tilbud om fysisk træning og aktivitet – udmøntes til kommunerne via bloktilskuddet. Derudover forventer Frederiksberg Kommune at søge puljemidler til øget demensindsats på følgende områder:

- *Puljen om det demensvenlige samfund:* Formålet med puljen er at støtte lokale eller landsdækkende aktiviteter, som bidrager til udviklingen af et demensvenligt samfund. Formålet består dels i, at det offentlige rum tænkes og indrettes mere demensvenligt, dels i at der tilveje-bringes mere viden om demens i samfundet.
- *Puljen om kompetenceudvikling:* Som led i denne pulje er der mulighed for at syv kommuner får besøg af demensrejseholdet, og det er besluttet, at Frederiksberg Kommune ønsker at gå denne puljevej i forhold til kompetenceudvikling på plejecentrene. De syv kommuner fordeles på henholdsvis 2-3 kommuner i 2018 og 4-5 kommuner i 2019. I forhold til hjemmeplejen ansøges om et separat kompetenceudviklingsforløb hvor ca. 10 social- og sundhedsassistenter får tilbud kompetenceløft.
- *Pulje om livshistorier i demensvenlige boliger.* Formålet med puljen er at forbedre brugen af livshistorier i demensplejen med henblik på at løfte kvaliteten af plejen og omsorgen for mennesker med demens, bl.a. ved at sikre kontinuitet i plejen og øge livskvaliteten for borgerne.

Der er frist for puljeansøgningen i slutningen af juni måned og forventes svar i august/September 2017.

Værdig afslutning på livet – den palliative indsats

Der er behov for at udvide Frederiksbergs eksisterende palliative indsats, så kommunen kan tilbyde de borgere, der ønsker det, en værdig død i eget hjem på endnu bedre vilkår end i dag. Det kan fx dreje sig om en mere specialiseret tovholderfunktion, hvor hele forløbet varetages af én gennemgående sygeplejespecialist i palliation. Derudover kræver en styrket palliativ indsats en tidlig afklaring og forventningsafstemning sammen med borger og evt. pårørende af, hvordan den enkelte borger med livstruende sygdom ønsker at dø samt et optimeret-, sammenhængende-, tværfagligt- og tværsektorielt forløb aftalt af de involverede aktører i kommuner, regioner og almen praksis.

I 2016 igangsatte kommunen forløbet Værdig Død, der havde til formål at styrke og udvikle den palliative indsats med henblik på at sikre optimale betingelser for en værdig afslutning på livet. Forløbet fokuserede på at kvalificere det overordnede samarbejde mellem praktiserende læger og sygeplejersker fra plejecentrene, hjemmesygeplejen og døgnehabiliteringen med henblik på at identificere kendetegn og behov hos borgere i den terminale fase. Der var stor begejstring for forløbet blandt deltagerne.

Kommunen har valgt at videreføre Værdig Død forløbet i 2017 med et øget fokus på at uddanne og udvikle lokalt på institutionerne, hvor den palliative indsats finder sted. Formålet med forløbet er dels at sikre et godt og

solidt samarbejde mellem de fast tilknyttede læger og institutionerne med fælles fodslag for den palliative indsats, dels at få italesat institutionernes individuelle udfordringer. Der afholdes i alt 16 lokale pakkeforløb fordelt på kommunens 12 plejecentre, døgnrehabiliteringen og hos hjemmeplejen.

Denne indsats suppleres af tre temadage, der er forbeholdt læger, specialsygeplejersker og sygeplejersker. Temaerne er baseret på evalueringen for Værdig Død 2016 og inviterer eksterne sundhedsfaglige foredragsholdere til at nuancere debatten inden for palliationsområdet.

Afprøvning af nye samarbejdsformer på tværs af kommune, almen praksis og hospital

For svækkede borgere med komplekse sygdomme opstår i dag især problemer, når borgerne er involveret i behandling og pleje på tværs af kommune, hospitaler og almen praksis. Der findes dog mange positive resultater fra udlandet med integrerede behandlings- og plejetilbud når det gælder behandlingskvalitet, økonomi, patientsikkerhed og patienttilfredshed, jf. erfaringer med Sundheds- og Omsorgsudvalgets besøg i Norge (Sundheds- og Omsorgsudvalget den 12. januar 2015, sag nr. 6). Derfor ønskes det i sundhedsaftalen 2015-2018, at der afprøves nye modeller for integrerede opgaveløsninger med samdrift af ressourcer og kompetencer på tværs. På Frederiksberg vil der ses nærmere på muligheden for at afprøve nye samarbejdsformer på tværs af kommune, almen praksis og hospital.

4. Borgere med kronisk sygdom

4.1 Målgruppebeskrivelse

Det skønnes, at 10-20 pct. af alle Frederiksberg borgere over 65 år (svarende til cirka 16.500 Frederiksberg indbyggere) lider af en kronisk sygdom. Mange borgere med lettere kroniske sygdomme kan have brug for et kommunalt tilbud for at sikre, at der ikke sker en forværring af deres sygdom. Hvilke former for faglige indsatser, der er behov for, afhænger af sygdommens sværhedsgrad og borgerens mulighed for egenomsorg. Borgere med demens behandles under målgruppe 3 og 5.

Tidlig diagnosticering af kronisk sygdom er vigtigt for at begrænse sygdommen og iværksætte relevant behandling. Da de fleste borgere med kronisk sygdom starter deres forløb hos egen praktiserende læge, er det vigtigt, at lægerne har kendskab til og benytter de kommunale sundhedstilbud. Ligeledes er det vigtigt at udveksle erfaringer og viden om funktionsniveau med videre.

I Frederiksberg kommunes sundhedspolitik er der et

Søren er 63 år, pensionist og bor sammen med sin kone.

Søren har fået konstateret moderat diabetes II, er overvægtig og dyrker meget sjældent motion på grund af en gammel knæskade. Søren bliver derfor af sin praktiserende læge henvist til sundhedscentret, hvor der bliver lagt et træningsprogram, som han kan deltage i sammen med andre diabetikere.

Derudover bliver han tilbudt 5 samtaler hos en diætvejleder og kurset "lær at leve med kronisk sygdom".

Skønnet volumen

Borgere med kronisk sygdom og med behov for kommunale indsatser	5.000-7.000
---	-------------

Kilde: Sundhedsprofil – kroniske sygdomme for Frederiksberg Kommune 2013

4.2 Nuværende indsatser

I dag ligger der en stor og vigtig indsats i at styrke borgerens egne muligheder for at blive i stand til at varetage sin egen sygdomssituation. Kommunens indsats bør som udgangspunkt baseres på systematisk indhentet dokumentation og ensartet faglig praksis, fx fra forløbsprogrammerne for type 2 diabetes, KOL, hjertekarsygdomme, kræft og ryglidelser. De store kroniske sygdomme er alle omfattet af forløbsprogrammerne i dag. Fælles for forløbsprogrammerne er den rehabiliterende tanke, hvor kendskab og mestring af egen sygdom er målet.

Der er mange fællestræk for en del af de kroniske sygdomme, og derfor arbejdes der nationalt, regionalt og kommunalt med at udvikle de af sundhedsvæsenets indsatser, der er fælles for sygdommene og således ikke afhængige af den enkelte diagnose.

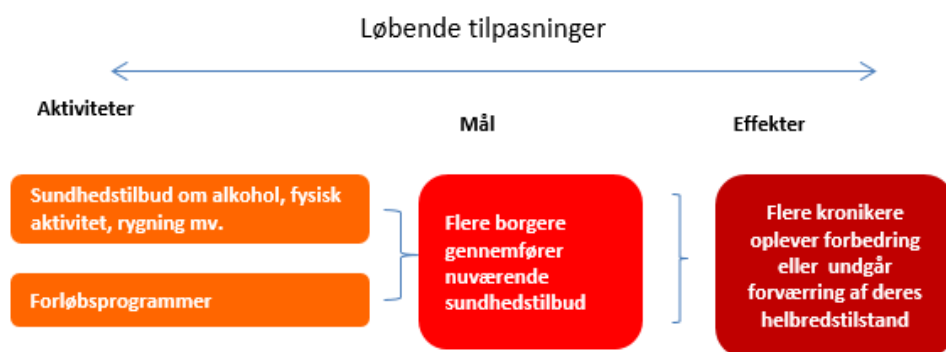
Blandt de vigtigste aktiviteter er sundhedscentrets mange sundhedstilbud. Disse drejer sig især om:

- Støtte gennem egenomsorg (patientuddannelse)
- Ryge- og alkoholafvænning

- Fysisk træning med henblik på bedst mulig funktionsvedligeholdelse og vejledning om motion
- Ernæringsvejledning
- Vejledning i forhold til fastholdelse af daglige aktiviteter og kompenserende strategier og metoder
- Lær at tackle smerter, angst, depression og kronisk sygdom
- Patientuddannelse
- Tilbud om alkoholsamtaler
- Seksuel sundhed

I nedenstående figur gennemgås eksempler på indsatser og ønskede effekter.

Eksempler på aktiviteter, mål og effekter for borgere med kronisk sygdom med behov for kommunal behov



Målopfyldelse for målgruppen 'borgere med kronisk sygdom'

Indikator	2014 (resultat)	2015 (resultat)	2016 (resultat)	2020 (mål)	Opfølgning
Antal akutte indlæggelser pr. KOL-patient pr. 1000 patienter	816 indlæggelser	777 indlæggelser	Findes endnu tal	FK ligger blandt de 10 førende kommuner i Region H	Årligt i regi af "Nationale mål for sundheds- væsenet"
Antal akutte indlæggelser pr. diabetes-patient pr. 1000 patienter	498 indlæggelser	445 indlæggelser	Findes endnu tal	FK ligger blandt de fem førende kommuner i Region H	

4.3 Udviklingstiltag

Øget anvendelse af opsporende værktøjer

I dag er der gode muligheder for at forebygge forværring af kroniske sygdomme, hvorfor tidlig opsporing er meget vigtig. Der findes en lang række opsporende værktøjer, som skal anvendes af både hjemmeplejen og genoptræningsenhederne. Derudover skal almen praksis have kendskab til værktøjerne, så de kan anvendes i

samarbejdet med hjemme(syge)plejen. Her henvises desuden til afsnittet om tidlig opsporing af funktionsnedsættelser i samarbejde med almen praksis og hjemmeplejen.

De praktiserende læger (og hospitaler) skal henvise flere borgere til kommunale sundhedstilbud – herunder skal flere ikke-ressourcestærke borgere med kronisk sygdom henvises til flere kommunale sundhedstilbud

Den seneste opgørelse af antallet af henvisninger til forløbsprogrammerne viser, at ca. en femtedel af kommunens praksis ikke har henvist borgere til forløbsprogrammerne i 2016. Der er i alt modtaget 142 henvisninger, hvilket svarer til, at hver praksis gennemsnitligt henviser tre borgere pr. år. Der er dog meget store forskelle mellem de enkelte praksis. De 10 praksis, der henviser flest borgere, står for 50 pct. af alle henvisninger, mens de 10 praksis der henviser mindst, står for 0 pct. Selv om der har været en stigning i antallet af henvisninger, er der brug for flere henvisninger særligt til forløbsprogrammerne for diabetes, KOL og hjertekarsygdomme.

De seneste år har kommunen arbejdet på at styrke dialogen med almen praksis, bl.a. gennem besøgsrunder og udarbejdelse af informationsmateriale. Dette arbejde videreføres gennem endnu en besøgsrunde, hvor lægerne modtager materiale, der blandt andet viser henvisningsprocedurer, indhold og effekt af forløbsprogrammerne, med henblik på at øge bevidstheden om tilbuddene, deres effekter og gøre det så nemt som muligt at henvise til dem.

Telemedicin og monitorering

Telemedicin defineres som digitalt understøttede, sundhedsfaglige ydelser over afstand, hvor der indgår monitorering og målinger af fx blodtryk, lungekapacitet, vægt og glykosetal i borgerens eget hjem.

Regeringen, KL og Danske Regioner har i efteråret 2015 besluttet, at telesundhed skal udbredes nationalt for borgere med svær KOL inden 2019. Frederiksberg Kommune vurderer mulighederne for at kunne tilbyde telesundhed med fokus på monitorering til andre relevante målgrupper løbende herefter. Videokommunikation vil kunne indgå i denne forbindelse.

Telemedicin indgår som en del af programmet 'Smart sundhed', som tidligere er beskrevet i afsnit 2.4.

5. Ældre borgere med trygheds- og omsorgsbehov

5.1 Målgruppebeskrivelse

- Borgere, som i dag modtager tryghedsindsatser fra hjemmeplejen, samt hjemmepleje hvis det fysiske helbred er begyndt at svækkes.
- Borgere med begyndende demens og deres pårørende.

Der er tale om en meget vigtig gruppe borgere i forhold til tidlig opsporing af begyndende funktionsevnetab - fx opsporing af demens. Borgerne i denne gruppe kan i nogen grad eller høj grad klare sig selv i hverdagen.

Denne borgergruppe handler overvejende om ældre, som har behov for regelmæssige besøg for at sikre tryghed eller omsorg. Indsatsen er primært rettet mod praktisk hjælp og tryghedsskabende foranstaltninger som fx nødkald eller tilbud i form af samvær og aktiviteter i dagtimerne, ældreklubber mv.

Else er 70 år og er lige blevet enke. Else har ingen fysiske helbredsmæssige problemer, men har svært ved at tage vare på sig selv – især efter hun blev alene. Else har en lille omgangskreds og opsøger ikke meget selskab. Hendes eneste datter bor i Jylland, som hun dog har god kontakt til. Else glemmer ofte at spise, drikke og gå i bad.

Else får derfor besøg af hjemmeplejen en gang om ugen. Derudover får Else besøg af en frivillig besøgsven hver 14. dag.

Skønnet volumen

Modtagere af hjemmehjælp (borgere, der modtager højst 6 timer hjemmehjælp hver uge eller hver anden)	Ca. 1.600-2.000
--	-----------------

Kilde: Effektrapport på sundhedsområdet, 2015

5.2 Nuværende indsatser

Forebyggelse af sygdom og forværring af sygdom

Som led i at forebygge sygdom samt modvirke forværring af sygdom, er ernæring og træning vigtige elementer til bevarelse af funktionsniveau. Tab af appetit i forbindelse med sygdom medfører uplanlagt vægttab og tab af muskelmasse, som igen medfører et lavere funktionsniveau. Et fald i funktionsniveau øger risikoen for behov for hjælp samt dårlig trivsel generelt. I Frederiksberg Kommune er derfor igangsat forebyggende indsatser, der både vedrører fysisk aktivitet og træning samt mad, måltider og ernæring. Udbredelse af indsatsen Træning til alle er et eksempel på, at hverdagsrehabilitering medfører mere selvhjulpethed. Herudover har Frederiksberg Kommune en bred ernæringsindsats til ældre i risiko for uplanlagt vægttab og underernæring, som blandt andet omfatter et ernæringsrejsehold, der kan understøtte arbejdet med mad, måltider og ernæring lokalt i hjemmeplejen og i plejeboligerne (Sundheds- og Omsorgsudvalget den 6. marts 2017, sag nr. 21). I 2017 har der været et skærpet fokus på opsporing og behandling af tygge/synkeproblemer (dysfagi), som

blandt andet kan forårsage lungebetændelse. Herudover er der oprettet motionstilbud for ældre i lokalområderne samt flere muligheder for at deltage i Seniorfitness.

Forebyggelse af ensomhed, mistrivsel og selvmord

Forebyggelse af ensomhed, mistrivsel og selvmord er et lige så vigtigt forebyggende indsatsområde som forebyggelse af sygdom. Det er påvist, at dårlig mental trivsel og ensomhed, øger risikoen for dårligt fysisk helbred. Frederiksberg Kommune deltog i 2014-2016 i et projekt varetaget af Socialstyrelsen (Sundheds- og Omsorgsudvalget den 15. september 2015, sag nr. 89), hvor formålet var at opspore ældre i mistrivsel, forebygge selvmordsadfærd samt afprøve netværksskabende aktiviteter for ældre. Evalueringen viser, at hver 5. ældre over 75 år, er i risiko for depression. Der er på baggrund af dette igangsat en række initiativer for ældre med få sociale relationer, bl.a. netværksgrupper i samarbejde med Frederiksberg Museerne, lokale gå-grupper samt madlavning for enlige, ældre mænd i Samvirkende Menighedsplejers lokaler i Valby.

Styrkelse af dagtilbud for med kommunens øvrige sundheds- og omsorgsindsatser

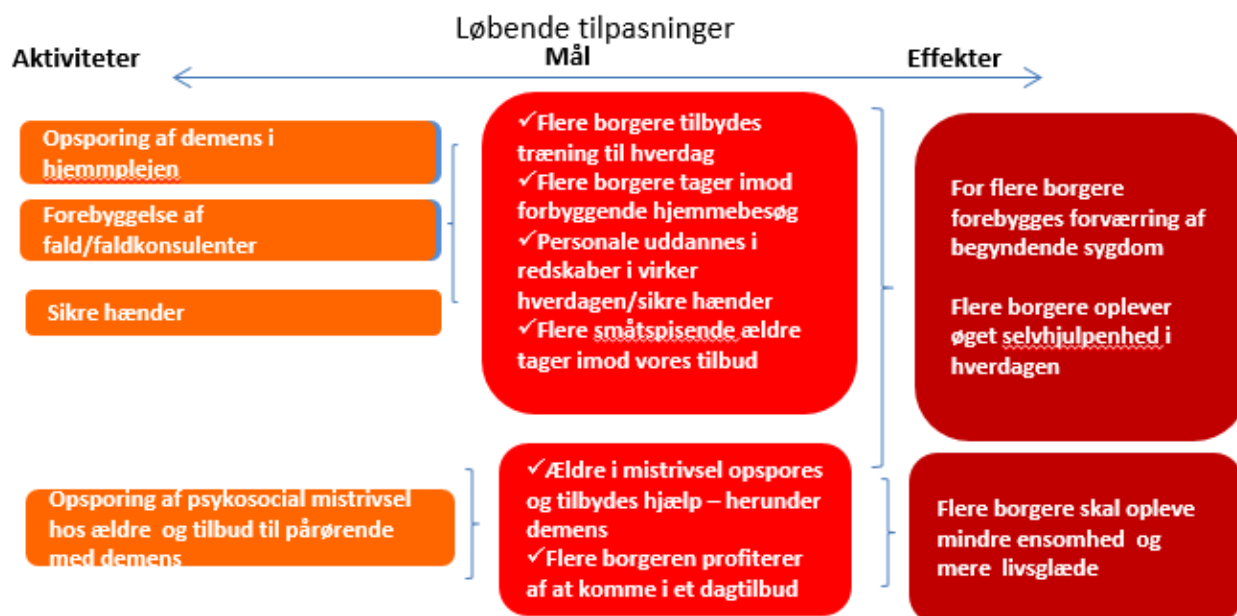
Indsatsen er nærmere beskrevet fra sagen i Sundheds- og Omsorgsudvalgets møde den 16. februar 2015 (nr. 24). Dagtilbuddene skal være med til at åbne dørene for nyskabende og bredt funderede løsninger i tæt samspil med borgeren, familie og netværk, frivillige og civilsamfundet. En del af den nye indsats er også at sikre rette match mellem borger og tilbud med en grundig visitation, herunder afdækning af borgerens ønsker, værdier og behov. De nye forløb bygger på de metoder og den viden, der har størst effekt. I efterfølgende figur gennemgås kommunens igangsatte indsatser og ønskede effekter.

Borgere med demens og deres pårørende

Demens sygdomme er i høj grad også en situation, der påvirker de pårørende, og hvor der kan være brug for aflastning fx via de eksisterende dag- og aktivitetstilbud. Sygdommen har alvorlige konsekvenser for borgernes mulighed for at klare sig selv, og det stiller store krav til både pårørende og netværkets forståelse for – og evne til – at hjælpe og kompensere. Demensindsatsen i Frederiksberg Kommune understøttes af demensspecialister og -koordinatorer i hjemmeplejen samt demenskonsulenter i Sundhedscentret. Som tidligere nævnt er der i 2016 i samarbejde med OK-centret Prinsesse Benedikte påbegyndt etableret et udgående demensteam, hvis formål er, at understøtte personalet i plejeboligerne i at forebygge mistrivsel hos beboere med demens.

Målet med demensindsatsen er at opretholde livskvaliteten, skabe tryghed og en hverdag, der fungerer, for borgere med demens og deres pårørende. Kommunen tilbyder i den forbindelse flere muligheder for støtte: pårørendegrupper, demenscafé, undervisning for pårørende samt telefonrådgivning. Herudover er der i Frederiksberg Kommune et styrket fokus på kompetenceudvikling af medarbejdere samt koordinering af demensindsatsen. I 2017 oprettes der et særskilt kursustilbud til voksne børn af borgere med demens, idet erfaringerne er, at børn og ægtefæller til borgere med demens har forskellige udfordringer og behov. Ligeledes vil der i 2017 blive afholdt et fokusgruppeinterview for pårørende m.h.p. at få yderligere viden om, hvordan demenskonsulenterne bedst kan understøtte de pårørende, der har tæt relation til en dement borger.

Eksempler på aktiviteter, mål og effekter for ældre med trygheds- og omsorgsbehov



Indikator	2014 (resultat)	2015 (resultat)	2016 (resultat)	2020 (mål)	Opfølgning
Antal borgere, som har afsluttet et rehabiliterende træningsforløb med positiv effekt (Træning Til Hverdagen)	348 borgere	393 borgere	402 borgere	960 borgere	Kvartalvist i "Resultatrapport på ældreområdet"
Antallet af behovsbestemte besøg	Ingen data	Ingen data	Planlagt 132 og 116 er gennemført	Baseline 2016	Årligt i "Status på Forebyggelsesindsatsen"

5.3 Udviklingstiltag

Fortsat fokus på at sikre opsporing af tidlig funktionsnedsættelse og "akutte sygdomme" samt opsporing af borgere med tidlig demens gennem øget samarbejde med de praktiserende læger og via fortsat kompetenceløft i hjemmplejen

Tidlig opsporing i kommunens egen organisation handler først og fremmest om kompetencerne til at føre den tætte dialog med borgerne (og pårørende), til at observere, til at samarbejde med læger og hjemmesygepleje og samarbejdet hjemmplejen imellem.

En del af målgruppen kan også være i risiko for akutindlæggelse i det omfang, at der i dagligdagen ikke er nok fokus på "skjulte" akutte sygdomme, som den ældre ikke selv er opmærksom på, fx væskemangel eller urin-

vejsinfektion. Hjemmeplejen skal derfor styrke deres opsporingsredskaber for at undgå indlæggelser af ældre borgere, der kunne have været undgået ved en bedre kommunal kontakt med målgruppen (forebyggelige indlæggelser).

Derudover er der et stort fokus på at opspore borgere med demens samt at forebygge yderligere sygdomsforværring som følge af demens, fx ved forebyggelse af fald, forebyggelse af uplanlagt væggtab og fysisk træning. Borgere med demens er en særlig udsat gruppe i forhold til sygdomme, der ikke relaterer sig direkte til deres demenssygdom, da de kan overse symptomer eller have svært ved at give udtryk for smerter. Kommunen forpligter sig derfor til at have særlig opmærksomhed på øvrig sygdom ved borgere med demens.

Tidlig opsporing af borgere med demens kræver ikke alene viden om demens, men også at motivere borgere og de pårørende til at borgeren med demens bliver mere kvalificeret udredt. Mange borgere ønsker ikke at blive udredt på grund af manglende sygdomserkendelse. Derudover handler det om at sikre trygge rammer for særlig sårbare grupper fx borgere, der i forvejen har en alvorlig kronisk sygdom i forbindelse med en udredningsproces. Som led i både Virker hverdagen og Træning til alle, hvor hverdagsrehabilitering fører til mere selvhjulpenhed, indgår fokus på det psyko-socialt. Dette drejer sig også om tab af hukommelse og ændring af borgeres kognitive ressourcer, der kunne tyde på demens, men også andre sygdomme som fx depression, fejlnæring og dehydrering.

I værdighedsmilliarden er afsat 1 mio. kr. i 2016 til udvikling af det lokale sundhedsvæsen – som også er gået til kompetenceudvikling til dette formål. Derudover har denne indsats også tæt sammenhæng med etablering af afklaringspladser og udgående team for borgere med demens.

6. Borgere med midlertidig behov for hjælp

6.1 Målgruppebeskrivelse

- Borgere med midlertidigt behov for hjælp i forbindelse med forbigående sygdom. Det kan dreje sig om genoptræning efter indlæggelse eller sårskift, til oplæring i øjendrypning eller injektionsteknik.
- Borgere, hvor mental sundhed udgør en væsentlig forhindring for at klare sig i hverdagen – og som har behov for en midlertidig indsats for at komme på rette spor.

I dag skønnes ca. 11 pct. af alle voksne på Frederiksberg at have et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (sundhedsprofilen på Frederiksberg) svarende til 9.600 personer.

Sammenlignet med de 25-35-årige er andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred seks gange større blandt de 55-64-årige og otte gange større blandt de 65-årige plus. Den store andel blandt de ældste borgere med dårligt selv vurderet helbred skyldes, at denne aldersgruppe i større grad er plaget af sygdom, som påvirker deres egen vurdering af eget helbred og tab af ægtefælle. 12 pct. af borgerne på Frederiksberg har dårligt mentalt helbred.

Inger er en 62 årig pensionist med stort gå-på mod. Hun bor i legen lejlighed med sin mand. Inger har meget kontakt med sin familie, børnebørn og en aktiv dagligdag. Inger har fået et alvorligt brud på knæet. Inger blev efter hospitalsbehandlingen af knæet udskrevet med en genoptræningsplan og henvist til Frederiksberg Kommune Sundhedscentret. Ligeledes er det aftalt, at Inger får besøg af en faldkonsulent for at sikre, at Inger ikke falder igen.

Betina er 58 år, mor til 2 voksne børn og kontorassistent. Betinas mand er alvorlig syg af kræft. Betina føler sig meget stresset og angst i hverdagen, og bryder tit sammen både derhjemme og på arbejde. Hendes læge har derfor udskrevet antidepressive midler. Samtidig er Betina af sin praktiserende læger henvist til sundhedscentret tilbud "Lær og takle angst og depression"

Skønnet volumen

Borgere med behov for genoptræning o.lign. (antal borgere med en genoptræningsplan)	Ca. 3000
Borgere med mindre eller dårligt selv vurderet helbred	9.000-10.000
I alt	Ca. 12.000-13.000

Langvarig dårlig mental sundhed har konsekvenser for både den enkeltes muligheder for at leve et godt liv og for udvikling og forløb af sygdom. I Frederiksbergs sundhedspolitik er derfor sat et mål om, at andelen af borgere med mentalt dårligt fysisk helbred skal reduceres med 11 pct.

6.2 Nuværende indsatser

Genoptræning efter indlæggelse

Med kommunalreformen i 2007 overtog kommunerne opgaven med genoptræning efter udskrivning fra hospitalet. Siden har området – også på Frederiksberg – været kendetegnet ved en markant vækst, som betragtes som positiv for borgernes mulighed for at komme sig hurtigt. For de fleste er der tale om et mindre kompliceret genoptræningsforløb, hvor de selv er motiveret til at komme hurtig tilbage til hverdagen. Som led i en indlæggelse eller lign. kan der også være brug for sårbehandling o.lign. i kommunens sygeplejeklinik.

Inden for de seneste år er der sket en ændring i leveringsform. Der er et stadigt øget antal borgere, der selv træner og alene modtager supervision og støtte i deres genoptræning frem for individuel eller holdtræning. Dette er en udvikling, som forventes at fortsætte. Der bruges flest ressourcer i forhold til de specialer, hvor der er behov for et rehabiliterende forløb med flere aktører involveret. Disse områder har til gengæld ikke det højeste antal borgere – men den enkelte borger trækker mange ressourcer inden for disse specialer.

Udvidelse og udvikling af hjerneskadeindsatsen med fokus på den specialiserede rehabilitering for de 65-årige

I dag tilbydes også et fagligt løft af den samlede neurorehabilitering af borgere med senhjerneskade over 65 år. Hertil er de 3 institutioner Østervang, Døgnrehabiliteringen og Ambulant Genoptræning og Rehabilitering gået sammen og har udarbejdet en overordnet ramme og forløbsbeskrivelse, der skal sikre borgeren et sammenhængende forløb på deres vej gennem det kommunale rehabiliteringssystem. Det sker blandt andet gennem et fælles fagligt kompetenceløft af personalet på tværs af de 3 institutioner, der udover det faglige løft samtidig skal opnå et bedre kendskab til hinanden og danne ramme for bedre overgange for borgerne. Der er ligeledes ansat en sygeplejerske og en fysioterapeut med speciale i neurologi, og muligheder for at få tilknyttet logopæd og neuropsykolog direkte til institutionerne skal fremover kunne lade sig gøre, også for denne målgruppe.

Ventetider

Når borgeren bliver udskrevet fra hospital med en Genoptræningsplan, bliver genoptræningsplanen sendt til Styringsenheden i ambulant Genoptræning og Rehabilitering, som efterfølgende kontakter borgeren indenfor 5 hverdage. Borgeren får tid indenfor 10 hverdage. Ledelsen modtager og følger ugentlig statistik fra Styringsenheden over antal dage for genoptræningsstart. Siden start 2017 har gennemsnitlig antal dage for genoptræningsstart ligget på ca. 8 hverdage. Erfaringen viser, at der er mindre end 5 hverdage til genoptræningsstart, afviser borger ofte, da de ikke er parate til at gå i gang med genoptræningen så hurtigt efter udskrivelse.

Specialiseret genoptræning (rehabiliteringsplaner)

Når borger i dag bliver udskrevet med "specialiseret rehabiliteringsplan" bliver den sendt til hjerneskadekoordinator i kommunen, som tager kontakt med borger oftest allerede før udskrivelse. Her tages stilling til, hvor rehabiliteringsforløbet efter udskrivning skal varetages. Hvis rehabiliteringsenheden på Østervang ikke har kompetencer til at løfte opgaven, vil det oftest være Rehabiliteringscenter Vejle Fjord, som Døgnophold. Hvis der er behov for ambulant specialiseret rehabilitering varetages opgaven primært i ambulant Genoptræning og Rehabilitering på Sundhedscentret. Er der behov for andre kompetencer tilkøbes forløb hos Center for Hjerneskade.

Der er i dag nedsat et tværsektorielt samarbejdsforum i regionen om erhvervet hjerneskade, hvor de specialiserede rehabiliteringsforløb i regionen vil blive gennemgået bl.a. i forhold til at kigge på finansiering af forløbene og også i forhold til kvalitetssikring.

Sygeplejeklinikker

I dag har kommunen tre sygeplejeklinikker placeret i Frederiksberg Sundhedscenter. Én klinik varetager fortrinsvis kompliceret sårbehandling, én klinik varetager mere blandende sygeplejeopgaver og én klinik varetager opgaver indenfor inkontinensområdet. Borgerne kan selv rette henvendelse til inkontinensklinikken. Fremmøde til de to øvrige klinikker kræver en henvisning til sygepleje.

I forbindelse med budget 2017 blev det vedtaget at investere i en mobil sygeplejeklinik for at give borgerne et mere fleksibelt tilbud om hjemmesygepleje tæt på deres hjem. Forvaltningen er i gang med at se på erfaringer med mobile klinikker og sammenholde med sygeplejeindsatsen på Frederiksberg – også set i relation til de gode erfaringer med de nuværende klinikker (Sundheds- og Omsorgsudvalget den 12. juni (sag nr. 55).

Implementering af sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker for mental sundhed

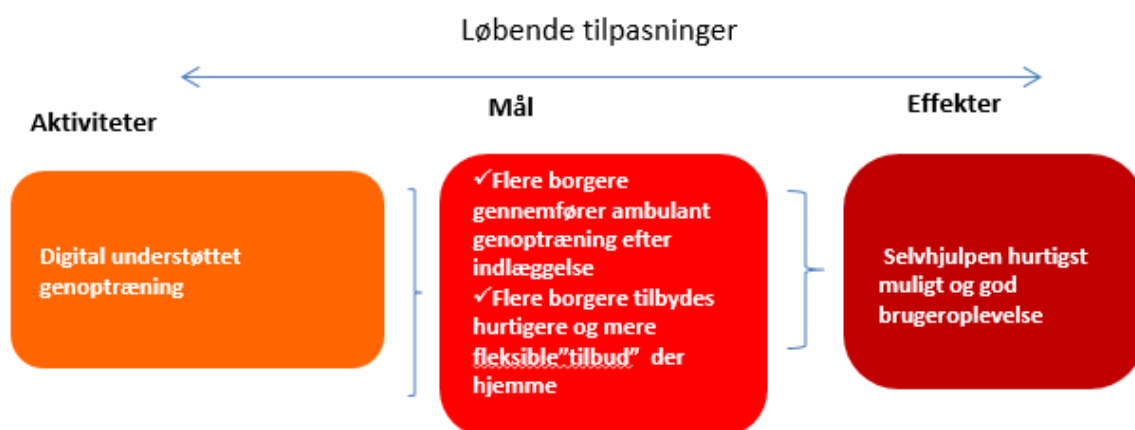
Som led i at implementere sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker har Frederiksberg Kommune igangsat en række initiativer med afsæt i en budgetbevilling (Sundheds- og Omsorgsudvalget den. 3. juni 2013, nr. 83). Som en del af forebyggelsespakken for mental sundhed indgår 3 patientuddannelser Lær at leve med kronisk sygdom, Lær at tackle kroniske smerter samt Lær at leve med angst og depression. En måde at arbejde videre på den brede forankring er også via Frederiksberg Kommunes Sundhedspolitik. Som følge af et mindre budget i årene 2014-2015 er følgende indsatser prioriteret: Lær at tackle angst og depression, ABC aktiviteter, Netværksgruppe på tværs af områderne (Sundheds- og Omsorgsudvalget den. 2. maj 2016, sag nr. 48).

Styrket kontinensindsats

Siden 1. februar 2016 hvor inkontinensklinikken åbnede i Sundhedscentret, har der været et øget fokus på hele inkontinens området. Klinikken gør det muligt i tæt samarbejde med 2 fysioterapeuter at tilbyde borger et forløb, hvor der tilbydes, udredning, vejledning og træning. Der arbejdes målrettet på at færre borgere får brug for et inkontinenshjälpemiddel. Udredningen tilrettelægges af sygeplejerskerne, der udover at være i klinikken også tager på hjemmebesøg hos de borgere, som ikke har mulighed for at komme i klinikken. Der er ca. 1400 borgere med blebevilling og 400 borgere med andre former for inkontinenshjälpemidler i Frederiksberg Kommune. Inkontinensklinikken er bevilget som led i et effektiviseringsforslag fra SOU06: Mere effektiv indsats mod inkontinens).

I nedenstående figur gennemgås eksempler på kommunens indsatser og ønskede effekter.

Eksempler på aktiviteter, mål og effekter for borgere med midlertidig behov



Indikator	2014	2015	2016	2020	Opfølgning
-----------	------	------	------	------	------------

	(resultat)	(resultat)	(resultat)	(mål)	
Gennemsnitlig antal ventedage fra borger modtages i kommunen til træning på ambulansgenoptræningsenhed påbegyndes	10,9 dage	12,5 dage	11,2 dage	10 hverdage	Månedligt i månedsrapporten "Ambulant genoptræning"

6.3 Udviklingstiltag

Afprøvning af nye digitale metoder til genoptræningsindsatser

Digitalt understøttet genoptræning dækker over digitale løsninger, der understøtter borgeren i at genoptræne enten på Sundhedscentret eller i eget hjem. Målgruppen er borgere, som har et behov for genoptræning på grund af sygdom, en skade eller generel svækkelse/geriatri. Mange af disse borgere har været hospitalsindlagt og har efterfølgende behov for genoptræning for at komme sig og styrke eller genvinde deres funktionsniveau.

I Frederiksberg Kommune er der blevet afprøvet forskellige, digitale genoptræningsløsninger, og løsningerne er afprøvet på flere målgrupper. Erfaringerne herfra samt erfaringer fra andre kommuner har givet nyttig viden om, hvad vi skal være særligt opmærksomme på i det videre arbejde med digitalt understøttet genoptræning. Herunder hvilke typer af løsninger, vi skal satse på, og hvilke målgrupper, der med succes vil kunne understøttes af digitalt understøttede genoptræningsindsatser. Disse erfaringer indgår i forhold til en eventuel videre udbredelse af digitalt understøttet træning, der skal understøtte og udbygge kommunens indsatser omkring genoptræning.

Konsolidering af genoptræningsindsatsen

Styrkelse af udviklingen af rehabiliteringsenheden Frederiksberg Kommunes Døgnsrehabilitering med at udvide og intensivere træningen, så borgeren bliver involveret i mere effektiv træning og hurtigere kan komme hjem. Der er i dag lørdagstræning og træning til kl. 18.00 mandag til torsdag. Derudover arbejder neuroteamet en gang om ugen til kl. 20.00, så de støtter aftenvagterne i træning.

7. Borgere med psykiske sygdomme

7.1 Målgruppebeskrivelser

- Borgere med psykiske sygdomme og socialt udsatte, der som følge af sundhedsvaner, sociale faktorer og som bivirkninger af den medicin, de tager, også har kroniske sygdomme.
- Disse borgergrupper er kendetegnet ved en mere stillesiddende adfærd, ofte storrygere, meget usund kost og stort alkoholforbrug. Deres risiko for livsstilssygdomme som KOL, diabetes, hjertekarsygdomme og kræft er meget større end den gennemsnitlige dansker.
- For begge målgrupper, hvor der ofte kan være et overlap, er også tale som borgere, der ofte dør mindst 10-15 år tidligere end andre.
- Borgere med svære psykiske sygdomme, som modtager samtidige indsatser fra region, almen praksis og kommune og hvor der brug for koordinerede indsatser.

Case 1: Alfred er 52 år og bor alene i en lejlighed i Finsenshave. Alfred er blevet diagnosticeret med en bipolarlidelse affektiv sindslidelse og har suppleret sin "medicin" med et stort alkoholforbrug i mange år. Alfred kunne ikke drømme om at kontakte kommunens sundhedstilbud eller sin egen læge for behandling af sit misbrug og sine følgesygdomme.

Alfreds mangeårige misbrug har givet ham omfattende leverskader. Alfred har også fået konstateret begyndende KOL på grund af sit store cigaretforbrug og har tegn på alkoholdemens.

Case 2: Anders er 49 år gammel og lider af en bipolarlidelse. Anders indlægges ofte, når han bliver depressiv. Efter indlæggelse tilknyttes den kommunale udskrivningskoordinator.

Anders går også i den ambulante psykiatri – og han får reguleret sin medicin hos sin praktiserende læge.

Anders er i øjeblikket i et kommunalt rehabiliteringsforløb, hvor han både har en mentor og en koordinerende sagsbehandling. Derudover bliver han tilknyttet hjemmehjælpens psykiatri-team i hans dårlige perioder, hvor han ikke kan tage vare på sin egen omsorg og pleje.

Borgere med psykiske sygdomme/socialt udsatte med dårligt fysisk helbred

At være sårbar borger og socialt udsat borger eller borger med svær psykisk sygdom handler næsten altid om ophobning af dårlige levevilkår og mangel på deltagelse i samfundet som følge af dårlige boligforhold, eksklusion fra arbejdsmarkedet, få fritidsaktiviteter mv. Disse borgeres sundhedstilstand er ofte meget dårlig, hvad enten det angår sygelighed, trivsel eller forebyggende sundhedsadfærd. Levetiden er også meget kortere end gennemsnittet. Kommunens eksisterende forebyggelses- og rehabiliteringstilbud kan ikke direkte anvendes for denne gruppe, som i stedet har behov for mere håndholdte og opfølgende indsatser, som gør dem trygge ved at bruge tilbuddene.

I Sundhedspolitikken på Frederiksberg er der et mål om, at levetiden skal stige med 0,26 år i Frederiksberg kommune på samme måde som i Danmark som helhed. I nedenstående tabel kan ses, at ca. 64 pct. af borgere der er indlagt med en psykisk sygdom, også blev indlagt med en somatisk sygdom i 2015.

Borgere med behov for koordinerende indsatser fra behandlingspsykiatrien og kommunen

Udviklingen inden for psykiatriområdet har betydet, at kommunerne er blevet udfordret i deres indsatser for borgere med psykiske vanskeligheder eller lidelser. Den faglige udvikling i den regionale psykiatri er gået i retning af øget ambulans behandling, øget specialisering, kortere indlæggelser, pakkeforløb og færre sengepladser. Det betyder, at borgerne i højere grad end tidligere modtager samtidige indsatser fra region, almen praksis og kommune – dermed bliver behovet for en koordineret og måske endda en integreret indsats tydeligere. Den regionale psykiatri og almen praksis er således vigtige samarbejdspartnere for kommunerne på psykiatriområdet. Som noget nyt er psykiatrien i dag et afgørende tema i sundhedsaftalen for 2015-2018. Områderne somatik og psykiatri er ligestillede i sundhedsaftalen.

Kommunernes indsatser på psykiatrien er dog særlig udfordret af ofte både at vedrøre beskæftigelse, sundhed, social, børne- familieindsatser mv. og dermed et tæt internt samarbejde mellem forvaltningsområder internt i kommunen. Dette gælder også i forhold til samarbejdet med regionen (og borgeren), der oplever, der er mange "indgange" til kommunen, og det kan være forvirrende at finde ud af, hvilken indgang, der er den mest hensigtsmæssige.

I forhold til borgerens plan for det nære sundhedsvæsen sættes fokus på samarbejde med de praktiserende læger på Frederiksbergs og Psykiatrisk Center Frederiksberg på voksenområdet dvs. indlæggelse og udskrivning:

- Færdigbehandlede patienter
- Samarbejde med almen praksis om blandt andet medicinering o.lign.
- Koordinerede sammenhængende indsatser ved akutindsatser mv.

Samarbejde i psykiatrien med særlig fokus på udsatte grupper (udover deres somatiske sygdomme), herunder misbrugsområdet. Dette behandles selvstændigt i Frederiksberg Kommunes udsatteplan 2018-2021 (Socialudvalget den 15. maj 2017, sag nr. 40).

Frederiksberg Kommune ligger under gennemsnittet af kommuner i Region Hovedstaden i forhold til både genindlæggelser og færdigbehandlede patienter (kilde: Ledelsesinformation fra Region Hovedstaden, marts 2016). Vedrørende færdigbehandling og forebyggelse af indlæggelse på psykiatri skal der dog gøres opmærksom på, at problemstillingen er mere kompleks inden for psykiatrien end somatikken. Eksempelvis er genindlæggelser ikke nødvendigvis udtryk for noget dårligt, da det kan være en gensidig aftale med hospitalet om, at patienten kan indlægges når som helst, hvis man ikke føler sig tryk derhjemme.

I forhold til flygtninge med traumer og psykiske sygdomme henvises til Arbejdsmarkeds- og Uddannelsesudvalgets behandling af sag vedr. Flygtninge - Forslag til målrettet indsats for styrket selvforsørgelse (den 23. november 2015, sag nr. 82).

Skønnet volumen

Borgere med psykiske sygdomme/socialt udsatte med dårligt fysisk helbred

Brugere inden for SKP/botilbud for borgere med psykiske sygdomme	200-300
Øvrige social økonomisk udsatte (hjemløse, misbrugere, mv.)	Ca. 100
I alt	Ca. 300-400

Kilde: Den sociale masterplan

Borgere med behov for koordinerende indsatser fra behandlingspsykiatrien og kommunen

Borgere der både er i behandlingspsykiatrien og modtager kommunale hjemme-hjælp	300-400
Borgere der både er i behandlingspsykiatrien og socialpsykiatri	600-800
Borgere der både er i behandlingspsykiatrien og beskæftigelsessystemet (mentor, rehabiliteringsteam, sygedagpenge)	600-700
I alt	1.500- 1.900

Kilde: Den sociale masterplan mv.

7.2 Nuværende indsatser

Etablering af tilgængelige opsøgende sundhedsfremmende tilbud til de socialt udsatte borgergrupper

Mange sårbare borgere opsøger hverken støtte eller hjælp fra systemet på egen hånd. For disse borgere er det derfor nødvendigt at have opsøgende og kontaktskabende tilbud, hvor medarbejderne møder borgerne i deres egne miljøer. At opbygge et tillidsforhold til borgere er helt afgørende, og relationsarbejdet kræver mange ressourcer fra de ansatte. Den seneste evaluering på området viser, at opsøgende sundhedsindsatser har en positiv og signifikant virkning på disse borgeres sundhedstilstand (KORA, Opsøgende indsatser over for socialt udsatte borgere – en evaluering fra 4 kommuner, 2014).

På Frederiksberg er der i dag af opsøgende tilbud ansat en socialsygeplejerske, der er ansat i Finsenshave og en opsøgende fysioterapeut på Herberget Lærkehøj og værestedet Roskilde.

Derudover er der projektet for uvante motionsborgere, som er målrettet borgere i social- og behandlingspsykiatrien, jf. sag vedr. Status på forebyggelsesindsatsen 2016 (Sundheds- og Omsorgsudvalget den 15. maj 2017, sag nr. 46).

Brobygning til det øvrige sundhedsvæsen og det øvrige socialsystem

De fleste af disse sårbare borgere vil i et eller andet omfang have flere berøringsflader i forhold til det øvrige sundheds- og socialsystem. Der ligger derfor også en vigtig opgave i forhold til at sikre koordinering mellem samarbejdspartnere som almen praksis, personale på hospitaler, sociale tilbud, misbrugsbehandling, boligmedarbejdere mv. En del af dette arbejde foregår også som led i en række andre indsatser i kommunen med reference til kommunens nye udsatteplan og den sociale masterplan.

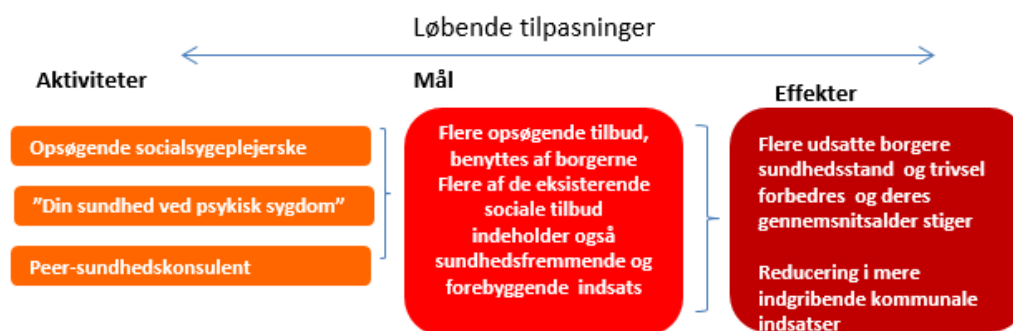
Af relevante etablerede aktiviteter på Frederiksberg kan nævnes PEER-sundhedskonsulent med fokus på integration, tilgængelighed og fællesskab, som skal øge kendskabet til eksisterende muligheder fra viden og tilbud i Sundhedscentret. Indsatsen vil stadig tage afsæt i metoden "peer education", der er velfungerende i forhold til målgruppen.

Frederiksberg Kommune Misbrugscenter og Psykiatrisk Center Frederiksberg samarbejder i Projekt Bedre Udrådning om samtidig indsats til dobbeltbelastede (misbrug og psykisk sygdom). Formålet med projektet er at opfange og tilbyde behandling til borgere med dobbelt belastning i form af både problemskabende/afhængigt brug af rusmidler og psykisk skrøbelighed/sygdom. Ca. 10 pct. af borgerne i behandling på Rådgivningscentret har brug for egentlig behandling på Psykiatrisk Center Frederiksberg.

Frederiksberg kommune deltager også i IPS-projektet i samarbejde med Hovedstadsregionens Psykiatri (individuelt planlagt job med støtte), som både er et lavpraktisk hverdagsprojekt og et forskningsprojekt. Udgangspunktet er, at mennesker med svær psykisk sygdom med det rette job og de rette arbejdsomgivelser kan få arbejde på det ordinære arbejdsmarked.

I nedenstående figur gennemgås eksempel på kommunens indsatser og ønskede effekter.

Eksempel mellem aktiviteter, mål og effekter for borgere med psykiske sygdomme



Indikator	2014 (resultat)	2015 (resultat)	2016 (resultat)	2020 (mål)	Opfølgning
Antal (gen)indlæggelser i psykiatrien	976 udskrivninger fordelt på 527 unikke borgere	1.067 udskrivninger fordelt på 521 unikke borgere	1.032 udskrivninger fordelt på 527 unikke borgere		Årligt ifm. "Borgerens lokale sundhedsvæsen".
Antal færdigbehandlingsdage pr. unik færdigbehandlet i psykiatrien	39,75 dage	23,13 dage	23,40 dage	FK ligger blandt de 10 førende kommuner i Region H	Kvartalsvist i "Resultatrapport på ældreområdet".

7.3 Udviklingstiltag

Projekt integreret psykiatri

Der har gennem længere tid været fokus på tværgående indsatsen fra kommune og region for at sikre, at borgerne får den mindst muligt indgribende indsats, og at der iværksættes tidlig rehabiliterende og recoveryorienteret indsats i nærmiljøet.

Frederiksberg Kommunes Socialafdeling og Psykiatrisk Center Frederiksberg har i mange år haft et godt samarbejde omkring de fælles borgere, der modtager henholdsvis behandling og sociale ydelser (efter Serviceloven). Inspireret af arbejdet med integreret psykiatri andre steder i landet – blandt andet Psykiatriens Hus i Silkeborg – har der været et ønske om at styrke samarbejdet yderligere med fokus på forebyggelse. Psykiatrisk Center Frederiksberg oprettede i april 2015 Akut Psykiatrisk Hjælp (APH), der har afløst den psykiatriske skadestue og tilbyder akut psykiatrisk behandling i hjemmet i op til 6 uger.

Projektets formål er gennem et styrket samarbejde at sikre, at de tværsektorielle indsatser på det akut ambulante område opleves sammenhængende og relevante for borgerne, og at forebygge en forværring af borgerenes psykiske funktionsniveau og funktionsevne.

Projektets foreløbige erfaringer er, at der er potentiale for en tidlig indsats og for en mere sammenhængende og koordineret indsats for borgerne. Desuden opleves en faglig synergi ved et styrket fagligt blik på borgerens situation og bedre kvalitet ved en fælles indsats. Projektet er ligeledes med til gensidigt at øge viden om tilbud og procedurer på tværs af kommune og behandlingspsykiatri.

Det er ambitionen endvidere at konsolidere den integrerede samarbejdsform yderligere i det daglige samarbejde om borgere i ambulante behandling.

Indsatsen indgår også i Frederiksberg Kommunes udsatteplan 2018-2021 (Socialudvalget den 15. maj 2017, sag nr. 40), hvor der er søgt om udvidelse af projektet til også at arbejde med borgere, der er indlagt og en integration i driften fra medio 2018, hvor projektmidlerne ophører og inkludere samarbejdet med ambulante behandlingsinstanser (distriktskykiatrien).

Igangsætning af den beskedbaserede kommunikation på social- og psykiatriområdet mellem kommunen og regionen

På det somatiske område er der i dag fuld udbredelse af den IT-beskedbaserede kommunikation mellem hjemmepleje, hospitaler og de praktiserende læger ved blandt andet en indlæggelse. Det er der ikke på det socialpsykiatriske område og regionens og almen praksis systemer – også selvom det er et krav ifølge sundhedsaftalen 2015-2018. Dette skyldes en række tekniske, økonomiske og organisatoriske udfordringer. Der arbejdes derfor pt. med at udvikle en række standarder og tekniske løsninger, der kan udbredes til kommunerne i Region Hovedstaden.

Faste læger på længerevarende botilbud for borgere med psykiske lidelser

I løbet af den kommende tid vil kommunerne i samarbejde med de praktiserende læger skaffe faste læger på botilbud for borgere med psykiske lidelse. Dette sker som led i delaftale om udmøntning af satspuljen for 2017-2020, hvor det fremgår af "Handlingsplan til forebyggelse af vold på botilbud", at der skal etableres en ordning med fast tilknyttede læger på botilbud (servicelovens §108), der har borgere med psykiske lidelser som målgruppe.

Ordningen er foreslået af den arbejdsgruppe, der kom med forslag til at forebygge vold på botilbud. KL, PLO, staten og Danske Regioner har i forlængelse heraf indgået en aftale, som skal sikre en implementering af faste læger på botilbud i lighed med faste læger på plejecentre. Aftalen kommer kun til at omfatte længerevarende botilbud. Aftalen er en allonge til aftalen om faste læger tilknyttet de somatiske plejecentre og følger de samme aftalemæssige vilkår. Der er nationalt afsat 17 mio. kr. i perioden 2017-2020 til ordningen, jf. handlingsplanen for forebyggelse af vold på botilbud.

På Frederiksberg vil det formodentlig komme til at dreje sig om de tre botilbud Soltoppen, Bostedet Thea og Diakonissestiftelsen Bofællesskaber. Det forventes, at der kommer en egentlig national udmelding om sagen i maj måned.

Apendiks: Sammenhæng til andre kommunale områder

Det lokale sundhedsvæsen har ”forgreninger” ind i mange andre kommunale sundhedsmæssige, sociale- og beskæftigelsesmæssige indsatser. Blandt de vigtigste kan nævnes psykiatrien og misbrugsområdet. I det følgende gives en række eksempler på vigtige indsatsområder, der har betydning for det lokale sundhedsvæsen, men som beskrives i andre politikker og planer.

Politikker/planer	Specifikke indsatser, der behandles i andre politikker eller planer
Sundhedspolitikken 2015-2018 beskriver de sundhedsmæssige udfordringer, som kommunen står overfor.	Indsatser, der handler om ulighed i sundhed i befolkninger dvs. de rammer og betingelser, der er med til at skabe sundhed hos borgerne via uddannelse og skolegang, sociale forhold, beskæftigelse, miljø, nærområder, engagement mv.
Ældrepolitikken 2013-2016 består af 4 temaer, der tilsammen er afgørende for at sikre et mangfoldigt og rigt ældreliv til byens mange forskellige borgere.	Rammerne for, hvordan kommunen understøtter og arbejder for at ældre bedst kan tage ansvar for egen sundhed. Ældrepolitikken forlænges til medio 2018, hvor en ny KB kan vedtage en ny ældre- og værdighedspolitik for valgperioden.
Værdighedspolitikken Med aftalen om finansloven for 2016 afsættes 1 mia. kr. årligt fra 2016 (svarende til 16,8 mio. kr. på Frederiksberg) og frem til at understøtte udbredelsen og implementeringen af en værdighedspolitik i kommunerne.	Værdighedspolitikken sætter en fælles retning for, hvorledes vi i Frederiksberg Kommune kan skabe rammerne for en værdig ældrepleje.
Den sociale masterplan 2015-2019 , hvis fem pejlemærker er: <ul style="list-style-type: none"> • Størst mulig selvhjulpethed • Det rehabiliterende perspektiv • Recovery • Socialpædagogisk støtte i grupper • Housing First princippet 	Bedre sammenhæng i psykiatrien mellem behandlingspsykiatrien (PCF) og Frederiksbergs socialpsykiatriske tilbud. Det drejer sig dels om en øget indsats for, at borgeren kan forblive i eget hjem uden en døgnanbringelse, og dels alternativer til døgn-dækket psykiatrisk hjemmebehandling som alternativ til indlæggelser, herunder aflastningspladser.
Udsatteplanen , hvis overordnede formål er at sikre, at udsatte borgere får mulighed for at bidrage med deres ressourcer og at bidrage og deltage i samfundet på lige fod med andre.	Alkohol, stofmisbrug og samarbejde med regionens behandlingstilbud. Det kan fx dreje sig om projektet ”Bedre udredning”, som handler om at finde frem til borgere, som både har et misbrug af alkohol og/eller stoffer og en psykisk lidelse
Beskæftigelsesplan , som bygger på både ministermål og egne lokale Frederiksberg-mål.	Sundhedsindsatser der handler om koordineret brug af integrerede indsatser på tværs af social- og beskæftigelsesområdet for at opnå mere effektive borgerindsatser.
Arbejdet med den socialt bæredygtige by	Sundhedsindsatsen rettet mod de udsatte i boligområder.
Smart sundhed	Et sammenhængende strategisk program, kaldet ”Smart sundhed” med borgerrettede fokus ift. tryghed og rehabilitering i forhold til alle vores IT-sundhedsteknologiindsatser.