



Majbritt Christensen og Eigil Boll Hansen

Kommunernes fremtidige opgaver på sundhedsområdet

Kommunernes fremtidige opgaver på sundhedsområdet er udarbejdet for FOKUS af Eigil Boll Hansen og Majbritt Christensen.

Redaktion: Line Hillersdal, FOKUS-sekretariatet.

FOKUS (FORum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service) er et initiativ, som skal styrke arbejdet med kvalitetsudvikling i amter og kommuner.

Parterne bag FOKUS er:

KL

Amtsrådsforeningen

DSI – Institut for Sundhedsvæsen

akf, amternes og kommunernes forskningsinstitut

Frederiksberg Kommune

Københavns Kommune

KTO – Kommunale Tjenestemænd og Overenskomstansatte

Kommunaldirektørkredsen

Amtsdirektørkredsen

FOKUS' publikationer om kvalitetsudvikling henvender sig til ledere og medarbejdere, som i praksis arbejder med kvalitetsudvikling. Men de vil også være af interesse for politikere i amter og kommuner. De synspunkter, der bliver fremsat i pjecerne, deles ikke nødvendigvis af alle parterne bag FOKUS.

FOKUS støtter udarbejdelsen af publikationer gennem en bevilling fra Det Kommunale Momsfond.

Kommunernes fremtidige opgaver på sundhedsområdet

Majbritt Christensen

Eigil Boll Hansen

Marts 2006

Forord

Som følge af kommunalreformen og den indbyggede opgavereform står kommunerne over for en række nye udfordringer i forhold til forebyggelse og genoptræning, hvor kommunerne får et øget ansvar. Kommunerne udfordres imidlertid også i forhold til at medvirke til at skabe sammenhængende patientforløb, og med en fortsat specialisering og effektivisering af sygehusbehandlingen kan der forudses en stigende forventning om, at en stadig større del af behandlingen foregår uden for sygehus. På flere felter kan der således forventes øgede krav til ekspertise i den kommunale sundhedssektor og koordinering med den sekundære sundhedssektor.

I denne rapport belyses en række problemstillinger, som gør sig gældende ved en udbygning af de sundhedsmæssige opgaver i kommunerne. Der fokuseres på muligheder og udfordringer, hvor mulighederne knytter sig til nogle konkrete eksempler på indsats, og udfordringerne er udledt heraf.

Rapporten henvender sig politikere og medarbejdere, der har ansvaret for at udvikle og tilrettelægge kommunernes fremtidige opgaver på sundhedsområdet. Rapporten indeholder ikke færdige løsninger, men skal ses som et input i overvejelserne om de fremtidige opgavers udformning.

Der har i projektforsløbet været afholdt møder med seniorkonsulent Kari Vieth, KL, og konsulent Trine Friis, Amtsrådsforeningen, der takkes for konstruktive kommentarer til manuskriptudkast. Den endelige rapport er imidlertid alene forfatterens ansvar.

Forfatterne takker endvidere de medarbejdere, der har stillet sig til rådighed for interview om de forskellige former for indsats, der er beskrevet i rapporten.

Undersøgelsen er gennemført af senior projektleder Majbritt Christensen, DSI og docent Eigil Boll Hansen, akf.

København, marts 2006

Majbritt Christensen

Eigil Boll Hansen

Indholdsfortegnelse

1. Sammenfatning	7
2. Baggrund, formål og metode	11
2.1 De nye udfordringer	11
2.2 Formål med rapporten og analytisk perspektiv	15
2.3 Dataindsamlingen	19
3. Forebyggelse	21
3.1 Sundhed og aktivitet i skolen. Storstrøms Amt	21
3.2 Sundhedsklinikker i Århus Kommune	26
3.3 Astmaskolen ved Vestegnens Lungeklinik i Københavns Amt	30
3.4 Udfordringer og problemstillinger	33
3.5 Hvordan kan forebyggelse udbygges og tilrettelægges i de nye kommuner?	40
4. Genoptræning	43
4.1 Eksempler på genoptræningsindsats	43
4.2 Udfordringer og problemstillinger	54
4.3 Hvad skal der til, for at mere genoptræning kan foregå uden for sygehus?	56
5. Pleje	61
5.1 Ressourcepersoner eller vidensansvarlige i hjemmesygeplejen	61
5.2 Palliativ afdeling i Frederiksværk Kommune	65
5.3 Palliativ enhed på Roskilde Sygehus	66
5.4 Det virtuelle hospital på Frederiksberg (Projekt TeleKol)	71
5.5 Udfordringer og problemstillinger	75
5.6 Hvad skal der til, for at flere plejeopgaver kan udføres i den primære sundhedssektor?	82
Litteratur	87

1. Sammenfatning

Hensigten med denne rapport har været med udgangspunkt i eksempler på allerede etablerede initiativer at beskrive muligheder, forudsætninger og udfordringer for kommunernes fremtidige opgaver på sundhedsområdet.

Med udgangspunkt i kommunalreformen har vi valgt områderne

- Forebyggelse
- Genoptræning
- Pleje

Der indgår derved ikke eksempler på fremtidige opgaver på psykiatriområdet, alkoholområdet og stofmisbrugsområdet og den kommunale tandpleje.

Inden for de valgte områder har vi udvalgt eksempler, der ikke i forvejen er evalueret, og inden for alle tre områder har vi fravalgt store, velbeskrevne områder som fx rygestop, diabetespleje og diabetesforebyggelse. Der er tilstræbt at finde eksempler på indsats, der går på tværs af den primære og den sekundære sundhedssektor, men det har dog ikke i alle tilfælde været relevant. Der har været lagt vægt på at finde eksempler på indsats, der går ud over, hvad der er almindeligt i en kommune eller på et sygehus, men eksemplerne vil kunne findes i en tilsvarende form eller i en lignende form andre steder.

I rapporten fokuserer vi på *muligheder og udfordringer* ved at udbygge opgaverne, og et væsentligt perspektiv er, at udbygningen af de fremtidige opgaver bidrager til sammenhængende patientforløb, og at det nødvendige samarbejde mellem gråzoner etableres.

Data fra de udvalgte eksempler er indhentet gennem interview med nøglepersoner og fra skriftligt materiale om indsatsen.

Rapporten giver ikke en færdig opskrift på, hvordan kommuner og regioner kan eller skal indrette sig på sundhedsområdet, når kommunalreformen træder i kraft, men peger på nogle problemstillinger og muligheder, der skal tages stilling til ved opgavetilrettelæggelsen.

Forebyggelse

Det afgørende for både den borgerrettede og patientrettede forebyggelse er at opnå og fastholde kontakten med målgruppen for indsatsen. I den forbindelse er "nærhed" et vigtigt princip; det vil sige, at tilbuddene findes, hvor målgruppen færdes, eller i umiddelbar nærhed heraf. Det betyder, at fx lokale foreninger, erhvervsliv og uddannelsesinstitutioner kan være relevante samarbejdspartnere.

Det er ligeledes vigtigt, at der etableres et fagligt miljø, hvor udfordringerne i indsatsen kan diskuteres. Det faglige miljø kan fx bestå i et netværk af medarbejdere med forebyggende aktiviteter. Der skal være en "tovholder", der vedligeholder netværket og tager initiativer til netværksaktiviteter. Og der skal være adgang for netværket eller enkeltpersoner heri til faglig ekspertise på deres felt bl.a. med henblik på, at indsatsen bygger på evidens.

Genoptræning

Regionerne og kommunerne skal indgå sundhedsaftaler på genoptræningsområdet, herunder hvilke typer af specialiseret genoptræning kommunerne skal oprette tilbud til. Nogle specialiserede genoptræningsforløb vil forekomme så sjældent i regionen, at det ikke vil være relevant at oprette decentrale træningstilbud. For at sikre det tværfaglige og tværsektorielle patient/genoptræningsforløb bør der udarbejdes fælles patientforløbsbeskrivelser, hvoraf det fremgår, hvilket indhold genoptræningsforløbet skal have i forløbets enkelte faser. Det er afgørende, at der ikke sker en kvalitetsmæssig forringelse af genoptræningstilbuddet, når ydelsen flyttes fra sekundær til primær sektor. Det kan derfor være hensigtsmæssigt, at der udvikles et fælles kvalitetsudviklingssystem, der sikrer borgerne en ensartet behandling i hele kommunen og sikrer vidensdeling for terapeuterne. Ved udlægning af specialiserede træningsforløb til kommunerne er det afgørende, at der er tilstrækkelig vidensbaseret ekspertise i kommunen, og at de fysiske rammer for træningsforløbene er til stede. Hjemmetræning kan være meget værdifuldt, og vedligeholdetræning hører til i hjemmet i samarbejde med hjemmeplejen. Dette er imidlertid en ressourcekrævende træningsform. Træning under indlæggelse på fx en kommunal aflastningsplads giver mulighed for et mere intensivt forløb og tilgodeser de dårlige patienter, der behøver meget hjælp. Denne træningsmåde er den dyreste, idet den kræver døgndækning af personalet.

Ved udflytning af en større del af genoptræningsopgaverne til kommunalt regi stilles nye krav til samarbejde mellem terapeuter og hjemmepleje, og der kan være brug for en opkvalificering af social- og sundhedsassistenter/-hjælpere i hjemmeplejen for at følge op på genoptræningen.

Plejeopgaver

En forudsætning for at tilbyde mere behandling og pleje i eget hjem er, at den nødvendige ekspertise og kompetence til opgaven er til stede eller til rådighed med et rimeligt varsel. En model er at udvikle kompetencen i relation til bestemte sygdomme og plejeopgaver hos udvalgte sygeplejersker i den kommunale hjemmepleje (fx sårbehandling, diabetes, inkontinens). Også her gælder det, at sygeplejerskerne har brug for adgang til et fagligt miljø med erfaringsudveksling og vidensdeling. En anden model er at oplære sygeplejersker i en konkret opgave ved behov, når en borger udskrives fra sygehus (fx smertebehandling, iltterapi, sondeernæring). I disse tilfælde kan det være relevant at indgå en aftale med praktiserende læge om det lægelige ansvar. En model kan også være et udgående team fra sygehus, der stiller sig til rådighed for primærsektoren bl.a. ved at deltage i hjemmebesøg og være til rådighed for telefonisk rådgivning. Endelig er der en model, hvor indlæggelse strækker sig til eget hjem, og hvor sygehuspersonalet tilser borgeren i hjemmet efter udskrivning. De teknologiske muligheder for at monitorere patienter i eget hjem synes endnu langt fra at være udnyttet i Danmark.

I alle modeller er det helt centralt, at det lægelige og det plejemæssige ansvar er aftalt, placeret og kendt af de involverede, herunder ikke mindst borgeren.

Centrale problemstillinger

En central problemstilling i forhold til såvel forebyggelse som genoptræning og pleje er at sikre, at den nødvendige ekspertise er til stede eller tilgængelig i den primære sektor, og rapporten peger her på nogle muligheder. Der peges herunder på, at de teknologiske muligheder for fx lægeligt tilsyn via telekommunikation langt fra er udnyttet i Danmark, og at der således er et stort potentiale på dette felt for at flytte pleje- og genoptræningsopgaver ud fra sygehus.

En anden central problemstilling er at opbygge samarbejdsrelationer mellem sekundær og primær sundhedssektor, der sikrer borgerne et sammenhængende behand-

lingsforløb. Et væsentligt element heri er at udarbejde beskrivelser af patientforløb som et grundlag for samarbejdet, hvor ansvaret for patienten er placeret i de forskellige faser af patientforløbet.

Kommunerne får i fremtiden et medansvar for at finansiere sundhedsvæsenet, hvilket skulle tilskynde til en udbygning af indsatsen uden for sygehus. Finansieringen af nye indsatstyper uden for sygehus kan dog fortsat vise sig at være en bremse for udviklingen, og der vil sikkert fortsat være grundlag for forhandlinger mellem regioner og kommuner om finansieringen af forskellige dele i et behandlingsforløb.

2. Baggrund, formål og metode

Den forestående kommunalreform betyder, at de nye kommuner får flere opgaver på sundhedsområdet. "Et hovedformål med kommunalreformen er at samle flest mulige velfærdsopgaver i nye, større kommuner. Kommunerne skal være borgernes hovedindgang til den offentlige sektor. Opgaverne skal tilbydes i borgernes nærmiljø. Med reformen samles en række velfærdsopgaver på sundhedsområdet, beskæftigelsesområdet, undervisningsområdet mv. i kommunerne. Derved skabes grundlaget for sammenhængende opgaveløsning." (L74: Forslag til Sundhedslov, s. 58)

Reformen lægger på sundhedsområdet først og fremmest op til en øget indsats i kommunerne vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme og vedrørende genoptræning i tilknytning til indlæggelse på sygehus. For at tilskynde kommunerne til at udbygge indsatsen på disse felter skal kommunerne efter reformens gennemførelse medfinansiere egne borgeres brug af ydelser, der leveres af det regionale sygehusvæsen eller af privatpraktiserende sundhedspersoner. Kommunerne skal bidrage med et fast beløb pr. borger og med et aktivitetsafhængigt beløb i forhold til borgernes brug af sundhedsvæsenet.

Kommunalbestyrelse og regionsråd forpligtes til at samarbejde om indsatsen på sundhedsområdet, og regionsrådet og kommunerne i regionen skal indgå aftaler om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet.

2.1 De nye udfordringer

De nye udfordringer for det kommunale sundhedsområde ligger som følge af ændringer i de formelle regler således først og fremmest inden for forebyggelse og genoptræning. Der kan dog også forventes en fortsat udvikling i de krav, kommunerne bliver stillet over for på plejeområdet.

Forebyggelse og sundhedsfremme

Der skelnes i Sundhedsloven mellem *borgerrettet* forebyggelse og *patientrettet* forebyggelse. *Borgerrettet* forebyggelse er først og fremmest rettet mod den raske del af befolkningen med det formål at mindske risikoen for, at sygdom overhovedet opstår - og

involverer en indsats i forhold til fx rygning, alkohol, kost, fysisk inaktivitet, svær overvægt og smitsomme sygdomme (L74: Forslag til Sundhedslov, s. 58).

Den *patientorienterede* forebyggelse handler om at forebygge, at en sygdom udvikler sig yderligere og om at begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer. Den tager sigte på at optimere behandlingen og sætte den enkelte patient i stand til at tage bedst muligt vare på sig selv. Det kræver, at patienten får kompetencer, den nødvendige viden og de nødvendige færdigheder til at udøve en god egenomsorg, fx ved rehabilitering, patientundervisning og genoptræning. (L74: Forslag til Sundhedslov, s. 59)

I praksis vil der dog være tilfælde, hvor en indsats ikke kan karakteriseres som patientrettet eller borgerrettet, idet en række borgere med en konstateret lidelse kan have brug for tilbud, den karakteriseres som borgerrettet.

Kommunalreformen tillægger kommunerne et hovedansvar for den forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Regionernes opgaver på forebyggelsesområdet knytter sig især til den patientrettede forebyggelse.

Kommunernes indsats på det forebyggende og sundhedsfremmende område omfatter dels en indsats i forhold til kommunens indbyggere med henblik på at forebygge sygdom og ulykker (borgerrettet forebyggelse), dels en indsats med henblik på at forebygge, at sygdom udvikler sig yderligere og om at afgrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer (patientrettet forebyggelse). Borgerrettet forebyggelse er ikke nyt for kommunerne, da de har været en del af de kommunale sundhedsordninger, men opgaverne udvides med kommunalreformen. Patientrettet forebyggelse kan heller ikke siges at være nyt for kommunerne, men vil have været et element i den kommunale hjemmepleje, men også her lægges der op til udvidede opgaver. Forebyggelse, der ikke foregår i forbindelse med patientbehandling i sygehusvæsenet og i almen praksis, skal fremover varetages af kommunerne.

Som væsentlige områder for kommunerne for den *borgerrettede* forebyggende indsats nævnes: Rygning, alkohol, sund kost, svær overvægt, herunder børneovervægt, fysisk aktivitet, forebyggelse af ulykker og seksuelt overførte sygdomme og uønskede graviditeter. (L74: Forslag til Sundhedslov, s. 94) I forhold til den *patientrettede* forebyggelse nævnes en række sygdomme: aldersdiabetis, forebyggelige kræftsygdomme, hjertekarsygdomme, muskel- og skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme, psykiske lidelser og rygerlunger. Sigtet i forhold til disse patientgrupper er især at optimere behandlingen og

sætte den enkelte patient i stand til at tage bedst muligt vare på sig selv. Kommunalbestyrelser og regionsråd vil få pligt til at indgå aftaler med henblik på at sikre sammenhængende patientforløb.

Regionernes opgaver på det forebyggende og sundhedsfremmende område vedrører specielt den patientrettede forebyggelse. Det drejer sig bl.a. om videreudvikling af de forebyggende sygehuse, almen praksis og deres opgaver på forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet og samarbejdet med kommuner om især indsatsen i forhold til kronisk syge, langvarigt syge, patienter med genoptrænings- og rehabiliteringsbehov. (L74: Forslag til Sundhedslov, s. 95)

Genoptræning

Kommunerne har i dag pligt til at tilbyde genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse forårsaget af sygdom, der ikke behandles i tilknytning til sygehusindlæggelse, og til at tilbyde træning med henblik på at vedligeholde fysiske og psykiske (herunder kognitive) færdigheder. Kommunerne får med kommunalreformen pligt til at yde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sygehus har et lægeligt begrundet behov for genoptræning. Dermed får kommunerne en ny opgave på sundhedsområdet. (L74: Forslag til Sundhedslov, s. 99) Sygehuset er fortsat forpligtet til at udarbejde en genoptræningsplan for patienter, der har et lægeligt begrundet behov for genoptræning ved udskrivningen fra sygehus.

Kommunalbestyrelsen får forpligtelsen til at sørge for et relevant tilbud til borgeren i forhold til genoptræningsplanen. Kommunalbestyrelsen kan tilbyde genoptræningen ved egne institutioner eller efter aftale med regionsråd, andre kommunalbestyrelser eller private institutioner eller sygehuse mv. Patienterne får ved "almindelig" genoptræning mulighed for at vælge mellem de tilbud, bopælskommunen har etableret eller indgået aftale om, og genoptræning på andre kommuners institutioner. (Forslag til Sundhedslov p.100)

Genoptræningen skal for patienter, der ifølge genoptræningsplanen har behov for specialiseret, ambulant genoptræning, der forudsætter et sygehus' ekspertise, udstyr mv., tilbydes på sygehus.

Kommunalbestyrelse og regionsråd vil efter lovforslaget blive forpligtet til at etablere et samarbejde om sammenhæng i patientforløbene, og lovpligtige sundhedsaftaler skal

blandt andet indeholde aftaler om genoptræningsindsatsen. Endvidere får regionerne pligt til at oprette et samarbejdsforum (sundhedskoordinationsudvalg) mellem region og kommuner. Det skal på genoptræningsområdet bl.a. anvendes til at indgå aftaler om serviceniveau, faglige indikationer og visitationskriterier og løsning af evt. uenigheder herom mellem regioner og kommuner i sundhedsaftaler.

En faglig arbejdsgruppe om genoptræning i regi af Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i 2005 bl.a. arbejdet med faglig afklaring af faglige snitflader mellem behandling og genoptræning samt mellem specialiseret og almindelig genoptræning. Specialiseret genoptræning er her defineret som en undtagelse. Derudover skal arbejdsgruppen som et led i forberedelse til udstedelse af nye vejledninger og bekendtgørelser i foråret 2006 se på snitflader til andre og bredere rehabiliteringsinstanser samt hjælpemiddelområdet. Dette vil ske i første kvartal 2006.

Pleje

Der er ikke i aftalen om kommunalreformen eller i Sundhedsloven eksplicit lagt op til, at kommunerne skal varetage øgede plejeopgaver, men i aftalen er det formuleret, at medfinansieringen "giver kommunerne en yderligere tilskyndelse til at yde en effektiv forebyggelses-, trænings- og *pleje*indsats". Der er endvidere flere udviklingstendenser, der taler for en fortsat udvikling i kommunernes plejeopgaver.

De større kommuner giver mulighed for en specialisering og udbygning af kommunernes ekspertise i forhold til en række plejeopgaver, fordi der inden for kommunegrænserne vil blive en større volumen af forskellige patientgrupper med specielle plejebehov.

Fortsatte effektivitetskrav i sygehusvæsenet og den teknologiske udvikling kan bidrage til en fortsat afkortning af liggetid på sygehus, således at patienterne udskrives med et "større" plejebehov end tidligere. Den teknologiske udvikling vil endvidere betyde, at flere sygdomme kan behandles uden indlæggelse på sygehus, specielt hvis plejemulighederne er til stede.

Endvidere kan en forventet specialisering mellem sygehusene i de nye regioner føre til, at flere borgere får langt mellem hjem og det sygehus, de indlægges på, hvilket kan føre til et mere udbredt ønske om at blive tidligt udskrevet og plejet i hjemmet frem for på en sygehusafdeling, hvor det kan være vanskeligt at opretholde kontakt med familie og venner.

Det er endelig tænkeligt, at nogle kommuner vil etablere lokale institutioner, som er en "mellemløsning" til indlæggelse på sygehus eller pleje i hjemmet. Denne plejeform behandles imidlertid ikke i denne rapport. Der henvises i stedet til (Hansen et al. 2004) og til litteratur om sundhedscentre.

2.2 Formål med rapporten og analytisk perspektiv

Formålet med denne rapport er at belyse relevante problemstillinger i relation til en udbygning af de sundhedsmæssige opgaver i kommunerne. Rapporten beskæftiger sig dog ikke med alle de nye sundhedsopgaver for kommunen, idet den fx ikke beskæftiger sig med psykiatri, tandpleje og misbrug af rusmidler.

I rapporten behandles følgende overordnede spørgsmål:

A. Hvordan kan forebyggelse udbygges og tilrettelægges i de nye kommuner?

B. Hvad skal der til for, at mere genoptræning kan foregå uden for sygehus?

C. Hvad skal der til for, at flere plejeopgaver kan udføres i den primære sundhedssektor?

I rapporten fokuserer vi på *muligheder for og udfordringer ved* en udbygning af opgaverne. Ved muligheder forstås nogle forskellige måder at organisere og tilrettelægge fremtidige opgaver på sundhedsområdet. Der tages her udgangspunkt i nogle konkrete eksempler på indsats, og hvilke muligheder der tegner sig herudfra. De muligheder, der behandles, knytter sig således til de beskrevne eksempler. På samme vis peges der med udgangspunkt i eksemplerne på nogle udfordringer ved organiseringen og tilrettelæggelsen af de fremtidige sundhedsopgaver. Muligheder og udfordringer ses bl.a. i relation til, at en udbygning eller udflytning af opgaver til den primære sundhedssektor bidrager til sammenhængende patientforløb, og at det nødvendige samarbejde omkring gråzonerne etableres. Eksemplerne, som der tages udgangspunkt i, retter sig mod forebyggelse, genoptræning og pleje i den primære sektor, og hvor der er lagt vægt på nærhed og tilgængelighed for borgerne.

Eksempler

Der er ved udvælgelsen af eksempler på indsats inden for forebyggelse, pleje og genoptræning tilstræbt at finde eksempler på indsats, der går på tværs af den primære og den sekundære sundhedssektor, men det har dog ikke i alle tilfælde været relevant. Der har været lagt vægt på at finde eksempler på indsats, der går ud over, hvad der er almindelig i en kommune eller på et sygehus, men eksemplerne vil kunne findes i en tilsvarende form eller i en lignende form andre steder. Eksemplerne er naturligvis langt fra udtømmende for de forskellige typer af indsatser, der foregår. Der er endvidere lagt vægt på at udvælge eksempler på indsats, som retter sig mod borgere, som ikke er indlagt på sygehus, og som derfor i de fleste tilfælde opholder sig i eget hjem. Hovedkilden til at udvælge eksempler har været KL's "Kortlægning af kommunernes eksisterende og planlagte sundhedstilbud" fra april 2005 og "Spørgeskemaundersøgelse vedr. lokale sundhedstilbud og udgående teams", Amdsrådsforeningen, efteråret 2003. De to kommuner (Frederiksværk og Nyborg) er udvalgt blandt kommuner, som i en tidligere undersøgelse (Hansen et al. 2004) havde angivet, at de var indstillet på at udføre relativt mange specielle plejeopgaver.

Forebyggelse

Der er her eksempler, som belyser dels borgerrettet forebyggelse, dels patientrettet forebyggelse, som lovgivningen skelner imellem. Der er tale om nogle få eksempler blandt mange forskellige former for forebyggelse, og de udvalgte eksempler repræsenterer på ingen måde den forebyggende indsats og de problemstillinger, der knytter sig her til.

Borgerrettet forebyggelse

Sundhed og aktivitet i skolen i Storstrøms Amt retter sig mod overvægtige børn.

Patientrettet forebyggelse

Astmaskolen i Vestegnens Lungeklinik i Københavns Amt sigter mod at "uddanne" astmapatienter til at håndtere deres sygdom.

Sundhedsklinikkerne i Århus Kommune har elementer af både borgerrettet og patientrettet forebyggelse.

Genoptræning

Alle kommuner har kapacitet til at genoptræne borgere med nedsat funktionsevne eller til vedligeholdende træning. Det mest almindelige er, at træningen er tilrettelagt i forhold til hjemmeboende, men der er også eksempler på, at genoptræningen foregår, mens borgeren opholder sig på en kommunal institution. Vi har eksempler på begge dele, men eksemplet med institutionsophold må dog betragtes som specielt, da der i dette tilfælde er tilknyttet lægelig ekspertise. De kommunale genoptræningscentre er udvalgt, fordi sådanne centres funktion hidtil har været sparsomt beskrevet, og fordi disse centre kan bidrage til at belyse kommunernes forudsætninger for at varetage yderligere genoptræningsopgaver.

Genoptræning under institutionsophold

Tranehaven i Gentofte Kommune har knyttet læger til institutionen og genoptræner både borgere, der er indskrevet på institutionen, og borgere, der bor hjemme.

Genoptræning til hjemmeboende

Genoptræningscentret i Nyborg Kommune udfører både genoptræning og vedligeholdende træning, mens genoptræningscentret i Frederiksværk Kommune udelukkende udfører genoptræning.

Pleje

Der er valgt eksempler på plejeindsats, hvor en kommune har søgt at opbygge en ekspertise på specielle felter i den kommunale organisation, og der er valgt eksempler, hvor eksperter fra sygehus på forskellig vis udfører behandling og pleje uden for sygehus i borgernes hjem.

Opbygning af ekspertise i kommunen

I Nyborg Kommune og Frederiksværk Kommune har bestemte hjemmesygeplejersker en særlig viden i forhold til afgrænsede plejeopgaver, og i Frederiksværk Kommune er der etableret en palliativ afdeling under hjemmesygeplejen på et plejehjem.

Udgående funktioner

På Roskilde Sygehus er der etableret en palliativ enhed, som ud over funktioner i forhold til indlagte også har en ambulant funktion for hjemmeboende og en udgående funktion.

Virtuel behandling og pleje i hjemmet

I det virtuelle hospital på Frederiksberg Hospital er ny teknologi taget i anvendelse til at monitorere KOL-patienter i deres eget hjem.

Analyse

De enkelte eksempler er så vidt muligt beskrevet efter en fælles skabelon:

Formål

- Målgruppe og henvisning
- Indsatsens indhold
 - herunder eventuelle patientforløb
- Organisering og personale
 - herunder personalets kompetence
- Samarbejde
 - herunder praktiserende læges rolle, men også samarbejde med andre og indgåede aftaler
- Finansiering
- Interviewpersonernes vurdering af indsatsen

Eksemplerne bruges sammen med relevant litteratur til at udlede og diskutere muligheder, forudsætninger og udfordringer ved at indrette eller udbygge en indsats af den pågældende karakter, som den nye kommunale struktur forudsætter, i den primære sektor.

2.3 Dataindsamlingen

Data fra de udvalgte eksempler er indhentet gennem interview af nøglepersoner i tilknytning til den enkelte indsats og fra skriftligt materiale om indsatsen. Der har været interviewet følgende personer:

Sundhed og aktivitet i skolen: Projektleder, en sundhedsplejerske og en DGI-frivillig

Astmaskolen i Vestegnens Lungeklinik: Leder af astmaskolen og en underviser (sygeplejerske)

Sundhedsklinikker i Århus Kommune: En chefkonsulent (områdechef) og gruppeinterview med ledere og sygeplejersker fra to lokalområder.

Tranehaven i Gentofte Kommune: Cheflæge, chefsygeplejerske, fysioterapeut, ergoterapeut og administrationschef (gruppeinterview) samt praksiskonsulent.

Genoptræningscentret i Nyborg Kommune: Leder af centret (bestillerchef), en ergoterapeut og en fysioterapeut.

Genoptræningscentret i Frederiksværk Kommune: Leder af centret, en ergoterapeut og en fysioterapeut.

Nyborg Kommune (pleje): Bestillerchef og to hjemmesygeplejersker med specialfunktioner.

Frederiksværk Kommune (pleje): Ledende hjemmesygeplejerske og to sygeplejersker med specialfunktioner.

Palliativ enhed på Roskilde Sygehus: Overlæge, klinisk oversygeplejerske og to hjemmesygeplejersker

Det virtuelle hospital på Frederiksberg Hospital: Projektleder

3. Forebyggelse

Forebyggelse og sundhedsfremme er banalt skrevet et bredt felt, der foregår på mange niveauer, og som retter sig mod mange forskellige befolkningsgrupper. Det er ikke muligt og har heller ikke været intentionen at opfange eller beskrive de udfordringer, der ligger i denne mangfoldighed. Der kan derfor kun blive tale om, med udgangspunkt i nogle få eksempler, at pege på nogle udfordringer af bl.a. organisatorisk karakter for den kommende forebyggende indsats og sundhedsfremme. Der er således (mange) udfordringer og problemstillinger, som ikke berøres. Det gælder specielt faglige udfordringer.

Formuleringen af udfordringer og problemstillinger tager udgangspunkt i et eksempel på en forebyggende indsats, der retter sig mod overvægt blandt børn/unge, og et eksempel på en forebyggende indsats, der hovedsagelig retter sig mod ældre borgere. Denne type forebyggende indsats kan vel næppe betegnes som ny for kommunerne, men der kan alligevel være nogle problemstillinger, det er værd at overveje, når kommunerne alene har ansvaret for indsatsen. Der tages også udgangspunkt i et eksempel på patientrettet forebyggelse, der i dette tilfælde retter sig mod voksne astmapatienter, og som i den kommende struktur må fortolkes at falde inden for kommunernes ansvarsområde, men hvor der skal indgås aftale mellem kommunerne og regionerne.

3.1 Sundhed og aktivitet i skolen. Storstrøms Amt

Projektet "Sundhed og aktivitet i skolen"¹ er et eksempel på borgerrettet forebyggelse, og i dette tilfælde er borgerne skoleelever, der vejer for meget, i en bestemt aldersgruppe. Projektet er gennemført af Storstrøms Amt, men iværksat på baggrund af henvendelser om problemet fra sundhedsplejersker. Projektet er blevet udviklet i en arbejdsgruppe med en konsulent fra amtets Folkesundhedscenter, amtssundhedsplejersken og kommunale sundhedsplejersker.

¹ Projektet bliver evalueret af Universitetshospitalernes Center for Sygepleje- og omsorgsforskning.

Formål

Det helt overordnede formål med projektet er at få unge mennesker, der vejer for meget, til at leve et sundt liv. Der sigtes mod, at de unge får en forståelse for deres egen situation og deres problemer, og at de får øget handlekompetence til at foretage sunde valg, som han/hun er tilfreds med både i forhold til sig selv og andre. Der sigtes endvidere imod, at de får en mulighed for at være fysisk aktive.

Målgruppe og henvisning

Målgruppen er 12-16-årige unge, der vejer for meget. Det blev ved planlægningen diskuteret, om det skulle være et tilbud til alle, men det blev for uoverskueligt. Der er omkring 20% i aldersgruppen, der vejer for meget, men ikke alle deltager. Der er ingen præcis viden om hvorfor.

Børnene henvises til projektet af sundhedsplejersken, men det foregår lidt forskelligt i de enkelte kommuner. Nogle vælges ud ved en undersøgelse, når 9. klasse starter, og giver de unge et brev med hjem. Andre gennemgår journaler og indkalder på det grundlag eleven. En sundhedsplejerske siger, at lærerne også henvender sig, og efterhånden henvender børnene sig selv.

Indsatsens indhold

I projektet indgår to former for indsats. Den ene er samtaler med en sundhedsplejerske. Disse bygger på en metode "Du bestemmer". Forløbet består af tre gruppesamtaler med 5-6 unge vekslende med tre individuelle samtaler. Den arbejder med den enkeltes selv-værdsfølelse og syn på sig selv. Den er bygget meget op omkring: Hvad er sundhed for dig? Hvad betyder noget, hvordan ser du dig selv nu, og hvordan vil du gerne se dig selv? Metoden har vist sig at have en god effekt i de store klasser, men det vides ikke, om den har en specifik effekt på unge mennesker, der vejer for meget. Metoden er valgt for at have noget at måle op ad, da den har været anvendt andre steder. Der laves en rapport om den enkelte på en måde, så den enkelte elev oplever, at det er ham eller hende, det drejer sig om.

Den anden indsats er fysisk aktivitet, som gennemføres i samarbejde med DGI i de 11 kommuner, der samarbejdes med. Der laves hold, der kaldes Bevæg dig sund-hold. DGI har i Storstrøms Amt to afdelinger, og de har to koordinatore, som der samarbejdes

med. Når en kommune melder sig til projektet, kontaktes koordinatoren, som så finder frem til en lokalafdeling, der vil stå for holdet.

De unge deltager i aktivitet en gang om ugen i løbet af et skoleår. Hvis der kun er fire eller fem deltagere i en aktivitet, så udgør de et hold, men der kan godt være flere. Det er forskelligt, hvilke aktiviteter der foregår, og hvor de foregår (indendørs eller udendørs). Instruktøren snakker med de unge om, hvad de har lyst til. Eksempler på aktiviteter er at varme op med løb, at spille bold, at sjippe, at springe trampolin og at gå ture.

”Du bestemmer-metoden” lægger op til, at man selv er herre over sit eget liv, så derfor må de unge selv vælge, hvad de vil deltage i. Man kan derfor melde sig til samtalerne alene, til samtalerne og motionen eller til motionen alene. Fra de 11 aktive kommuner har der i 2004/2005 været tilknyttet 86 unge, men nogle tilmelder sig og kommer kun én gang. Nogle deltager ikke i alle samtaler med sundhedsplejersken, og nogle deltager ikke i en aktivitet så ofte som forudsat. Det er kendetegnende, at nogle melder sig, men aldrig kommer eller kommer 1-2 gange. DGI-kontaktpersonen må derfor have et tæt samarbejde med sundhedsplejersken for at følge op på dem, der ikke kommer eller hurtigt holder op. Det er forskelligt, hvad instruktørerne magter for at fastholde de unge i aktiviteten, når det er på frivillig basis.

Der er udarbejdet en handleplan for indsatsen i den enkelte kommune, men ikke alle kommuner retter sig efter planen, fordi nogle kører så det passer ind i kommunen. Der må imidlertid være sådanne frihedsgrader, så kommunen tager projektet til sig. Amtet (Folkesundhedscentret) har en støttende funktion. De involverede i kommunerne opfordres til at holde nogle fælles møder og til et tæt samarbejde. Der er flere organisationer involveret: amtet, kommunen med sundhedsplejerskerne og DGI. Skolen er kun lidt involveret, men de burde måske have været mere involveret.

Der har været arrangeret familieaftener, hvor der bl.a. var en diætist til stede, men der kom ikke ret mange. Det har fungeret bedre i et tilfælde, hvor tre kommuner slog sig sammen, fordi der var flere til at indgå i dialogen med diætisten.

Der er lagt op til, at man skal motivere de unge til fortsat at være aktive efter deltagelsen og melde sig til andre aktiviteter, men hvad, man gør, er ikke skrevet ned. Det er meget forskelligt, om de unge fortsat er aktive. Det er angiveligt en vanskelig gruppe at arbejde med, fordi der kan være andre problemer end manglende aktivitet.

Organisering og personale

En konsulent i Folkesundhedscentret er projektleder for projektet, som udføres i samarbejde med kommunale sundhedsplejersker og DGI. Konsulenten har ikke noget ledelsesansvar i forhold til kommunernes indsats, men udelukkende en rådgivende rolle. 11 ud af amtets 24 kommuner er aktive i projektet. I hver kommune udfører en sundhedsplejersker samtaler med eleverne, og en DGI-instruktør gennemfører aktiviteter. Der er kommuner, hvor kun nogle af sundhedsplejerskerne er med, og hvor alle skoler således ikke er med i projektet.

Sundhedsplejerskerne, som indgår i projektet, har haft et kursusforløb, der består af to fulde kursusdage, hvor de har lært at bruge ”Du bestemmer”-metoden. Konsulenten holder to møder med sundhedsplejerskerne om året og sørger for den skriftlige kommunikation.

Samarbejde

Amtet har skrevet til kommunens forvaltninger om deltagelse i projektet, fordi kommunen skal gå ind for det. Der stilles krav til kommunerne bl.a. om at etablere samarbejde med DGI, og der skal oparbejdes et samarbejde mellem sundhedsplejerske og DGI. Skolerne i de aktive kommuner indgår ikke som part i projektet. Det er sundhedsplejerskerne på grund af deres sundhedsfaglige baggrund.

Der er nogle kommuner, som godt ville have været med, men DGI har ikke kunnet skaffe instruktører i disse kommuner, som så ikke er kommet med alligevel, fordi projektet skal ses som et samlet koncept.

De store kommuner i amtet deltager ikke i projektet, og de begrundet det med, at de har gang i så meget, at de ikke kan overskue det. Sundhedsplejersker er presset af de daglige opgaver, og nogle føler, at opgaven er håbløs.

Finansiering

Finansieringen af projektet er delt mellem amt og kommune. Amtet finansierer DGI-aktiviteter med 12.000 kr. pr. kommune, hvor DGI forpligter sig til at have et hold med gratis deltagelse i to år. Amtet finansierer endvidere pjecer og kurset i ”Du bestemmer-metoden” for sundhedsplejerskerne. Amtet finansierer det første år sundhedsplejerskers deltagelse i aftenplanlægningsmøder med DGI og familieaftener. Endvidere finansieres

løn til diætist og motionskyndig samt forplejning til familieaftenerne. Efter det første år forventes kommunerne at finansiere disse udgifter. Amtets udgifter var i 2004 på ca. 180.000 kr. Dertil kommer udgifter til konsulentens tidsforbrug til projektet.

Kommunerne finansierer sundhedsplejerskernes tidsforbrug til aktiviteten, som bliver en del af sundhedsplejerskens almindelige arbejde.

De interviewedes vurderinger af indsatsen

Det er opfattelsen, at indsatsen har haft betydning for deltagerne. De unge, der har deltaget, ved godt, hvad der er sundt, og hvad der ikke er sundt, men måske vidste de det også før, de deltog i projektet. De ved også godt, at de skal være fysisk aktive. Det kan være en fordel for deltagerne, at de kan røre sig i en aktivitet, hvor de alle ser ens ud. Det er ikke opgjort, hvor mange der fortsætter med en idrætsaktivitet efter projektdeltagelsen.

En sundhedsplejerske vurderer at have fået nogle fordele af projektet. Hun har fået et redskab, som ikke kun kan bruges til tykke børn. Det er en tidskrævende metode, og det er svært at koordinere - men sundhedsplejersken vurderer, at hun gør en større forskel end før. Børnene er mere åbne, og sundhedsplejersken vurderer at have fået tættere kontakt med børnene og være blevet mere synlig. Det er nemmere for børnene at henvende sig med andre problemer, og sundhedsplejersken er blevet en slags problemløser, som lærerne henviser til.

Der er mange problemstillinger, der gør sig gældende i forhold til børn og unges overvægt, men der er en tendens til at hæfte sig ved maden og motionen, men der er ti andre komponenter, som man bør se på. Man kan spørge, om tilbuddet kun skal være til dem med overvægt eller til alle i en årgang, fordi det let kan blive et taberprojekt. Det er imidlertid et spørgsmål om at kunne overkomme et tilbud til alle.

Det er en fordel, at aktiviteten foregår i flere kommuner, så der kan indhøstes forskellige erfaringer. Der bør imidlertid også være noget supervision på fra starten i forhold til sundhedsplejersker og DGI-folk, så de ikke kommer til at stå alene med opgaven. Det er en svær opgave, og sundhedsplejerskerne kan miste gejsten, hvilket er ødelæggende for arbejdet. Det ville være godt, hvis der til den enkelte sundhedsplejerske kunne gives en faglig supervision fx et par gange i løbet af et efterår til samtalerne med de unge. Det er et spørgsmål, om det er sundhedsplejerskerne, der skal stå for ansvaret,

eller om skolen skulle. Det er også et spørgsmål, om tilbuddet er rettet mod den rigtige aldersgruppe.

3.2 Sundhedsklinikker i Århus Kommune

Sundhedsklinikkerne i Århus Kommune er et eksempel på en forebyggende indsats, der har elementer af både borgerrettet og patientrettet forebyggelse.

Den første sundhedsklinik, Sundhedsklinikken på Åbygård Lokalcenter, åbnede i 2002. Det var i første omgang meningen at etablere en inkontinensklinik, men det endte med at blive en bredere sundhedsklinik. Efterfølgende er der i Århus Kommune oprettet yderligere to sundhedsklinikker i relation til to andre lokalcentre. Den ene af disse er dog domineret af kulturelle aktiviteter, motionsarrangementer mv. Den følgende beskrivelse vedrører de to øvrige klinikker, hvor det sygeplejefaglige element i forebyggelse og sundhedsfremme er større.

Lokalcentrene er udgangspunkt for hjemmeplejen i de 17 distrikter i Århus Kommune og er placeret i tilknytning til plejeboliger.

Formål

Formålet med sundhedsklinikkerne er at rette fokus på sundhedsfremme og hjælpe borgeren med at få en hverdag til at fungere. Indsatsen er baseret på borgerens mål og ikke på primærsygeplejerskens. Sundhedsklinikken skal medvirke til at udføre lægeordineret behandling og at give borgerne mestringssevne og indhold i tilværelsen.

Det var målet, at syv ud af ti borgere, der har benyttet sig af sundhedsklinikken, skulle sige ja til et af tre spørgsmål:

- Fik borgeren flere ressourcer?
- Fik borgeren et netværk?
- Følte borgeren sig sundere?

Borgeren skulle se den samme person ved hver henvendelse, og der skulle arbejdes tværfagligt mellem en leder af sundhedsklinikken, en terapeut på sidelinjen og en fast afløser. Sundhedsklinikken skulle være et sted, hvor man kan sluse borgeren ind i lokalcentrets øvrige aktiviteter. Klinikken skulle være med til at give borgeren et netværk.

Målgruppe og henvisning

Målgruppen for sundhedsklinikkerne er borgere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne og ældre, der har brug for råd, vejledning, lægeordineret behandling eller bare en, der lytter, samt pårørende og personale. Målgrupperne er dem, der har behov - opgaverne bliver udbredt efter brugernes behov. Og behovene ændrer sig efterhånden, som borgerne kommer til at kende sygeplejersken.

Borgerne kan aftale tid for fx at få udført en bestemt behandling eller bare møde op for at få råd eller vejledning i en ugentlig åbningstid uden tidsbestilling. Borgerne vælger selv, hvornår de vil komme, og behøver på den måde ikke at sidde hjemme og vente på, at hjemmesygeplejersken dukker op. Der forekommer dog tilfælde, hvor sygeplejerskerne fra klinikkerne tager til borgerens hjem, hvis borgeren midlertidig er for syg til at komme i klinikken. "Det gælder om, at borgeren skal tage ansvar for sit eget liv - og samtidig vide, at der er hjælp og støtte at hente." Det skønnes, at de tre sundhedsklinikker tilsammen har haft ca. 3.000 personlige kontakter.

Indsatsens indhold

Sundhedsklinikkerne er indrettet i et mindre lokale på lokalcentrene. Lokalet er indrettet med en briks, et lille bord med blomster, dug og stearinlys, og på væggene er der lidt kunst. I klinikkerne er der mulighed for at varetage medicindosering, sårskift, lægeordinerede indsprøjtninger samt blodtryks- og sukkermåling. Der vejledes endvidere om fx kost, motion og aktiviteter, socialt samvær, demens, psykiske lidelser, sukkersyge, smerter, kredsløbssygdomme, vandladnings- og afføringsproblemer, bækkenbundstræning, søvnforstyrrelser. Det er den samme sygeplejerske, man møder hver gang. Klinikkerne har åbent fra 9-15 enten dagligt eller to gange ugentlig.

Lokalcenter og sundhedsklinik kan ikke adskilles, men opfattes som et hele. Man kan sige, at sundhedsklinikken for nogle er indgangen til lokalcentret. I forløbet siden åbningen af den første sundhedsklinik har personalet gjort en dyd af at udbrede deres grundlæggende holdninger og værdier til hele personalet; fx er køkkenpersonalet inddraget på en helt anden måde end tidligere - de er en del af helheden. Dette er bl.a. opnået igennem fælles undervisning og foredrag.

Sundhedsklinikken har en særlig ekspertviden vedrørende undersøgelse og behandling af *inkontinens*. Det er svært for borgeren at tale om dette emne med egen læge.

Men problemet bliver bragt på bane, når borgeren har fået tillid til sygeplejersken eller måske efter åbent hus-dage, hvor inkontinens har været et tema. Sygeplejersken i klinikken udreder patienten ved et spørgeskema. Herefter registrerer patienten væskeindgift og udgift i et skema i tre dage. Sygeplejersken henviser på den baggrund patienten til gynækologisk undersøgelse hos egen læge. Der oprettes hold til bækkenbundstræning ved fysioterapeut. Det er hold på seks personer, som møder i alt ti gange ugentlig eller hver 14. dag. Sygeplejersken er med ved den første træningstime og ved den sidste. Efter gennemført træning har patienten fået redskaber til at leve med sit problem, som ofte er blevet mindre. I visse tilfælde må patienten gå videre hos egen læge eller i sygehusregi og kan også fortsætte i andet regi, fx FOF.

En anden patientgruppe er de *psykiatriske* patienter. Der er yngre patienter, der kommer i sundhedsklinikken og oplever, at der er andre, der har den samme sygdom. En stor del af arbejdet for sygeplejersken er medicingivning, hvilket stabiliserer patientens medicinindtagelse. Samtidig hjælper sygeplejersken med at formidle andre kontakter, som patienten ikke selv kan overskue. For disse patienter er kontinuitet vigtig, og besøg af forskellige hjemmesygeplejersker kunne ikke erstatte kontakten med sundhedsklinikken. Sygeplejersken i klinikken har et tæt samarbejde med lokalpsykiatrien. Der samarbejdes både om den enkelte patient og ved faste møder hver 3. måned. Stabilitet og struktur kan i mange tilfælde holde patienterne ude fra sygehuset, og der kan også sættes fokus på andet end den psykiatriske lidelse; fx sukkersyge. Det er en stor fordel for disse patienter, at det er frivilligt at komme i klinikken.

Blandt andre aktiviteter på lokalcentret kan nævnes motionshold med mulighed for vejledning ved diætist og sekvenstræning. Efter en indkøringsperiode kan borgerne selv bruge centrets faciliteter.

Organisering og personale

Der er i hver klinik én fast sygeplejerske og én fast afløser, og de refererer til den assisterende områdeleder for plejen. Kliniksygeplejersken kan som hjemmesygeplejerskerne trække på specialsygeplejersker fx i sårbehandling, inkontinens, psykiatri og demens.

Samarbejde

Der er ikke rigtigt kontakt fra sygehus til sundhedsklinik, når borgere udskrives fra sygehus. Det kan skyldes organisering, idet alle patienter skal gå gennem visitator, og visitatorerne samarbejder med hjemmesygeplejerskerne (og klinikken). Den anden vej fungerer det - man kan altid ringe til sygehuset og få råd.

Ved etablering af sundhedsklinikkerne udgjorde de praktiserende læger en barriere, og der lå et stort benarbejde for sygeplejerskerne i at forklare, at de ikke ville overtage lægens arbejde, men at de ville være et supplement til de øvrige sundhedstilbud. Der er i forløbet etableret et godt samarbejde. Et eksempel herpå er et samarbejde om en borger, der udviste tegn på lungebetændelse. Sygeplejersken fik aftalt tid hos praktiserende læge, og patienten fik penicillin. Efterfølgende kontaktede lægen sygeplejersken og bad om, at hun ville sørge for at patienten fik kalium, da blodprøve taget i konsultationen viste lav værdi.

Finansiering

Der blev til den første klinik bevilget 300.000 kr. til indretning og faciliteter i klinikken. Driften af sundhedsklinikken klares ved omfordeling, og der er ikke tilført ekstra ressourcer til området. Antal brugere af den ene klinik steg hurtigt, hvilket medførte, at man kunne nedlægge to stillinger i hjemmesygeplejen og flytte disse til aktivitetscentret.

De interviewedes vurderinger af indsatsen

I en evaluering har otte ud af ti brugere svaret bekræftende på, at de har fået flere ressourcer, at de har fået et netværk, og at de føler sig sundere. Borgerne får det bedre uden at tænke over det. Der er opstået en gruppe af frivillige hjælpere med relation til klinikken, og der er let adgang for borgerne. Der er kommet godt gang i det tværfaglige samarbejde (alle er integreret i arbejdet). Sundhedsklinikken har været en ressource i aktivitetsafdelingen, hvor der nu er liv hele dagen.

Hjemmesygeplejersken kan ikke udfylde den samme funktion som i sundhedsklinikken, fordi borgeren ved, at hjemmesygeplejersken har travlt, og der kommer forskellige fra gang til gang. Borgeren når ikke at opbygge tillid til den enkelte hjemmesygeplejerske. Der er tilfælde, hvor borgerens problemstilling er "følsom", og hvor det kræves, at

der er etableret et tillidsforhold til sygeplejersken i klinikken. ”Man taler ikke med hvem som helst om inkontinens og antabusbehandling”.

Det kan være stigmatiserende, at hjemmeplejens bil holder uden for bopælen. Borgeren vil derfor hellere gå til ”forsamlingshuset”. Det er mere anonymt. Mange borgere får et netværk i lokalcentret via sundhedsklinikken. For mange borgere er det godt at få sig rørt ved at skulle gå til sundhedscentret. Alle opgaver skal ikke flyttes til klinikken. Man ser meget i hjemmet, og fysioterapeuten går fx ud i hjemmene til træningsinstruktion.

Det er indtrykket, at sundhedsklinikken er en samfundsøkonomisk fordel. Den forebygger indlæggelser og henvendelser til psykiatrisk skadestue. Der er færre sygemeldinger for de brugere, som er i arbejde, og som selv kan prioritere tiden og ikke skal vente hjemme på sygeplejersken. Der er opgaver nok til at have åbent hver dag, og hvis man havde det, kunne det meste af sårbehandlingen flyttes til klinikken.

Det kan være et problem at finde ud af, hvem der skal tage sig af hvilke borgere. Efterhånden forventer borgeren, at det hele skal ordnes i klinikken.

Arbejdet i klinikken er mere inspirerende for primærsygeplejersken end arbejdet i distriktet. I klinikken er der bedre tid til arbejdet, end der er ude i distriktet.

3.3 Astmaskolen ved Vestegnens Lungeklinik i Københavns Amt

Patientskoler er eksempler på patientrettet forebyggelse, der primært skal forebygge, at en sygdom eller en sygdoms symptomer skal udvikle sig yderligere. Der findes flere astmaskoler for børn i Danmark, mens der for voksne alene er Astmaskolen ved Vestegnens Lungeklinik. Denne astmaskole blev etableret i 1997 - i første omgang som projekt, og der gennemførtes to hold forår og to hold efterår. I 2000 måtte Lungeklinikken på grund af besparelser reducere til et hold forår og et hold efterår. Der er senere kommet rygestopkurser til på lungeklinikken.

Lungeklinikken er dels en klinik, hvor praktiserende læger henviser patienter til undersøgelse, dels et ambulatorium for lungepatienter, der har været indlagt på hospital. Klinikken dækker den vestlige del af amtet og har et optageområde med ca. 360.000 indbyggere. Der findes en tilsvarende lungeklinik, der dækker den østlige del af Københavns Amt. Alternativet til lungeklinikken ville være behandling på forskellige hospitaler. Per-

sonalet på klinikken er formelt ansat under Lungemedicinsk afdeling Y på Gentofte Sygehus.

Formål

Formålet med Astmaskolen er at give eleverne mulighed for at kontrollere deres astma, at styre behandlingen og at være bevidste om deres sygdom, så de kan fungere bedst muligt. Det er sigtet, at anfald stoppes i opløbet og at give patienterne forståelse for hele forløbet omkring astma: Hvornår de selv kan klare det, og hvornår de må tage kontakt med læge.

Målgruppe og henvisning

Målgruppen for Astmaskolen er personer i alderen 16-70 år med en astmadiagnose. Eleverne skal kunne forstå og skrive dansk og være interesseret i at være i en gruppe. Når målgruppen er afgrænset til voksne skyldes det den ekspertise, der er på lungeklinikken. Det er en fordel, at få unge patienter til at deltage i Astmaskolen, fordi unge har det med at springe medicinen over. Det er vigtigt, at de får forståelse for at tage medicinen, som man skal. Der skal gives meget information, for at give især unge den rigtige forståelse for deres sygdom og dens behandling.

Elever til skolen henvises gennem praktiserende læge eller gennem klinikken. Patienter kan også selv henvende sig, men man vil gerne have dem gennem den praktiserende læge. Der bliver max. optaget ti på et hold, og så kommer der som hovedregel otte. Det er meget motiverede borgere, der kommer for at deltage i undervisning 3 x 3 timer. Der er stor forskel på sværhedsgraden af sygdommen hos dem, der deltager. Det afhænger af, hvor velbehandlede de er, og om de har taget deres medicin rigtigt.

Indsatsens indhold

Et hold gennemgår tre lektioner med ca. en måneds mellemrum.

På den første lektion udfylder eleverne et patientskema om bl.a. symptomer, sygefravær, indlæggelser og kontakter til egen læge. Disse informationer bruges til at vurdere eleverne. Eleverne får også på den første lektion udleveret en astmadagbog til efterfølgende at gøre optegnelser i gennem hele perioden. Sygeplejersker underviser i anatomi/fysiologi (astma, allergi, hvordan man skal håndtere det) og i medicinens funktion, og en fysioterapeut underviser i intervaltræning og vejrtrækningsteknik.

På anden lektion gennemgås dagbøgerne og patientskemaer. Der udarbejdes en plan til selv at styre behandlingen (selvstyringsplan) med bl.a. anvisninger på, hvad patienten selv kan gøre ved en forværring, og hvornår der skal søges læge. Der medvirker i denne lektion en læge, der på baggrund af dagbogsnotaterne eventuelt justerer medicinen (med orientering til egen læge) og udfører en priktest.

På tredje lektion gennemgås astmadagbogen og selvstyringsplanen, og der undervises i allergi, krydsallergi og vaccination samt sanering og ventilation. Endvidere udleveres brochurer.

Der kan nogle gange falde elever fra. På det sidste kursus var der fem, som var med alle tre gange, mens to tilmeldte ikke kom. Der er naturligvis også stor forskel på elevernes engagement i undervisningen. Der bliver gjort status over deltagerne hver gang. Bliver de bedre?

Organisering og personale

En sygeplejerske fra Lungeklinikken er leder af Astmaskolen og varetager undervisningen. Hun har en engelsk diplomuddannelse i ASTMA CARE. Desuden deltager yderligere en sygeplejerske, en læge og en fysioterapeut i undervisningen. Det er den samme læge og fysioterapeut, der medvirker i hvert kursus.

Samarbejde

Astmaskolen fungerer autonomt, og der er ikke noget egentligt samarbejde med afdelingen på Gentofte Sygehus, men naturligvis med Lungeklinikken. Der er ikke noget samarbejde med kommunerne i dækningsområdet, og samarbejdet med de praktiserende læger er beskedent og begrænser sig nærmest til, at en praktiserende læge beder om en brochure om skolen. Der er også praktiserende læger, der henviser. Patientens læge får meddelelse, hvis patientens medicin ændres, og en epikrise efter endt undervisning.

Astmaskolen får brochurer fra Astma-allergiforbundet, og de er behjælpelige, hvis der er noget at spørge om, men der er ikke den store kontakt.

Finansiering

Udgiften til Astmaskolen er 4.000 kr. pr. hold, der finansieres over Gentofte Sygehus' budget.

De interviewedes vurderinger af indsatsen

Det er dejligt at kunne give et tilbud til patienter, der gerne vil vide noget om deres sygdom. Der er ikke så mange andre, der laver en behandlingsplan. Eleverne får forståelse for nogle ting, og de bliver bedre til at udfylde skemaerne med symptomer. De får nogle redskaber. "Trafiklyset", som er et redskab til at styre selvbehandling, er utroligt godt. Eleverne bliver bedre til at håndtere tingene selv. Ingen kommer ud med et dårligt resultat, men eleverne får mere eller mindre ud af det. Det kan være et problem for nogle at afsætte tid til at deltage.

Ifølge en selvevaluering på grundlag af 30 patienter synes formålet at være opfyldt. Flere havde oplevet en reduktion i hoste og åndenød. Stort set alle er tilfredse med skolen. Man ville gerne forbedre lungefunktionen hos patienterne, men det er ikke lykkedes. Flere er imidlertid blevet trygge ved at kende deres sygdom.

Der kunne godt have været flere hold, men det er der ikke penge til, og det kunne være en fordel at fordele undervisningen på fem lektioner, så der er mere tid til de enkelte emner. Det kunne endvidere være en fordel at fx lægen og fysioterapeuten var med på to lektioner, så de kunne fungere som sparringspartner.

3.4 Udfordringer og problemstillinger

De udfordringer og problemstillinger, der formuleres i dette afsnit, tager afsæt i og henviser til eksemplerne på indsats, som er beskrevet i de foregående afsnit.

Borgerrettet forebyggelse

Der er i forhold til denne type aktivitet som ved den meste borgerrettede forebyggelse ikke tale om egentlige patientforløb. Målgruppen betragtes ikke som patienter, og der er ikke tale om behandling eller pleje, der har et fremadskridende forløb og en afslutning. Der kan imidlertid godt tales om et forløb, og indsatsen er også tidsbegrænset, og det er naturligvis væsentligt at have planlagt, hvad forløbet skal indeholde for at nå det planlagte mål, og hvad der eventuelt skal til af opfølgende initiativer, som kan føre frem til målet. Der er i det konkrete tilfælde ikke tale om forløb, der involverer både den primære og den sekundære sundhedssektor, men forløbene omfatter en indsats fra forskel-

lige institutioner, som ikke er vant til at samarbejde. Det er således en udfordring at få tilrettelagt et sådant samarbejde og reglerne herfor.

Fysiske rammer

En borgerrettet forebyggelse stiller som regel krav om nogle fysiske rammer, hvor aktiviteten kan foregå, når den retter sig mod flere personer på en gang. Når den retter sig mod enkeltpersoner, kan den foregå i borgerens eget hjem. I det konkrete tilfælde udnyttes eksisterende faciliteter i form af lokaler på skolen, mødelokaler og idrætsfaciliteter.

Målgruppe

Målgruppen for en borgerrettet forebyggelse kan være bestemte risikogrupper, bestemte aldersgrupper eller et bredt tilbud. Ved planlægningen af den konkrete aktivitet har målgruppens afgrænsning også været diskuteret, og valget af målgruppe er faldet på en risikogruppe inden for en bestemt aldersgruppe; nemlig overvægtige i alderen 12-16 år. Den anvendte metode er angiveligt egnet til en bestemt aldersgruppe, og det har derfor været naturligt at have en aldersafgrænsning. Den øvre grænse sættes naturligt af elevernes alder i 9. klasse, men den nedre grænse kunne muligvis have været lavere. Metoden har fx i Københavns Kommune været anvendt over for familier med børn i 4. og 5. klasse (Nielsen og Gerlow, 2004).

Der kan argumenteres for, at indsatsen bør omfatte alle i den valgte aldersgruppe, så der ikke opstår en stigmatiserende virkning af deltagelsen. Andre end dem, der i forvejen er overvægtige, kunne sikkert have gavn af deltagelsen. Ressourcemæssige hensyn førte til en snævrere afgrænsning af målgruppen, og der kan også argumenteres for, at dette har haft positiv betydning for deltagelsen i den fysiske aktivitet, hvor der har været en større ligeværdighed, end hvis et bredt udsnit af elever havde deltaget. Eksemplet illustrerer imidlertid, at det ikke er indlysende at afgrænse målgruppen for borgerrettet forebyggelse til bestemte risikogrupper.

Eksemplet viser også, at der ligger en udfordring i at tiltrække og fastholde målgruppen i den forebyggende aktivitet. Der er ingen patentløsninger herpå, men det handler om gennem pædagogiske virkemidler at skabe og fastholde den nødvendige motivation og at følge op i forhold til den enkelte.

Organisation og aktører

I eksemplet er de direkte aktører sundhedsplejersker og frivillige idrætsinstruktører, som gennem deres uddannelse har nogle grundlæggende forudsætninger for den type indsats, der er tale om. Der er imidlertid for sundhedsplejerskerne tale om at lære en bestemt metode, og der kan for instruktørerne være nogle særlige udfordringer i forhold til at tilrettelægge aktiviteter for den pågældende målgruppe og at motivere dem til deltagelse. Ud over en grundlæggende uddannelse i den metode, der skal anvendes, er det væsentligt for denne type forebyggende indsats, at der er mulighed for supervision, faglig sparring eller erfaringsudveksling mellem aktørerne for at ruste aktørerne til at håndtere de udfordringer, de kommer ud for, og for at vedligeholde gejsten for indsatsen. I den kommende struktur vil mange kommuner selv kunne magte denne opgave, men der kan være brug for at hente ekspertise udefra. En koordinerende rolle vil hensigtsmæssigt kunne lige i en central forebyggelsesafdeling eller et sundhedscenter.

Når der inddrages frivillige, må man gøre sig klart, hvilket ansvar og forpligtelser man kan pålægge frivillige fx i forhold til at fastholde en deltager i en aktivitet.

Aktiviteten forudsætter ikke løbende samarbejde mellem primær og sekundær sundhedssektor, men det kan i konkrete tilfælde være relevant at inddrage sygehuseksperter til fx undervisning. Udgiften til aktiviteten vil alene påhvile kommunen, herunder må der afsættes finansiering og tid til, at sundhedsplejerskerne kan udføre den særlige forebyggende aktivitet.

En kombination af borgerrettet og patientrettet forebyggelse

I sundhedsklinikkerne i Århus udføres borgerrettet forebyggelse ved, at der er en åben rådgivning, hvor borgere kan henvende sig om et sundhedsproblem, og ved at sundhedsklinikken i mange tilfælde er indgangen til andre forebyggende aktiviteter i lokalcentret. Der udføres også patientrettet forebyggelse, idet borgere, som kommer for at få udført en plejeopgave, kan få råd og vejledning om, hvordan de håndterer et sundhedsproblem.

Basalt set udføres der ikke opgaver i sundhedsklinikken, som en hjemmesygeplejerske ikke kunne udføre, men vilkårene er anderledes, og der er bedre tid til en sundhedsfremmende samtale. Dertil kommer muligheden for at henvende sig på eget initiativ.

Betydningen af at borgeren skal bevæge sig ud af hjemmet for at få sin behandling, skal formodentlig heller ikke undervurderes.

Der er i Storbritannien erfaringer med såkaldte walk-in centre, som til dels minder om de beskrevne sundhedsklinikker.

Fysiske rammer

Det er en vigtig forudsætning for den borgerrettede forebyggelse, at klinikken ligger i tilknytning til et center, hvor der foregår en række forebyggende aktiviteter. Det kan genfindes i andre kommuner, som har sygepleje/sundhedsklinikker, men det er naturligvis også vigtigt at være bevidst om strategisk at udnytte denne mulighed for samspil mellem klinik og centrets øvrige aktiviteter. En åben café kan fx være anledningen for borgeren, der har haft et ærinde i sundhedsklinikken, til at tage stedet i øjesyn og blive sluset ind i andre aktiviteter. I Århus har det været en bevidst strategi at samtænke sundhedsklinik og andre aktiviteter i lokalcentret, hvilket har ført til et tværfagligt samarbejde og tværfaglige aktiviteter.

Målgruppe

I det konkrete tilfælde er målgruppen formuleret bredt som borgere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne og ældre, der har brug for råd og vejledning, foruden borgere der er henvist til lægeordineret behandling. Besøg i sundhedsklinikken er ikke tænkt som en erstatning for besøg hos praktiserende læge, men som et supplement. Det kan vel næppe undgås, at besøg i sundhedsklinikken i nogle tilfælde vil erstatte besøg hos den praktiserende læge, og klinikpersonalet må naturligvis være opmærksom på i relevante tilfælde at henvise til egen læge. For nogle kan sundhedsklinikken imidlertid være indgangen til behandlingssystemet, fordi de foretrækker at tale med en sygeplejerske frem for at henvende sig til egen læge.

Organisation og aktører

Der er tale om en indsatsform, som alene forudsætter direkte medvirken fra kommunens hjemmepleje, og der er således ikke brug for specifikke aftaler med sygehus om udførelse af indsatsen. Det er imidlertid vigtigt, at sundhedsklinikkens indhold og aktiviteter fastlægges i forståelse med de praktiserende læger, således at der opnås konsensus om, hvilke opgaver der skal ligge i sundhedsklinikken, og hvordan disse opgaver kan supplere

den praktiserende læges opgaver. De praktiserende læger vil næppe i mange tilfælde henvise specifikt til sundhedsklinikken, men til hjemmesygeplejen, men der kan være brug for et samarbejde under et behandlingsforløb, hvor indsatsen skal justeres.

Økonomi og finansiering

Der synes primært at være brug for ekstra ressourcer til etablering af en sundhedsklinik og ikke til drift, idet mange af opgaverne i sundhedsklinikken alternativt skulle have været brugt til udkørende hjemmesygeplejersker. Der spares transporttid ved at borgerne kommer i klinikken. Til gengæld lægger den åbne rådgivning beslag på ressourcer. Den forebyggende virkning på ressourceforbruget i andre ydelser er ikke opgjort.

Der skal et vist befolkningsunderlag til for, at kapaciteten i en sundhedsklinik kan udnyttes. Det vil formodentlig være til stede i de nye storkommuner, men derudover er der brug for en vis befolkningsnærhed, hvis stor afstand ikke skal blive et uoverkommeligt problem for især mange ældre. Sundhedsklinikker vil derfor formodentlig være mest velegnede i byområder, mens manglende transportmuligheder kan være et problem i landområder.

Patientrettet forebyggelse

Der er som et eksempel på patientrettet forebyggelse taget udgangspunkt i en patientskole. Patientskoler retter sig typisk mod kroniske tilstande og må i den kommende struktur forventes at skulle baseres på aftaler mellem kommunalbestyrelser og regionsråd. Der er ifølge Amdtsrådsforeningens hjemmeside (www.arf.dk) etableret patientskoler inden for en lang række sygdomme: diabetes, kræft, nyrelidelser, astma, urologiske problemer, epilepsi, gig, aids, eksem, spiseforstyrrelser, inkontinens, kronisk tarmbetændelse, osteoporose, kateterisation, brystopererede, hjertesygdomme og KOL.

Der har været gennemført en medicinsk teknologivurdering af patientskoler (Willing m.fl., 2005). Denne opsummeres i det følgende.

Medicinsk teknologivurdering af patientskoler

Analysen er baseret på systematisk litteratursøgning inden for videnskabelig litteratur om metoder og effekter i relation til patientskoler og gruppebaseret patientundervisning. Litteraturstudiet er begrænset til sekundære, sammenfattende analyser. De rele-

vante sygdomsområder er afgrænset til type 2 diabetes, hjerte-karsygdomme, astma, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), muskel- og skeletsygdom inkl. osteoporose samt psykisk sygdom. Patientskoler er defineret som struktureret undervisning til patienter og eventuelt pårørende, oftest gruppebaseret, i et planlagt forløb, ofte i umiddelbar tilknytning til, at diagnosen er stillet.

Indsatsen kan være medikocentrisk orienteret eller psykosocialt orienteret. Den *medicocentriske* indsats stræber mod, at patienterne bliver bedre til at følge behandling, råd og vejledning fra det sundhedsfaglige personale. Dette sker gennem formidling af viden om sygdom og behandling, konkret problemløsning og opøvelse af praktiske og teoretiske færdigheder. Den *psykosociale* indsats sigter mod at give patienten bedre kontrol over sin situation og hverdag. Dette sker gennem problemidentificering, styrkelse af problemløsningskapacitet, selvtillid, og tro på ressourcer og kompetencer som middel til øget sundhed og trivsel.

Ud over disse to hovedformer i indholdet beskrives en udvikling, hvor det ikke blot er personale, men også andre patienter, der underviser - såkaldt self-management-undervisning. Her varetages undervisningen af en patient, der har god kontrol over sin sygdom.

Undervisningen kan indeholde formidling af viden om sygdom, behandling og forebyggelse, fysisk træning, praktisk træning i selvmonitorering, udarbejdelse af handleplaner, træning i sociale kompetencer, gruppebaseret støtte.

For de forskellige målgrupper for patientundervisningen findes der i litteraturen forskellig underbygning for virkningen af indsatsen.

- Type 2 diabetes: effekten af indsatsen er øget vidensniveau, men kun moderat og vekslende forandring af handlekompetencer.
- Hjerte-karsygdomme: usikkerhed om effekt og ingen betydning for handlekompetence.
- Astma: Nogle ændringer i handlekompetencer og muligvis øget vidensniveau.
- Kronisk obstruktiv lungesygdom: øget viden, ingen livsstilsændringer, men kan føre til forbedrede praktiske færdighed ved selvbehandling.
- Muskel- og skeletsygdom: Nogen forbedring af viden og effekt på adfærd.
- Skizofreni: uklar videnseffekt og uklar adfærdseffekt.

Samarbejdsrelationer og økonomi er ikke behandlet i rapporten.

Viden om metoder i og effekt af patientskoler er ufuldstændig. Der kan ses positive effekter, men mangler dokumentation for en række effektmål. Der er generelt en positiv effekt inden for alle de seks sygdomsområder på vidensniveauet, men der kan ikke på den baggrund alene forventes positive adfærdsændringer. Der er ingen positiv effekt på psykosociale effektmål, og kun diabetes og KOL viser positive resultater på udvikling af troen på at kunne forbedre egen sundhedstilstand. Effekten på fysiologiske effektmål er enten tvivlsom eller kortvarig. Det kan ikke konkluderes, om patientundervisning eller individuelle tilbud er mest effektive og/eller omkostningseffektive.

Befolkningsunderlag

Undervisningsforløb i en patientskole må nødvendigvis iværksættes med en vis regelmæssighed for at kunne være et tilbud til nyligt diagnosticerede. Derfor vil der ud fra erfaringerne fra Astmaskolen på Vestegns Lungeklinik i mange tilfælde kræves et befolkningsunderlag, som er større end i de fleste nye kommuner efter kommunalreformen. Der kan derfor være brug for at etablere patientskoler, som dækker flere kommuner, og initiativet hertil vil således naturligt ligge i regionen.

Organisatorisk placering

Selv om der er eksempler på, at patienter står for undervisningen, er der i mange tilfælde brug for, at specialister indgår i undervisningen. Specialister kan (fri)købes til at udføre undervisningen, og dette stiller således ikke krav om en bestemt organisatorisk eller geografisk placering. Det kan imidlertid af hensyn til rekruttering eller henvisning af elever til patientskolen vise sig hensigtsmæssigt, at der er et organisatorisk sammenfald med en specialafdeling for patientgruppen og ansvaret for undervisningen. Patientskolens tilbud vil på den måde være nærværende for det personale, der har kontakt med mange fra den relevante målgruppe, og som derfor vil kunne give dækkende information om tilbuddet. Det er imidlertid et spørgsmål, om ikke nogle patientskoler kunne være et tilbud i sundhedsklinikker, som beskrevet ovenfor, eller kommende sundhedscentre, når befolkningsunderlaget er til det.

3.5 Hvordan kan forebyggelse udbygges og tilrettelægges i de nye kommuner?

Nogle centrale elementer i tilrettelæggelsen af en forebyggende indsats er:

- Nærhed til målgruppen
- Adgang for medarbejdere til et relevant fagligt miljø
- Personale med ansvar for at tage initiativer og at koordinere

Som nævnt i kapitel 2 tillægger kommunalreformen kommunerne et hovedansvar for den forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Regionernes opgaver på forebyggelsesområdet knytter sig især til den patientrettede forebyggelse, men kommunalbestyrelser og regionsråd vil få pligt til at indgå aftaler med henblik på at sikre sammenhængende patientforløb. Denne rapport beskæftiger sig med forebyggelse og sundhedsfremme, som består i at påvirke borgernes adfærd og livsstil på en måde, så sundhedstilstanden forbedres eller vedligeholdes. Det vil sige forebyggelse, hvor der forudsættes et samspil og en dialog mellem en sundhedsperson og borgerne.

Nærhed til målgruppen

Det afgørende for både den borgerrettede og patientrettede forebyggelse er at opnå og fastholde kontakt med målgruppen for indsatsen. Det peger på, at ”nærhed” er et vigtigt princip for etablering af tilbuddene om forebyggelse. Det vil sige, at tilbuddene findes, hvor målgruppen færdes, eller i umiddelbar nærhed heraf. Der synes at være fordel ved at integrere forebyggelsesaktiviteter i eksisterende tilbud, hvor borgerne eller udvalgte patientgrupper kommer eller har let adgang til.

Den organisatoriske placering af patientrettet forebyggelse i form af patientuddannelse vil afhænge af patientgrundlaget. I forhold til nogle sygdomme er patientgrundlaget tilstrækkeligt stort inden for grænserne af de nye kommuner, mens patientgrundlaget i andre tilfælde vil forudsætte, at et tilbud må dække flere kommuner. Meget taler for, at tilbuddet i disse tilfælde knyttes til en sygehusafdeling eller et ambulatorium, som borgerne er bekendt med, selv om der for nogle borgere kan være et afstandsproblem.

Adgang til fagligt miljø

Det er vigtigt for kvaliteten af den forebyggende indsats, at de medarbejdere, som udfører indsatsen, har adgang til et fagligt miljø, hvor udfordringerne i indsatsen kan diskuteres, og hvor evidens for effekt af forskellige forebyggende aktiviteter kan gennemgås. De forebyggende medarbejdere må således ikke blive fagligt isoleret. I de beskrevne cases nævnes i alle tilfælde et behov for faglig sparring eller supervision. Adgang til et fagligt miljø kan skabes på flere måder. Det kan fx bestå i et netværk af medarbejdere med forebyggende aktiviteter (fx sundhedsplejersker) inden for en kommune eller på tværs af kommuner. Der skal imidlertid være en tovholder til at vedligeholde netværket og tage initiativ til netværksaktiviteter. Der kan endvidere være brug for, at netværket eller enkeltpersonerne har adgang til faglig ekspertise inden for deres felt.

Initiativer og koordination

De nye kommuner vil formodentlig overveje, om de skal etablere en samlet forebyggelsesafdeling for alle forebyggende aktiviteter, eller om forebyggelsesaktiviteter skal indgå som en del af den øvrige indsats i forhold til de forskellige målgrupper. Dette lille studie giver ikke svar herpå. På den ene side er der uden tvivl brug for en organisatorisk centralt placeret funktion til at initiere og koordinere en række forebyggelsesaktiviteter inden for de forskellige sektorområder. På den anden side er det ikke nødvendigvis de samme problemstillinger, der gør sig gældende i fx den borgerrettede forebyggelse i relation til børn og unge og forebyggelse i forhold til inkontinens hos ældre. Det sidste taler for en placering af forebyggelsesindsatsen sammen med den øvrige indsats i forhold til forskellige målgrupper.

4. Genoptræning

Kommunerne har i dag tilbud om genoptræning af funktionsnedsættelse, som ikke følger direkte af sygdom, der er behandlet på sygehus. Disse former for træning skal forhindre et funktionstab og opretholde og forbedre det hidtidige funktionsniveau. Det drejer sig om både fysiske og psykiske færdigheder, og selve træningen sigter på at forbedre den fysiske, intellektuelle, følelsesmæssige og sociale funktionsevne, således at borgeren kan få hverdagen til at fungere og undgå sygehusindlæggelse. Som oftest er det den ældre del af befolkningen, der indgår i den kommunale genoptræning, og der kræves ikke lægelig henvisning. Kommunerne kan udføre træning i dagcentre m.v., men har også mulighed for at udlicitere dele til fx privatpraktiserende fysio- eller ergoterapeuter. Træningen skal stilles vederlagsfrit til rådighed for borgeren, også i de tilfælde hvor kommunerne vælger at udlicitere deres opgaver efter Servicelovens § 73 til privat praksis. På nuværende tidspunkt er amtet ansvarlig for den træning, som følger direkte efter et sygehusophold, og når patienten er optrænet til et vist niveau, varetager kommunen efterfølgende vedligeholdstræningen. Dette ændres med kommunalreformen, så *ansvaret* for genoptræning fra januar 2007 kommer til at påhvile kommunerne. De får således opgaveansvaret for ambulant genoptræning, og regionerne får driftsansvaret for specialiseret genoptræning (sygehusspecifik genoptræning), der betragtes som en undtagelse. Baggrunden er et ønske om at samle ansvaret for træning/genoptræning, som ikke sker under indlæggelse, så "gråzoner" undgås ved flytning af patienter fra sekundær til primær sektor.

I dette kapitel beskrives tre genoptræningsenheder; ét med genoptræning under institutionsophold (nærmest et minisygehus) og to genoptræningsenheder for hjemmeboende. Da udsagnene fra interviewene i mange tilfælde var overensstemmende, er de analyseret sammen i form af meningskondensering.

4.1 Eksempler på genoptræningsindsats

Organisatoriske forhold

Træningscentret i *Frederiksværk Kommune* hører under Børne- & kulturforvaltningen og er oprettet i 2000. Chefen for genoptræningscentret er ansat under udførerkontoret og

refererer til chefen for plejehjemmet Skovbrynet. Træningscentret beskæftiger 2,5 fysioterapeut og 2,5 ergoterapeut og 0,5 udgående ergoterapeut. Det årlige budget er 2.345.000 kr. På et år har 242 borgere trænet i centret.

I *Nyborg Kommune* åbnede Genoptræningscentret i 1995. Genoptræningen er organisatorisk placeret i pleje- og omsorgsafdelingen med reference til bestillerchefen. Der er formuleret mål for indsatsen, og arbejdsgangen er veldefineret.

Centret i Nyborg Kommune beskæftigede i sommer 2005: 1 ergoterapeut 34 timer, 2 fysioterapeuter hhv. 37 timer og 33 timer. Staben var planlagt udvidet med 11 træningstimer pr. 1/9 2005. Har en fysioterapeut i jobtræning og en administrativ medarbejder 25 timer (flexjob).

Centret betjente i 2004 59 borgere henvist fra sygehuset (amtslige), 50 til hjemmetræning og 9 til holdtræning. 138 var henvist til kommunal træning, heraf 33 henvist til egentlig genoptræning uden om sygehus, 27 henvist til hjemmetræning, 14 til vedligehold, 64 noget andet. Der har været 42 gennem genoptræningsholdene og 77 gennem hjemmetræning/år.

I *Gentofte Kommune* er *Tranehaven* en speciel institution, en behandlingsinstitution der minder om et minisygehus. Her er der sengeafdelinger med personale døgnet 24 timer. På hver afdeling er der en afdelingssygeplejerske, der refererer til chefsygeplejersken. Der er 18 sygeplejersker og en gruppe på 10 hjælpere. Der er en helt fast personalenormering på 0,9/patient. Tranehaven er lidt lavere normeret end kommunens plejehjem. Terapeuterne er organisatorisk placeret under administrationschefen, men med det faglige ansvar hos cheflægen. Der er 16 terapeuter og nogle medhjælpere, samt en ledende fysioterapeut og en ledende ergoterapeut.

Der er 4,5 læger fordelt på 5 personer ansat på Tranehaven. Derudover er der en psykolog på 4/5 tid.

Al træning i kommunen er underlagt Tranehaven. Der er reelt kun to træningssteder i kommunen: Tranehaven og Rygårdscentret, hvor der er ergo og fys. Der er et kommunikativt redskab i form af CARE til opfølgning mellem terapeuter, hjemmepleje mv. Det er ikke en fælles journal, men det er et fælles system, der kan kommunikeres igennem, og fx terapeuterne kan læse hjemmeplejens journal. Der kan bestilles hjælpemidler gennem systemet, og ergoterapeuterne skriver rapporten fra hjemmebesøget i CARE.

I Tranehaven er der 925 indlæggelser om året og 300-400 personer i ambulante forløb. Den gennemsnitlige indlæggelsestid er på 28-30 dage, knap 75% er indlagt i op til 3-4 uger.

Der indgås aftaler om kontraktstyring mellem Gentofte Kommunes Center for Forebyggelse og Rehabilitering og Tranehaven. Det årlige budget er på omkring 60 mio. kr. Der er indtægter fra en egenbetaling på 138 kr. pr. døgn. Borgernes medicin betales via sygesikringen. Indtægter fra genoptræning efter genoptræningsplanerne går direkte i kommunekassen og optræder ikke i Tranehavens regnskab.

Tranehaven er således ikke repræsentativ for de kommunale tilbud (og vil næppe heller være det efter opgaveflytningen pr. 1. januar 2007).

Formål

Formålene med enhederne defineres lidt forskelligt, men det er gennemgående, at formålet er at få borgerens hverdag til at fungere. Målene med træningsindsatsen sættes sammen med borgeren "på borgerens betingelser". "Det gælder om, at borgeren skal tage ansvar for sit eget liv og samtidig vide, at der er hjælp og støtte at hente".

En anden formulering er "at forebygge, at borgerne får det dårligere ved at "tage det tidligt i forløbet", vi betjener også borgere, der har haft gradvis funktionsnedgang, og de som har været indlagt. Vi prøver at få dem op på deres tidligere niveau".

I Gentofte er der politisk fokus på området: "...et ønske i kommunen om at prioritere rehabilitering/genoptræning, så borgerne har forudsætninger for at klare sig selv i egen bolig eller anden passende bolig. Man ønsker også at tilbyde genoptræning, selv om borgeren er i en situation, hvor der er brug for et døgntilbud: plejehjem, plejebolig eller lignende, for at sikre, at de også der kan klare sig bedst muligt".

Målgrupper og henvisning

De 3 træningsenheder har overvejende veldefinerede målgrupper. Det er oftest borgere, der oppebærer social pension. I Frederiksværk går aldersgrænsen ved 18 år, men alle steder er der overvægt af ældre. Det er generelt, at borgeren skal have et komplekst træningsbehov for at komme i betragtning. Terapeuterne har fokus på det hele menneske og inddrager sociale og psykiske aspekter i træningen. Der er overvægt af hofte-, knæ- og apopleksipatienter blandt brugerne.

Tranehaven har med sine sengepladser og døgndækning mulighed for at optage borgere der generelt er dårligere og har et mere udtalt behov, end de andre centre har. Men ”med hensyn til patientgrupper og diagnoser: ingen nævnt ingen glemt. Vi har igennem mange år ikke set på bestemte diagnosegrupper eller bestemte patienttyper”.

Der er stor variation i henvisningsmåden til tilbuddene; lige fra en bred mulighed for henvisning som i Frederiksværk og Nyborg, hvor alle borgere kan henvende sig (efterfølgende indgår de i visitation), til en formaliseret henvisning i *Tranehaven*. I *Frederiksværk* ”..tager vi efter anmodning på hjemmebesøg inden for 8 dage og vurderer behovet. Hvis de skal herved (til centret), bliver de visiteret af den samlede terapeutgruppe. Hvis de har andre behov, bliver de henvist videre fx til gymnastik eller privatpraktiserende fysioterapeut. De borgere, der er visiteret til genoptræningsplads på plejehjemmet (12 pladser), skal vi tage. De kommer primært fra sygehuset. Det er ca. halvdelen af dem på genoptræningsplads der har brug for genoptræning”.

I *Nyborg* henvises borgerne fra hjemmeplejen, de sagsbehandlende terapeuter, egen læge, sygehusene, borgerne selv. Hyppigst hjemmeplejen, men i tiltagende grad sygehusene til vedligeholdelsestræning. Der kommer også patienter med genoptræningsplan fra sygehuset.

Det formaliserede visitationssystem til *Tranehaven* er bygget op om en BUM-model. Selv om *Tranehaven* i princippet er en driftsenhed, deltager de imidlertid også i visitationen i lighed med enhederne i Frederiksværk og Nyborg. Sygehusene, som kender *Tranehaven*, henviser via fax ca. 60% af patienterne, og 40% kommer hjemmefra og bliver henvist fra egen læge, hjemmepleje eller andre steder fra fx pensionsafdeling. En indlæggelse på *Tranehaven* er formelt en beslutning, der træffes af kommunens visitation, hvor *Tranehaven* medvirker. Hvis en borger selv henvender sig, opfordres vedkommende til at kontakte egen læge for at blive henvist ad den vej, men de har aldrig afvist en borger. De afviser ingen, men i princippet skal der være en henvisning.

Indsatsens indhold

Der er *holdtræning* på alle enhederne med 6-8 personer på et hold. Træningen varer fra 2-2,5 time og der deltager fysio- og ergoterapeuter. Der trænes typisk en gang ugentligt.

På centret i *Frederiksværk* foregår kun genoptræning, vedligeholdelsestræning foregår i et andet regi. Nogle hold er diagnosebestemt ”gigt, bækkenbund, halvsidig lam-

melse, hofte og knæ-hold". Andre hold er med blandede diagnoser fx "balancehold". "På osteoporoseholdene har vi også teori med henblik på at gøre hverdagen lettere og forebygge forværring. Vi taler også om smertebehandling, og på gigtholdene taler vi om sygdomslære. På balanceholdene har vi 1 times gymnastik og træning, derefter 1 times ergoterapi med vægt på det sociale: går tur, bager kager, går på café. Der er individuelle samtaler 3 gange i forløbet, som er klientcentreret "Hvad oplever borgeren, problemet er her og nu. Og så evaluerer vi efter CUP terapiskalaen fra 1-10. Normalt tager vi ikke demente; dem mangler der tilbud til i kommunen. Vi træner også med at tage bus og tog."

I *Nyborg* har man særlige vedligeholdelseshold, "... der mødes en gang ugentligt. Den ene gruppe er "friske", der er ca. 30 på holdet, den anden gruppe er "sløje", ca. 14 personer på holdet. Det kan være velfungerende borgere, eller borgere der fortsætter efter genoptræningshold. Der er ikke tidsbegrænsning på dette hold" ... "nogle af deltagerne har psykosociale behov, hvis de ikke kan håndarbejde, kan de deltage i gymnastik".

I *Gentofte* "der er meget holdtræning. Der er p.t. 125, der er på et vedligeholdelsestilbud. Der er i alt 467 individuelle ambulante forløb, men nogen bliver trænet sammen fire og fire. Det kaldes imidlertid ikke hold. Der bliver justeret individuelt. Det gør der ikke på vedligeholdelsesholdene, hvor der er en 6-8 hold med 4-6 på hvert hold. "Når vi ikke taler om vedligeholdelsestræningen, vil der typisk være tale om et tre-måneders forløb".

Der er enighed om, at *hjemmebesøg/hjemmetræning* er vigtigt, da man ser meget mere når borgeren er i vante omgivelser - og det jo er i hjemmet træningsresultaterne skal bruges.

I *Frederiksværk* træner man hjemme, når det er relevant "Det er mest, hvis borgeren ikke kan bade eller lave kaffe. Vi instruerer hjemmehjælpen, der så fortsætter træningen. Depressive patienter trænes hjemme i en periode, men de skal være motiverede. Vi vil gerne have flere ressourcer til hjemmetræning. Forløbene er på ca. 3 mdr., men enkelte kan gå et ½ år; det er oftest apopleksipatienter".

I *Nyborg* anfører de "med nogle af de borgere, der er på hold trænes visse funktioner bedst i hjemmet. Fx vil de gerne kunne køre i bus, gå i haven, vaske tøj, købe ind "komme ovenpå igen i soveværelset", så er det det, vi træner". "Vi giver også hjemme-

træningsforløb, hvis borgeren er for dårlig til at komme ud. Det kommer an på ressourcer, hvor mange hjemmeforløb vi kan have”.

I *Gentofte* fik kun 27 personer hjemmetræning i 2004, ”så det er ikke så mange. Det kan være som udelukkende hjemmetræning eller som opfølgning på et ophold. Det sker også, at man går ud i et ambulante forløb for at se, hvordan tingene hænger sammen derhjemme, så der kan planlægges et mere målrettet indlæggelsesforløb på Tranehaven”.

Eksempler på patientforløb

I *Gentofte*: Når der kommer en ny patient gennemføres en indlæggelsessamtale. Den første dag træffes en aftale om, hvad de har brug for af hjælpemidler, og hvordan de klarer forflytninger. Kravet er at undgå fald i størst muligt omfang. Der aftales et træningstidspunkt. Samtalen gennemføres sammen med plejepersonale, så personalet er opmærksom på, hvilke hjælpemidler der skal bruges.

På dag 2 skal der være udfærdiget en skriftlig journal, hvor aktivitetsniveau og kropsniveau beskrives. Derefter udarbejdes en plan, hvorefter træningen går i gang. Planen justeres løbende sammen med patienten. Hvis der gives styrketræning, er det tre gange om ugen, og så suppleres der måske de andre to dage med noget andet, men det er meget forskelligt, hvordan der sættes ind. Der er i gennemsnit ca. ½ times træning pr. dag i direkte konfrontation.

For ergoterapiens vedkommende er det ved afslutningen af et forløb vigtigt, at hjælpemidlerne er på plads, når patienterne bliver udskrevet. De kender datoen for udskrivningen en uge før, men det handler om at sikre, at de rigtige hjælpemidler er til stede.

Typisk ambulante forløb. Ambulante forløb adskiller sig ikke nævneværdigt de tre steder Patienterne kommer to gange ugentligt i en halv time i tre måneder. Derefter tages stilling til, hvad der videre skal ske. Det normale ambulante forløb er to gange om ugen.

Dem, der er på vedligeholdelsestræning, har typisk 3-6 måneder et par gange om ugen.

II Nyborg: Forløbet for en 59-årig kvinde beskrives. Hun blev indlagt med venstre lårbenshalsbrud. Efter operation udskrevet til hjemmet efter 24 dage. Er desuden tidli-

gere opereret for diskusprolaps, brud på venstre underarm og højre håndled samt præget af længere tids alkoholmisbrug.

I træningsforløbet bliver det klart, at patienten har osteoporose (knogleskørhed).

To dage før udskrivningen kontakter fysioterapeuten på sygehuset terapeuterne i kommunen for at aftale det videre træningsforløb. Den kommunale terapeut vurderer, om de kommunale terapeuter fagligt kan klare opgaven, og hvornår træningen kan begynde. Ved tvivl tages sagen med på visitationsmøde, hvor det afgøres. Genoptræningsplan modtages i kommunen tre dage efter udskrivning, vedlagt terapeutisk status.

Patienten oprettes i Omsorgssystemet, og træningsnotater føres jævnligt. Træningen begynder ti dage efter udskrivning. Vurderet træningsmængde to gange om ugen à 30 min. i seks uger.

På det første hjemmebesøg afprøves målene og træningsprogrammet i genoptræningsplanen (GP) fra sygehuset. Træningen gradueres løbende, så hun fra ikke at have nogen gangfunktion efterhånden kan gå på ujævnt terræn med rollatoren. Kan gå op og ned ad en stejl bakke ved huset med rollatoren. Med støtte kan hun gå på trapperne ved fordøren og kan komme op ad trapperne til lægen. Patienten begynder at træne gang med stok indenfor og går efterhånden også udenfor med den. Ved *Midtvejsevaluering* efter 3 uger vurderes målene. Og en plan for, hvilke muligheder hun har for at kunne vedligeholde sit funktionsniveau efter træningen ophører drøftes. Det aftales, at patienten kan komme ind på et genoptræningshold i 4 uger i genoptræningscentret. Målet er at kunne gå uden hjælpemidler.

Slutevaluering: Sammen med borgeren evalueres målene. Evalueringen skrives og sendes til amt, sygehus, Genoptræningscentret, egen læge og hjemmeplejen, hvis de har været i hjemmet.

III Nyborg: En borger henvises. Henvisningen registreres, og der sendes bekræftelse til henviseren og besøgsbrev (dato for visitationsbesøg) til pågældende inden for 14 dage. Dette forløb drejer sig om en 83-årig kvinde, der gennem de sidste måneder har gået dårligere, nærmest lidt parkinsonsagtig. Borgeren ser meget dårligt og deltager stort set ikke i sociale arrangementer. Hun har selv ønsket at blive henvist til genoptræning, da hun oplever, at hendes gangfunktion og kondition i løbet af vinteren er sat tilbage. Har slet ikke været ude at gå i hele efterårs, vinter- og forårsperioden.

Visitationsbesøg. Træningsterapeuten tager ud og foretager et visitationsbesøg hos borgeren for at afdække, hvilke fysiske, psykiske og sociale ressourcer og begrænsninger patienten har.

Der tages udgangspunkt i dagligdagen, og hvordan patienten selv oplever, at hun klarer dagens gøremål. Ud fra de problemområder sættes træningsmål. Herefter foretages den egentlige visitation, hvor hun blev visiteret til et genoptræningsforløb 2 x ugl. to timer pr. gang. Holdet varetages af en fysioterapeut og en ergoterapeut. Der er kørselsmulighed mod en egenbetaling. Og der sendes startbrev til borgeren med praktiske oplysninger og træningsmålene. Kopi af brevet sendes til hjemmeplejen og egen læge også.

Træningen omfatter:

- Fælles opvarmning siddende eller stående.
- Vandpause.
- Fælles styrketræning i gangbarren
- Kaffepause.
- Individuel træning tilrettelagt ud fra træningsmålene og motivationsfaktor. Hvad er vigtigst for borgeren?

Forløbet varer gennemsnitlig 3-4 måneder alt efter hvor god udvikling der er.

Samarbejde

Samarbejdsrelationerne beskrives meget forskelligt. Det er gennemgående, at der samarbejdes med praktiserende læger og hjemmesygeplejen i varieret omfang. Samarbejdet med sygehusene beskrives også med forskellig grad af tilfredshed. Fx er det ikke altid, at patienterne, der udskrives, har en genoptræningsplan med. Samarbejdet med andre institutioner inden for kommunen beskrives overvejende positivt. Især i *Frederiksværk* gøres der brug af forskellige tilbud som cafeer, svømmetilbud mv., og fra træningscentret aflægger terapeuterne besøg hos de praktiserende læger i området.

I *Nyborg* anføres det, at samarbejdet med hjemmeplejen har lidt under besparelser i hjemmeplejen, men der gøres en betydelig indsats for at opretholde samarbejdet.

Tranehaven som den mest komplekse organisation har også de meste komplekse samarbejdsrelationer og har meget fokus på, at de er velfungerende.

Internt i institutionen er der tværfaglige konferencer en gang om ugen, hvor genoptræningen bliver tilrettelagt, og der er defineret kvalitetsstandarder for konferencerne. Der går på helt traditionel vis stuegang for at være helt sikre på, at alle patienterne får snakket med lægen.

Tranehaven har et historisk betinget tæt samarbejde med sygehuset. Der er nogle nøglepersoner på sygehuset (Gentofte), som de altid kan kommunikere med. Det er et samarbejde, som er præget af de samme vanskeligheder som alle former for samarbejde mellem sygehus og kommuner. "Det er hverken værre eller bedre. Faktisk hver uge kommer der en patient fra sygehus, hvor der er nogle løse ender i behandlingen, og hvor Tranehaven så må følge op. På en sygehusafdeling tager man sig ofte af en sygdom, men man tager sig ikke af patienten".

Tranehaven har nogle fordele, fordi de kan føre en ligeværdig faglig dialog med sygehuset. Der er nogle underhåndsaftaler, men også nogle formelle aftaler. Tranehaven kan fx henvise patienter til CT-scanning, som en del af demensudredningen, men også i andre tilfælde. Tranehaven kan endvidere rekvirere blod til blodtransfusioner. Og der har generelt været god adgang til de forskellige ambulatorier.

Tranehaven deltager ikke i udskrivningskonferencer på sygehuset, fordi de tidsmæssigt ikke ville kunne nå det. Der er en udgående visitation to gange om ugen, hvor en læge fra Tranehaven og en visitator tager på sygehuset og ser på alle tvivlstilfældene. (De besøger også borgere i deres eget hjem.) Det kan godt komme til at fungere som en udskrivningskonference, for så bliver der samlet op med sygehusafdelingen.

"Overleveringen" på sygeplejeniveau foregår via sygeplejepapirer fra sygehus. Der er ikke automatisk telefonisk kontakt, men ofte står man i den situation, at der er brug for at få svar på nogle uddybende spørgsmål.

Samarbejdet med de praktiserende læger bliver stadig bedre. Alle praktiserende læger i kommunen kender Tranehaven. Tranehaven har siden 1996 opprioriteret samarbejdet med de praktiserende læger, og de fik en praksiskonsulent i 1999. Det har medvirket til, at der stort set er et gnidningsfrit samarbejde med de praktiserende læger. Tranehaven har accepteret praktiserende lægers præmisser, hvilket betyder, at man ikke må stille tidskrævende krav. Det er en fordel, hvis der kan etableres enkle rutiner

for de praktiserende lægers henvisning til Tranehaven. Der stilles derfor ikke store krav til de praktiserende læger.

Samarbejdet med de praktiserende læger er primært ved henvisningen og ikke så meget undervejs. De får en epikrise ved udskrivningen. Når en borger bliver indlagt, så er patienten Tranehavens, og den praktiserende læge har ikke noget ansvar. Tranehaven er en behandlingsinstitution. Praktiserende læger har aldrig udtrykt ønske om at komme med ind på behandlingssiden. Tranehaven kan udgøre en fordel for den praktiserende læge, som står med en patient, der har et problem, som ikke er løst på sygehus, fordi Tranehaven næsten altid kan tilbyde en plads.

Praksiskoordinatoren (PK) formidler dialog mellem kommunens 45 praktiserende læger og Tranehaven, og bruger 2 timer pr. uge på arbejdet. PK siger om formålet med Tranehaven ” De gamle bliver bedre til at klare sig i hjemmet - og hvis der skal særlige foranstaltninger til, kan vi få en vurdering i Tranehaven - i sidste ende med henblik på placering”. ”Jeg føler, at der bliver samlet bedre op om den patientkategori. Tidligere blev patienterne indlagt på langtidsmedicinsk afdeling, hvor de lå i halve og hele år. Nu er det muligt at indlægge på Tranehaven med 1 uges varsel. Vi behøver ikke så mange sygehusindlæggelser af social årsag”.

Om ulemper og forbedringsmuligheder siger PK ”Jeg kunne tænke mig sundhedsfremme i større baner i det kommunale regi. Så Tranehaven blev opnormeret til at varetage den generelle sundhed, fx hjerterehabilitering og lungerehabilitering”. Og kommunikationsvejene skulle være bedre mellem PL/Tranehaven/sygehuset/hjemmeplejen. Mulighed for fælles it-kommunikation ønskes. Nu bliver vi ringet op af sygeplejersker, det betyder en afbrydelse i det daglige arbejde, Vi ville også gerne kunne læse Tranehavens journaler. Men der arbejdes på en fælles it-løsning”.

Samarbejdet med hjemmeplejen sker ved udskrivning fra Tranehaven. Så bliver ”sygehusvagten” kontaktet. Der er tre sygeplejersker, som Tranehaven ringer til eller sender mail til, om at en borger forventes udskrevet, og hvilke tiltag der skal sættes i gang. Den tværfaglige konference kan have besluttet, at der skal iværksættes et hjemmebesøg sammen med hjemmeplejen. Visitation til hjælp sker i et samarbejde med visitatorerne i kommunen. Tranehaven kan komme med en foreløbig idé om behovet, men specifikt hvor lang tid til det ene og det andet, det er visitatorernes afgørelse. Visitationen sker meget ofte på hjemmebesøget. Det er en totrinsraket. Der bliver udført et skøn

ved udskrivningen, og hjælpen bliver bestilt, så følger visitatorerne op på hjælpen, når borgerne er kommet hjem.

De interviewedes vurdering af indsatsen

I *Frederiksværk* Kommune ønskes der flere ressourcer til forebyggelse. "Vi har ikke ressourcer til at tage nye funktioner op. Vi skulle have flere ressourcer til hjemmetræning". "Og nogle gange har vi ikke ekspertise nok. Vi vil også gerne tilbyde mere individuel træning". Vi mangler et transportmiddel, så vi kan komme på hjemmebesøg. Det er dyrt med taxa. Vi vil gerne have mere plads. Og uddannelsesbudgettet er for lille.

I *Nyborg* er ressourceknaphed også et problem, "vi burde have flere ressourcer til aflastningspladserne, de skal have målrettede planer, så de kan komme hurtigere hjem. Og vi ville også gerne oprette inkontinenshold, lungehold og knæ- og hoftehold. Vi ville gerne tilbyde målrettet vedligeholdelsestræning på plejecentrene (der er ikke terapeuter på plejecentrene).

Vi vil gerne have et tættere samarbejde med hjemmeplejen. Det elektroniske omsorgssystem, som vi må skrive i, er en god hjælp. De mener overordnet, at de lever op til deres målsætning, "men i perioder med meget pres får vi ikke samlet op. Der kan i perioder være ventetid på 2,5 md. på visitationsbesøg, men vi tilstræber en ventetid på 1-1,5 md. Det er politisk bestemt, at de, der kommer fra sygehuset, med genoptræningsplan, skal prioriteres". "Meget kan blive bedre fx vedligeholdelse af de psykosociale funktioner".

I *Tranehaven* mener man ikke, at der er ulemper ved organisationen, "men der er altid noget, der kan gøres bedre. Det er et spørgsmål, om pengene samlet set bruges på den rigtige måde. Er der nogen evidens for, hvad der er en rigtige måde at træne folk på?"

I *Tranehaven* anføres der, at man i mange år har vidst, at opfølgningen skulle gøres bedre på et eller andet tidspunkt. "Problemet er, at *Tranehaven* ikke kan gøre det selv. Det skal gøres i et samarbejde med hjemmeplejen, og hjemmeplejen er god til at kompensere, men den er ikke så god til at forebygge. Det er sværere at sætte timer på forebyggelse end at sætte timer på compensation. Det er let at sætte timer på til et bad, men det er sværere at sætte timer til at sørge for, at en borger selv kan bade eller lave andre daglige opgaver". Og det ville være godt med noget mere hjemmetræning under indlæggelsen. Men "vi hopper ikke lige på vognen med hjemmetræning. Hjemmetræning

er kun billig, når det handler om nogle bestemte kategorier og nogle bestemte niveauer. Borgere med et meget lavt funktionsniveau efter udskrivning fra sygehus vil ikke være motiveret for at udføre træning i hjemmet. Der er brug for mere evidens”.

”Vi savner nogle gange at få flyttet borgere fra vedligeholdelsestræning til nogle almindelige tilbud som fx aften-skoleundervisning”.

I fremtiden forventer de flere opgaver bl.a. for de yngre aldersklasser (18-65-årige). Der skal andre faciliteter til, hvis der kommer yngre borgere med fx skiskader, som i dag trænes på sygehus.

4.2 Udfordringer og problemstillinger

Der vil i de nye kommuner være et befolkningsgrundlag, der er tilstrækkeligt stort til, at det kan betale sig at oprette en eller flere genoptræningsenheder. Som hidtil vil de ældre og kronisk syge patienter udgøre en stor del af brugerne, men det må påregnes, at strukturreformen vil tilføre kommunerne nye diagnosegrupper. Da det samtidig skal sikres, at der er en tilstrækkelig vidensbaseret ekspertise i kommunen til, at ydelsen kan gives på højt fagligt niveau, skal klare samarbejdsaftaler mellem primær og sekundær sektor udarbejdes og disse samt ansvarsfordelingen skal være formaliserede og skriftlige (jf. Sundhedsloven).

Ved inklusion af nye diagnosegrupper under det kommunale ansvarsområde kan det komme på tale med en omfattende opkvalificering af den bestående arbejdskraft - alternativt at købe sig til genoptræningsydelsen på sygehus.

Det bliver samtidig en udfordring for sygehusvæsenet at tilpasse deres ressourcer, når de rent faktisk ikke kan forudse, hvor stor en andel af genoptræningspatienterne, som kommunen vælger at købe genoptræning til i sygehusregi, idet det aftales individuelt mellem region og kommuner. Men det er en del af sundhedsaftalen, at kommunen i samarbejde med regionen skal kortlægge hele feltet for genoptræning

Fysiske rammer

Ligesom sygehusene står usikre over for, hvor stor en andel af genoptræningspatienterne, de skal rumme som følge af kommunernes køb af genoptræningsydelser, må kommunerne gøre sig overvejelser om udbygning af eksisterende tilbud eller etablering af nye

tilbud i nye enheder. I forbindelse med nyetablering er det af betydning, at genoptræningsenhederne opbygges i nærheden af andre tilbud, der anvendes af målgruppen (fx cafeer og øvrige aktivitetstilbud).

Organisation og aktører

Der er stor forskel på de beskrevne enheder. Tranehaven fungerer som et minihospital med døgndækning og lægebemanding og højt specialiseret terapeutisk personale. De to andre kommunale tilbud er organiseret forskelligt, men fungerer i store træk ens og målrettet den brede befolkningsgruppe med "almindeligt" genoptræningsbehov. Da der, som før nævnt, skal et vist befolkningsgrundlag til for at oprette mere specialiserede genoptræningstilbud, vil det i mange kommuner ikke være hensigtsmæssigt at tilbyde disse ydelser. Her kan man slå sig sammen med nabokommuner om at etablere ydelsen eller lade sygehuset varetage den eventuelt som en udgående funktion.

Udarbejdelse af patientforløb

Ved et patientforløb forstås patientens fortløbende vej gennem sundhedssystemet beskrevet ved veldefinerede hændelser, altså indholdet af ydelsen (fx hvad der skal ske på indlæggelsesdagen, hvad der skal ske dagen før en operation, og hvad der skal ske dagen før udskrivelsen). En stor del af brugerne af det kommunale genoptræningstilbud vil være patienter med kroniske lidelser. For at sikre sammenhængende forløb, især hvor flere sektorer er involveret, vil det være hensigtsmæssigt, at der udarbejdes tværsektorielle og tværfaglige patientforløb. Men som det fremgår af de nævnte eksempler, lægges der stor vægt på, at tilbuddene samtidig tilpasses den enkelte bruger.

Der har været gennemført en medicinsk teknologivurdering af hjemmetræning af patienter med apopleksi (Larsen, 2005). Denne resumeres i det følgende.

Ved hjemmetræning forstås i rapporten en rehabiliteringsform, der adskiller sig fra den typiske rehabilitering på apopleksiafsnit ved tidlig udskrivning, udlægning af en del af rehabiliteringsforløbet til træning i eget hjem, organisering af hjemmetræningen i et multifagligt, sygehusbaseret træningsteam med henblik på tværfaglig og tværsektoriel koordinering af det samlede rehabiliteringsforløb. Indholdet i hjemmetræningen ligner et langt stykke hen ad vejen sygehusets konventionelle rehabilitering i ambulatorier/daghospitaler ved at lægge vægt på motoriske øvelser, ADL-træning og identifikation

af passende hjælpemidler og boligændringer. Til forskel fra traditionel sygehusrehabilitering anvendes 25% af terapeuternes tid i hjemmetræningen til information af patient, pårørende og de kommunale terapeuter og hjemmehjælpere, der skal tage over, når sygehusets terapeuter slutter deres arbejde.

En metaanalyse af eksisterende litteratur viser, at hjemmetræning kan reducere den gennemsnitlige liggetid med 11 dage.

Risikoen for negativ rehabiliteringseffekt (død eller institutionalisering) reduceres med 41% ved hjemmetræning frem for sygehusrehabilitering, og der skal kun behandles 9 patienter for at undgå ét negativt forløb. Analysen konkluderer, at 47% af alle nydiagnosticerede apopleksipatienter vil have gavn af hjemmetræning.

Nettobenefit vurderes til i alt 9.000 kr. pr. patient.

Et koncept for hjemmetræning er udviklet og implementeret i Danmark. Modellen er struktureret i 5 faser og beskrives i rapporten.

4.3 Hvad skal der til, for at mere genoptræning kan foregå uden for sygehus?

Fra januar 2007 overtager kommunerne som noget nyt ansvaret for myndighed og finansiering af genoptræning efter indlæggelse, og aftaler skal indgås mellem region og kommuner. Der vil i den kommende struktur være 98 nye kommuner, hvor en række kommuner fortsætter uændret, mens en række mindre kommuner lægges sammen til større. Kommunesammenlægning vil i sidstnævnte tilfælde medføre, at det vil være relevant at samarbejde om de eksisterende kommunale genoptræningstilbud, således at der gives kommunens borgere et ensartet behovsafstemt tilbud. Men selv om kommunen fortsætter uændret, skal den kommunale genoptræningsydelse underkastes et eftersyn; både hvad angår de ydelser, der gives i øjeblikket, og de nye ydelser, der kommer til som følge af kommunalreformen.

Forud for tilrettelæggelsen af de fremtidige tilbud i kommunerne er det væsentligt at gøre en række overvejelser, der først er sammenfattet i punktform og derefter beskrives i det følgende;

- Hvilke typer genoptræning skal kommunen oprette kommunale tilbud til? Hvilke diagnosegrupper bliver der tale om?
- Udarbejdelse af patientforløbsbeskrivelser, hvad angår indholdet af indsatsen
- Indgåelse af samarbejdsaftaler og aftale ansvarsfordeling
- Fælles kvalitetsudvikling, hvordan?
- Eksisterende ekspertise i kommunen - skal den opkvalificeres?
- Befolkningens sammensætning og sygelighed
- De fysiske rammer
- Fokus på hjemmeplejen som samarbejdspartner

Hvilke diagnosegrupper skal kommunen etablere nye tilbud til?

Kommunen bør i samarbejde med regionen kortlægge hele feltet for genoptræning, der vil komme i spil efter kommunalreformen. Nogle genoptræningsforløb vil forekomme så få gange årligt, at det ikke er hensigtsmæssigt at investere i redskaber og ekspertise decentralt, men mere hensigtsmæssigt, at kommunen køber sig til ydelsen i sygehusregi. Her er det ligeledes vigtigt for den sekundære sektor at få klarhed over, hvilke tilbud de skal kalkulere med fortsat at kunne stille til rådighed (både hvad angår fysiske rammer og ekspertise). Arbejdsgruppen under Indenrigs- og Sundhedsministeriet har fastsat kriterier for, hvornår genoptræning er "specialiseret". (Indenrigs- og Sundhedsministeriets udmelding til kommuner og amter pr. 6. december 2005).

Etablering af tværfaglige, tværsektorielle patientforløb

Primær og sekundær sektor bør udarbejde fælles patientforløb for de enkelte patientkategorier, der passerer på tværs af sektorerne i deres forløb. Et patientforløb beskriver patientens rejse gennem sundhedsvæsenet som en tidslinje, hvor sundhedsvæsenets aktiviteter beskrives; hvornår de hensigtsmæssigt skal forekomme, og hvilket indhold de skal have. Ved at anvende patientforløbsbeskrivelser ved sundhedsvæsenets aktører, hvad der er foregået med patienten og hvornår, så undgår patienterne at "falde mellem to stole" ved sektorskift.

For de patienter, der kun forekommer i kommunalt regi, bør der udarbejdes fælles patientforløb, der er gældende for hele kommunen, således at borgerne sikres en ensartet behandling.

Indgåelse af delingsaftaler mellem kommune og region

For at undgå at der etableres paralleltilbud, skal kommune og region indgå dokumenterede aftaler om, hvilke og hvor mange pladser der skal være for de enkelte patient/borgergrupper, og hvem der har det overordnede ansvar for at levere ydelsen (og hvem der betaler ydelsen).

Kvalitetsmåling og -udvikling i det kommunale tilbud

Det er afgørende, at der ikke sker en forringelse af tilbuddet til patient/borger, når ydelsen flyttes fra sekundær sektor til primær sektor. Det fremgår af de beskrevne eksempler, at terapeuterne de enkelte steder foretager kvalitetsvurderinger af deres ydelser og måler en form for brugertilfredshed, og de enkelte kommunalbestyrelser fastsætter også mål for ydelsen. Det vil være hensigtsmæssigt at sætte denne kvalitetsudvikling i et fælles system, så de enkelte enheder kan lære af hinanden, og så borgerne får ensartede ydelser på tværs af kommunen.

Vidensbaseret ekspertise i kommunen

Som nævnt ovenfor er patientkategorierne (diagnosegrupper) afgørende for, hvilken ekspertise kommunerne skal kunne tilbyde og vedligeholde.

For de mere vanlige genoptræningsforløb bør der også være en plan (fælles for kommunen) for, hvilken form for efteruddannelse nye og "ældre" medarbejdere skal gennemgå.

Befolkningsvolumen

Hvilke og hvor mange tilbud der skal være på genoptræningsområdet afhænger af befolkningstallet og den demografiske sammensætning i kommunen. Samtidig vil oplysninger fra landspatientregistret over udskrivninger og udskrivningsdiagnoser give et overblik over, hvilke ydelser der kommer på tale.

De fysiske rammer

Genoptræning i kommunalt regi gives i de beskrevne eksempler som

- Ambulant træning
- Hjemmetræning

- Træning under ophold

Hver af træningsmåderne har sine forudsætninger. Det mest almindelige er *ambulant træning*. Det forudsætter, at borgeren kan opholde sig i hjemmet og kan transportere sig hen til træningscentret. Sammenlignet med de andre træningsmåder giver ambulant træning som kombineret holdtræning og individuel træning den mest optimale ressourcenyttelse, og for borgeren er det en stor gevinst, at de deltager i et socialt fællesskab. Der skal imidlertid etableres det tilstrækkelige antal træningsfaciliteter, hvilket kan betyde anlægsudgifter og øgede driftsudgifter.

Hjemmetræning kan være meget værdifuldt, og vedligeholdelsestræning hører til i hjemmet, således at der kan etableres et samarbejde med hjemmeplejen.: man ser borgeren i vante omgivelser og træner de funktioner, som borgeren skal kunne mestre for at være i eget hjem. Det er imidlertid en relativ ressourcekrævende genoptræningsform, da der er tale om en én til én situation, og terapeuterne skal bruge tid på transport. Men samtidig kan man gennemføre træning for mindre mobile borgere, der føler tryghed ved at være i eget hjem

Træning under ophold ses fx i Tranehaven og i mindre udbygget form på kommunernes aflastningspladser, hvor borgerne under "indlæggelse" trænes af det lokale træningscenters terapeuter. Denne træningsmåde kan tilgodese de "dårlige" patienter, der behøver meget hjælp. Hensigten er, at de bliver så gode, at de kan overgå til træning i andet regi. Denne træningsmåde er den dyreste, idet den forudsætter døgndækning med personale.

Hvilke træningsmåder den enkelte kommune vil satse på vil bero på en politisk/økonomisk prioritering samt faglige overvejelser. I en række tilfælde kan de tre former forekomme i et sammenhængende træningsforløb, hvor patientens tilstand og behov på det givne tidspunkt vil være bestemmende for, hvilket træningsregi der tilbydes

Ændringsprocessen, der skal føre til opfyldelse af strukturreformens intentioner på genoptræningsområdet

Der er næppe gennemført forskningsprojekter af fusioner inden for den kommunale genoptræning og opgaveforskydninger af denne art. Den generelle fusionsforskning påpeger

imidlertid, at fusioner har en tendens til at medføre kulturkonflikter og differentiering mellem de fusionerede enheder. Endvidere er der store såvel personlige som organisatoriske omkostninger, der medfører personlig og faglig belastning for de involverede medarbejdere. Disse forhold er det vigtigt, at ledere på alle niveauer holder sig for øje og håndterer, når de viser sig.

Samarbejdsrelationer

Ved udflytning af en større del af genoptræningsopgaverne til kommunalt regi åbnes nye muligheder for samarbejde med især hjemmeplejen. Den er en vigtig aktør i at gennemføre træningsforløb samt opfølgende træning og vedligeholdelse af borgernes funktionsniveau, efter at terapeuterne har afsluttet deres del af indsatsen. For at varetage disse opgaver vil der de fleste steder kræves en opgradering af hjemmeplejen; men selv om der sker en ressourcetilførsel til området, kan det være vanskeligt at rekruttere tilstrækkeligt kvalificeret personale. Der ligger en stor opgave i at gøre arbejdet i hjemmeplejen attraktivt og i opkvalificering af social- og sundhedsassistenter/-hjælpere.

5. Pleje

”Shared care” er et nyere begreb i sundhedsvæsenet og beskriver behandling og pleje, hvor ansvaret er delt mellem personer eller team, som indgår i forskellige organisationer, eller hvor der er betydelige organisatoriske grænser (Hughes & Pritchard, 1995). Det handler således om at skabe sammenhængende patientforløb og at etablere et fælles ansvar mellem relevante personer eller organisationer for at sikre dette. Dette er især relevant for patienter med kroniske lidelser eller med langvarige behandlingsforløb, der involverer flere sektorer.

”Hospital at home” eller ”det udgående sygehus” er organisatoriske former, der kan betegnes som eksempler på ”shared care”, hvor sygehusafdelingens personale ”flytter ud” i borgernes hjem. Der findes imidlertid også eksempler på, at ”hospital at home” opbygges med primærsektorens ressourcer (Hansen et al. 2004). De bedste muligheder for ”at flytte” dele af sygehusbehandlingen ud i hjemmet synes dog at være pleje og behandling, hvor ekspertise på tværs af sektorer inddrages.

I dette afsnit fokuseres derfor på forskellige modeller til at inddrage ekspertise i specielle plejeopgaver uden for sygehus. Der kan både være tale om, at plejeopgaver, som tidligere er blevet udført på sygehus, udføres uden for sygehus, og at plejeopgaver, som også tidligere er blevet udført uden for sygehus, udføres med større kvalitet. I én model udbygges ekspertisen i den primære sektor, i det konkrete tilfælde den kommunale hjemmesygepleje. En anden model består i at bruge sygehusets ekspertise enten gennem en udgående funktion eller gennem en teknologisk løsning, hvor monitorering kan ske virtuelt fra sygehuset.

5.1 Ressourcepersoner eller vidensansvarlige i hjemmesygeplejen

Flere kommuner har hjemmesygeplejersker, som har et særligt videns- eller ansvarsfelt i hjemmesygeplejen. Formålet er at forbedre kvaliteten af hjemmesygeplejens arbejde på disse felter. Det er således en metode til at opbygge en særlig ekspertise internt i den kommunale organisation. I det følgende beskrives ressourcepersoner/vidensansvarlige i hjemmesygeplejen i Nyborg og Frederiksværk Kommuner.

Nyborg Kommune har vidensansvarlige sygeplejersker på diabetesområdet og til behandling af sår, og der har tidligere været en vidensansvarlig sygeplejerske til apopleksi. I Frederiksværk Kommune er der en specialuddannet sygeplejerske til inkontinens og en sårsygeplejerske. Der har tidligere været en smertekyndig, som nu arbejder i visitationen, men som forsøges inddraget i borgerkontakten.

I begge kommuner er de specialiserede sygeplejersker en del af kommunens hjemmesygepleje, men deres opgaver er lidt forskellige. I Nyborg arbejder de vidensansvarlige sygeplejersker i et bestemt distrikt. Der er tre sårsygeplejersker og således én i hvert distrikt, mens der kun er én diabetessygeplejerske, som altså er tilknyttet et bestemt distrikt. I Frederiksværk Kommune er der en klinik med åbningstid om formiddagen, hvor sårsygeplejersken arbejder. Hun er i den resterende tid ikke knyttet til et bestemt distrikt, men har en afløserfunktion og tager sig af opgaver, hvor der er behov. Der er således mulighed for at fordele besøg med en særlig sårproblematik til hende. Inkontinenssygeplejersken er ansvarlig for indkøb af sygeplejeartikler og afløser i klinikken. Hun kører også i hele kommunen, men dog mest i et bestemt distrikt.

Det er lige så meget et udtryk for sygeplejerskernes interesse, som en bevidst strategi fra kommune eller amt, at det netop er på de nævnte felter, at der er specialiserede sygeplejersker.

Målgruppe og henvisning

Borgere henvises almindeligvis til hjemmesygeplejen fra sygehus eller af praktiserende læge. Det kan dog også ske på baggrund af en henvendelse til hjemmeplejen. De samme kanaler er grundlaget for, at borgere kommer i kontakt med en specialiseret sygeplejerske. Borgerne kan imidlertid også henvende sig til kommunen om fx problemer med inkontinens, hvorefter specialsygeplejersken finder ud af, hvad det drejer sig om, og hvad der videre skal ske.

Indsatsens indhold

I Nyborg er der i hvert distrikt en sygeplejerske, som har en særlig indsigt i bandagering (kompressionsbehandling) af underekstremiteter. Derudover har en sygeplejerske en særlig viden om sårbehandling, og en sygeplejerske er vidensansvarlig for diabetes. Det er i Nyborg tanken, at sygeplejerskernes viden skal bruges direkte i patientplejen, hvor

der er særlige problemstillinger. De bruges først og fremmest i deres eget område, og hvis der er særlige problemstillinger, tager de specialiserede sygeplejersker over. Der er imidlertid forskel på, hvor meget de bruges uden for deres eget område. Sygeplejerskerne skal også følge med i ny viden inden for feltet og undervise og informere deres kollegaer i hele hjemmesygeplejen. Det er imidlertid ikke så nemt at nå ud til kollegaerne i de andre områder: "I øjeblikket underviser jeg sosu- og sygeplejeelever i vores eget område. Jeg er ikke nået ud til de to andre områder endnu." "Jeg skal have bredt det ud til de to andre områder. Det skal planlægges, og jeg skal have mod til at brede min viden ud til andre." Med den kommende kommunesammenlægning bliver der mulighed for at samarbejde med kollegaer fra nabokommunerne, og der er fx planlagt fælles temadage for sygeplejerskerne om diabetes.

De vidensansvarlige sygeplejersker skal undervise de studerende som led i praktikopholdet. De bliver samlet i hold, og nogle gange kommer nyansatte sygeplejersker også med.

I Frederiksværk er hjemmesygeplejen organiseret i en selvstændig afdeling, og specialsygeplejerskernes funktion er primært at udføre pleje inden for deres felt, når der er særlige problemstillinger, men de søger også at lære fra sig. De har en placering i hjemmesygeplejen med specielle funktioner (sygeplejeklinik og indkøb af sygeplejeartikler) i en del af deres arbejdstid, hvilket bevirker, at de har bedre mulighed for at dække alle kommunens distrikter end i Nyborg. Sygeplejerskerne kan supervisere og hjælpe hinanden, fordi de alle har lokalefællesskab og har fælles morgenmøde.

Personalets kompetence

De specialiserede sygeplejersker har opnået en viden på deres felt dels gennem flere års erfaring fra arbejde med de specielle problemstillinger, dels gennem efteruddannelse. Nogle af sygeplejerskerne får opdateret deres viden gennem deltagelse i netværksgrupper med andre kommunale sygeplejersker i amtet inden for deres speciale. I den ene af kommunerne synes mulighederne for efteruddannelse p.t. at være beskedne på grund af få midler til det.

Samarbejde

Alle de specialiserede sygeplejersker har naturligvis et samarbejde med den praktiserende læge, og sygeplejerskernes særlige indsigt kan også være til gavn for den praktiserende læge. Sårsygeplejerskerne i Nyborg samarbejder desuden med specialafdelingen (sårcenter) på Odense Universitetshospital, hvor de kan få råd, og en dag om året er der fællesdag for alle sygeplejersker i sårcentret. En ERFA-gruppe mødes et par gange om året. Diabetessygeplejersken samarbejder med diabetesambulatoriet og amtets diabetessygeplejersker. Herigennem er der udarbejdet en særlig diabetesdagbog, som følger patienten rundt i systemet.

Sygeplejerskerne i Frederiksværk mødes ligeledes med kollegaerne fra de andre kommuner, og der er et samarbejde med et firma, der leverer sygeplejeartikler. Sårsygeplejersken mødes ligeledes med en ERFA-gruppe fra ambulatoriet i Frederikssund.

Ressourcer

I Nyborg har de vidensansvarlige sygeplejersker to timer om ugen til at varetage opgaven med at opdatere viden og formidle viden. Det er imidlertid vanskeligt at afsætte denne tid, fordi de bliver presset af plejeopgaverne i deres område, og det kan være vanskeligt at forsvare overfor kollegaerne at bruge tid på den særlige opgave. I Frederiksværk har sygeplejerskerne ikke fået tildelt fast tid til opgaven. Sygeplejerskerne må tage sig tid, men også her er de presset af de daglige plejeopgaver.

De interviewedes vurderinger af indsatsen

I Nyborg opleves særligt gode resultater af sårsygeplejerskernes arbejde. Nu er der en ensartet behandling af borgerne, som styres af den vidensansvarlige sygeplejerske. Det vurderes at sårene bliver hurtigere lægt, og kompressionsbehandlingen hjælper. Der vurderes, at være behov for en vidensansvarlig til apopleksi og en stomisygeplejerske.

De vidensansvarlige sygeplejersker oplever, at de ikke i tilstrækkelig grad får deres viden ud i områderne, og der er behov for en sparringspartner. Det kan være vanskeligt at få, når der kun er én inden for et felt i en kommune. Det kan måske på nogle felter løse sig, når kommunen bliver lagt sammen med nabokommunerne.

I Frederiksværk vurderes det, at der er for få midler til de specialiserede funktioner, og der er brug for at etablere initiativer på tværs. Der mangler tid til at samle op

på tingene. Fx er der i netværksgruppen for sårsygeplejersker udviklet en sårjournal, som der ikke har været tid til at lancere i kommunen. Der har dog udviklet sig en kultur, hvor man superviserer hinanden. Det opleves endvidere, at man kan hjælpe flere borgere, og at kvaliteten i plejen er blevet højnet. Det er en sårbar ordning, fordi den er baseret på enkelte sygeplejerskers interesse og derfor er afhængig af, at de specialiserede sygeplejersker ikke skifter job. Som yderligere felter for specialiserede sygeplejersker nævnes diabetes, psykiatri og misbrugere.

5.2 Palliativ afdeling i Frederiksværk Kommune

Frederiksværk Kommune har på et af sine plejehjem oprettet en palliativ afdeling til døende patienter i kommunen. Afdelingen hører under hjemmesygeplejen.

Formål

Formålet med afdelingen har været, at borgeren kan få al den pleje, der skal til for at få en værdig død.

Målgruppe og henvisning

Patienterne til afdelingen kommer ofte fra sygehuset, når der ikke kan gives mere behandling, men de fleste kommer fra hjemmet, når plejen ikke mere kan klares der. Patienterne bliver henvist gennem visitationsudvalget, der visiterer til boliger og pladser.

Indsatsens indhold

Der er seks pladser i afdelingen, men som regel er der en eller to patienter. Personalet på afdelingen er ikke specialister, men de får lektioner på tre dage. Personalet er fastansat og normeret med 1,5 ansat pr. patient. Der er tre sygeplejersker, fem social- og sundhedsassistenter og en social- og sundhedshjælper. Plejehjemmet dækker nattevagten. Der er faste procedurer på afdelingen, og fx bliver alt skrevet ned, herunder aftaler med borgerne.

Samarbejde

Afdelingen har kontakt med det palliative team fra Hillerød Sygehus, som består af 4-5 sygeplejersker, mens der sjældent er kontakt med sygehusafdelingerne. Der er også

samarbejde med praktiserende læger, men de er meget forskellige, og det palliative team bruges nogle gange i stedet.

Finansiering

Afdelingen finansieres af kommunen.

De interviewedes vurderinger af indsatsen

Tidligere kunne patienterne komme på aflastning på plejehjemmet, men der var ofte mange demente og depressive patienter, som gav uro. De døende patienter er nu i rolige omgivelser, hvor de kan få specialpleje. Det vurderes at være en fordel, hvis kommunen (afdelingen) kom tidligere ind i forløbet, og tilbuddet bør være mere synligt for borgerne.

5.3 Palliativ enhed på Roskilde Sygehus

Enheden har eksisteret siden juni 2002 og hører under anæstesiologisk afdeling; men har eget personale og eget budget. Foruden egne aktiviteter har enheden til opgave at supervisere primærsektor og sygehusafdelingerne. Enheden består af et ambulatorium, der har åbent hverdage 8-16. Enhedens personale har tilsynsførende virksomhed på sengeafdelingerne efter henvisning. Endvidere har enheden en udkørende funktion i hele Roskilde Amt i samarbejde med palliativ enhed på Køge Sygehus. Der er åben telefonkonsultation 10-10,30 og 13-14 på hverdage.

Enheden beskæftiger to læger, fem sygeplejersker, en socialrådgiver, en fysioterapeut og en diætist, der alle aflægger hjemmebesøg. Faggruppen afgøres af behovet, men første besøg aflægges af læge og sygeplejerske. Der er ugentlige konferencer om problempatienter, og den tværfaglige indsats giver høj grad af kompetence i palliation. "Der er ingen, der alene har den fulde kompetence". Hospitalspræsten (eller patientens egen præst) deltager ved eksistentielle behov, og enheden trækker på psykologen fra onkologisk afdeling. Kompetencen opretholdes og øges gennem deltagelse i kurser af faglig, social, pædagogisk og etisk karakter og på internationale konferencer.

Enheden har et rammebudget på 4,2 mio. til drift. Hertil kommer eget medicinbudget.

Enhedens formål

Formålet med enhedens indsats er at sikre bedst kvalitet de sidste dage i livet. ”Når der ikke er mere at gøre, kan vi faktisk gøre en stor forskel for patienten: fylde liv i dagene i stedet for at fylde dage i livet og tage over, hvor andre resignerer.” Enheden skal sikre, at dagligdagen og hele patientens sociale netværk optimeres, og der skal skabes en god forbindelse til primær sektor, så den praktiserende læge er nøgleperson i forhold til patienten med enheden som superviserende faktor.

Enheden skal yde lindrende behandling til uhelbredelige patienter, der vil dø inden for en vis tid. Det er enhedens formål at medvirke til, at der er kvalitet i den sidste del af livet, og at patienten ”dør med livet i hænderne”. Det er også et mål at gøre det muligt for de patienter, der ønsker det, at de kan dø hjemme med specialistbehandling.

En hjemmesygeplejerske oplever, at patienterne er trygge, og mener derfor, at enheden opfylder sit formål. Selv mener enheden klart, at de opfylder deres formål: ”Den syge føler sig tryk, fordi der er nogen, der forstår, hvordan de har det”.

Målgruppe og henvisning

Enhedens målgruppe er uhelbredeligt syge patienter. Det er flest cancerpatienter men også hjerte- og lungepatienter, infektionsmedicinske og neurologiske patienter. Gennemsnitlig forløbsvarighed er 70 dage. Målgruppen er imidlertid ikke kun patienterne selv, men også familien, som sygdommen kan give mange problemer. Nogle familier er meget afklarede, mens andre er bange for alt, der har med sygdommen at gøre.

De fleste patienter henvises af sygehusafdelinger, praktiserende læger eller hjemmeplejen. En lille del af patienterne eller pårørende henvender sig selv (7-8 henvendelser pr. måned). Disse patienter visiteres af den kliniske oversygeplejerske. Der henvises 200-250 ny kræftpatienter pr. år: 70% fra sygehus og 30% fra primær sektor, men der er ved at ske et skred, så flere og flere kommer fra primær sektor.

Kategorien ”kroniske smertepatienter”, der dækker en stor variation af tilstande, skal lægehenvises, og for dem er ventetiden ca. 1,5 år.

Indsatsens indhold

Den udkørende funktion vil blive opprioriteret, fordi der nu er ansat en ekstra læge, og ”det er uhyre værdifuldt at se patienterne i deres egne omgivelser”. Hjemmebesøg af-

lægges, hvor det er muligt, sammen med praktiserende læge og hjemmeplejen. Ideen med at optimere den udkørende funktion og plejen i hjemmet er at undgå indlæggelser, og det er opfattelsen, at brugen af ”åben indlæggelse”, hvor en borger har adgang til at lade sig indlægge, nedsættes.

En række af patienterne har været henvist tidligere, og nogle har gået i ambulatoriet. Hvis disse patienter er blevet dårligere, og det skønnes, at det ikke er rimeligt, at patienterne selv skal møde op i ambulatoriet, aflægger sygeplejerske og læge hjemmebesøg. I disse tilfælde er der oftest etableret hjemmepleje, og enheden samarbejder ofte med hjemmesygeplejerskerne. Der er udarbejdet en ”samarbejdsbog”, som bruges i hele amtet, for patienterne. Specialisterne fra enheden foretager symptomvurdering og behandling, og selv patienter med avancerede symptomer kan blive hjemme. På den måde forhindres indlæggelser.

I samarbejde med uddannelsesafdelingen på Roskilde Amtssygehus planlægges og forestås uddannelsen i ”palliation” ved overlæge og klinisk oversygeplejerske. Målgruppen for undervisningen er primær og sekundær sektor. Der tilbydes undervisning i 14-dages moduler 1-2 gange årligt. Som konsekvens af, at der kun er få deltagere fra primær sektor, tilbydes et tre-dages kursus for praktiserende læger og hjemmesygeplejersker med ca. 60 deltagere pr. gang. Der er stor forskel på, hvordan primæromsorgen fungerer i de forskellige kommuner, men generelt er hjemmesygeplejerskerne dygtige og har ”mod på opgaven”.

Fra enheden aflægges hjemmebesøg efter behov, men meget kan klares pr. telefon. Der træffes altid en ny fast aftale med patienten efter hver kontakt.

Personalet har også akutte opgaver på sygehuset, idet en del af cancerpatienterne har ”åben indlæggelse” på deres stamafdeling.

Samarbejdsrelationer

Fra *enhedens* synspunkt er samarbejdet med sygehusafdelingerne godt, men det vurderes at enheden nogle gange kommer for sent på banen. I de tilfælde prøver enheden at undervise sengeafdelingen. ”Alle bør kunne basispalliation”.

Samarbejdet med hjemmeplejen fungerer ifølge enheden godt, og enheden opfordrer de praktiserende læger til at være nøglepersoner, og de kommer i tiltagende grad i fokus. Der er et samarbejde med en praktiserende læge, der er koordinator for gruppen

af praktiserende læger. Enheden tilbyder også undervisning i 12-mandsforeningerne (foreninger af praktiserende læger). ”Den praktiserende læge har baggrundsviden om patienten, og vi kommer til med vores specialviden. Den praktiserende læge ser måske et par patienter årligt, mens man i enheden ser mere end 200 af den type patienter om året”.

Den kliniske oversygeplejerske underviser efter behov i kommunerne og udarbejder retningslinier, der bliver sendt ud til kommunerne.

Andre samarbejdspartner er onkologisk afdeling; herunder afdelingens psykolog. Der er også samarbejde med præster, idet den side af omsorgen vægtes højt.

En *hjemmesygeplejerske* angiver, at der kan gå nogen tid imellem, at hun har en døende patient i hjemmet, og hendes kontakt med enheden er fortrinsvis telefonisk og drejer sig om fx at bestille medicin eller forespørgsler om et konkret problem hos en patient, som enheden har ansvar for.

En anden hjemmesygeplejerske beskriver et samarbejdsforløb:

Det drejer sig om en kvinde, som var indlagt på hospice, men der var ingen udvikling. Meget problematisk meldte hospice tilbage, at de ville sende kvinden hjem igen. Da kvinden var kommet hjem, aflægges en sygeplejerske og overlægen fra den palliative enhed besøg i hjemmet, hvor også hjemmesygeplejersken er til stede. Her gennemgås borgerens tilstand, og det vurderes, om der er noget, der kan gøres anderledes, herunder medicinering. Den praktiserende læge deltog ikke, idet borgeren havde et meget dårligt forhold til sin læge. I det konkrete tilfælde, havde hjemmeplejen ikke kontakt med enheden ud over de indledende besøg, da borgeren døde efter 14 dage. Hjemmesygeplejerskerne har ellers mulighed for at ringe til enheden, og det er normalt en sygeplejerske, der har kontakt med. Enheden kan også aflægge flere besøg.

De interviewedes vurdering af indsatsen

Før enheden blev etableret, lå ansvaret for patienterne hos den praktiserende læge. Ifølge en hjemmesygeplejerske interesserer alle praktiserende læger sig ikke for palliativ behandling, og de har derfor ikke lige stor indsigt.

Der var før juni 2002 en smerteklinik, som har dannet grobund for den nuværende enhed. Her var fokus på smerter, og "det var lidt for endimensionalt". Klinikken havde ambulant funktion og tilsyn på sengeafsnittene.

Fordelene ved den nuværende indsats vurderes at være mange. Enheden har lettere adgang til de parakliniske specialer end de praktiserende læger. Sygehusafdelingerne får hurtigt tilsyn, og enheden råder over to lægelige eksperter, der beskæftiger sig på fuld tid med palliation. Det ville styrke indsatsen, hvis der var døgndækning, men enheden søger at gøre "proaktiv fredagsstatus". Enheden har højnet basalpalliationen i hjemmeplejen, men indsatsen kunne optimeres, hvis enheden havde et par sengepladser til korttidsregulering. I den nuværende enhed er der flere ressourcepersoner at trække på, og det tværfaglige samarbejde er styrket. Der er ingen fagkamp, men mange hjælpetilgange. Sygeplejerskerne er efteruddannet og har behandlerkompetence.

En hjemmesygeplejerske ser følgende fordele: "I den palliative enhed er de eksperter på et andet plan og kan håndtere andre problemer end de rent lægelige fx psykiske problemer", og enheden kommer hurtigere et problem "til livs". "Det tager længere tid, når den praktiserende læge skal tage stilling, fordi han ikke har den samme ekspertise. Enheden kender problemerne og kan hurtigere tage stilling til en behandling. Den praktiserende læge skal famle sig frem. Det går hurtigt med at få sat tingene i værk, når en behandling er fastlagt".

"Det er trygt, at enheden er der, fordi man (hjemmesygeplejersken) kan ringe, når der er brug for det. Det er blevet lidt vanskeligere at få kontakt, fordi enheden har indført en bestemt telefontid. Det er dog ikke det store problem".

Samlet set vurderes indsatsen positivt af de interviewede parter, der er enhedens overlæge, den kliniske oversygeplejerske og to hjemmesygeplejersker. Der er enighed om, at enheden overordnet opfylder sit formål, men der er også forslag til forbedringer.

En hjemmesygeplejerske anfører, at den palliative enhed kan sætte den praktiserende læge på sidelinjen i forhold til patienten, fordi patienten i stedet bliver tilknyttet sygehus, og den praktiserende læge kobles af. Der er læger, som ikke bryder sig om, at den palliative enhed tager over. Det kan endvidere i nogle tilfælde være et problem for sygeplejersken, at finde ud af, hvem der styrer medicinen, når en borger får forskellige former for medicin. Noget medicin er ordineret af den palliative enhed, mens andet er ordineret af den praktiserende læge. Derfor kan det nogle gange være svært at finde ud

af, hvor man skal bestille medicinen. Noget ligger på grænsen. Hvad er smertestillende, og hvad er ikke? Det ville være en fordel, hvis kun den ene eller den anden har ansvaret.

Det er en anden hjemmesygeplejerskes opfattelse, at enheden ikke har så god tid til at komme ud i hjemmene, og der efterspørges større mulighed herfor.

Enheden har kun åbent på hverdage i dagtiden. Man kunne udvide åbningstiden, men enheden skønner at behovet er relativt ringe aften og nat, men man kunne eventuelt etablere en telefonvagt.

5.4 Det virtuelle hospital på Frederiksberg (Projekt TeleKol)

Indsatsen var endnu ikke indført på analysetidspunktet på grund af manglende finansiering, men der har været gennemført en pilotafprøvning på én patient i hjemmemonitorering. Projektet har bl.a. taget udgangspunkt i gode erfaringer med telemedicin i forhold til astmapatienter. KOL (kronisk obstruktiv lungelidelse "rygerlunger") ligner astma, og det er svært for en læge at holde styr på en kronisk tilstand, som kræver tæt fokus og nærmonitorering.

Formål med indsatsen

Formålet er at holde patienterne hjemme i stedet for at have dem indlagt. En stor del af KOL-patienterne kan formodentlig gå hjem tidligere end med den traditionelle indsats på grund af bedre monitoreringsmuligheder og tæt inddragelse af specialister. "Der er meget at spare. Det forventes, at ca. 50% kan sendes hjem efter én - maks to dage i forhold til 25% under det udgående hospital og normalt syv dage. Patienterne er meget glade for at komme hjem, så der er også nogle fordele i forhold til livskvalitet".

Formålet med pilotprojektet var at finde ud af, hvordan en patient reagerer i et cyberspacemiljø, hvor lægen ikke er til at røre ved, men viser sig på en skærm, og om lægen kan finde ud af de samme ting, som hvis han stod foran patienten.

Formålet var også at finde ud af, om patienten kunne mestre udstyret. Den udvalgte patient, som var meget dårlig, viste sig at kunne. Det var muligt at gennemføre undersøgelserne og kommunikere via systemet.

Målgruppe

Målgruppen er middelsvære KOL-patienter. Der er taget udgangspunkt i en patienttype, som alle kan forstå. Det kunne lige så godt være den kroniske patient, der ikke kommer på hospitalet, eller iltpatienter. Patienterne "indskrives i det virtuelle hospital" efter indlæggelse på Lungemedicinsk afdeling på Frederiksberg Hospital.

Indsatsen indhold

Hovedsigtet med projektet er at skabe et testnetværk, hvor patienten er i midten og omgivet af Telemedicinsk Center, specialister fra Lungemedicinsk afdeling, hjemmeplejen, apotek og Falck/brandstation, jf. figur 1. Man skal forestille sig, at patienten er indlagt i cyberspace. Hjemmeplejen er cyberspacesygeplejersken, Falck/brandvæsen er cyberspaceportører, og apoteket er vores medicinskab.

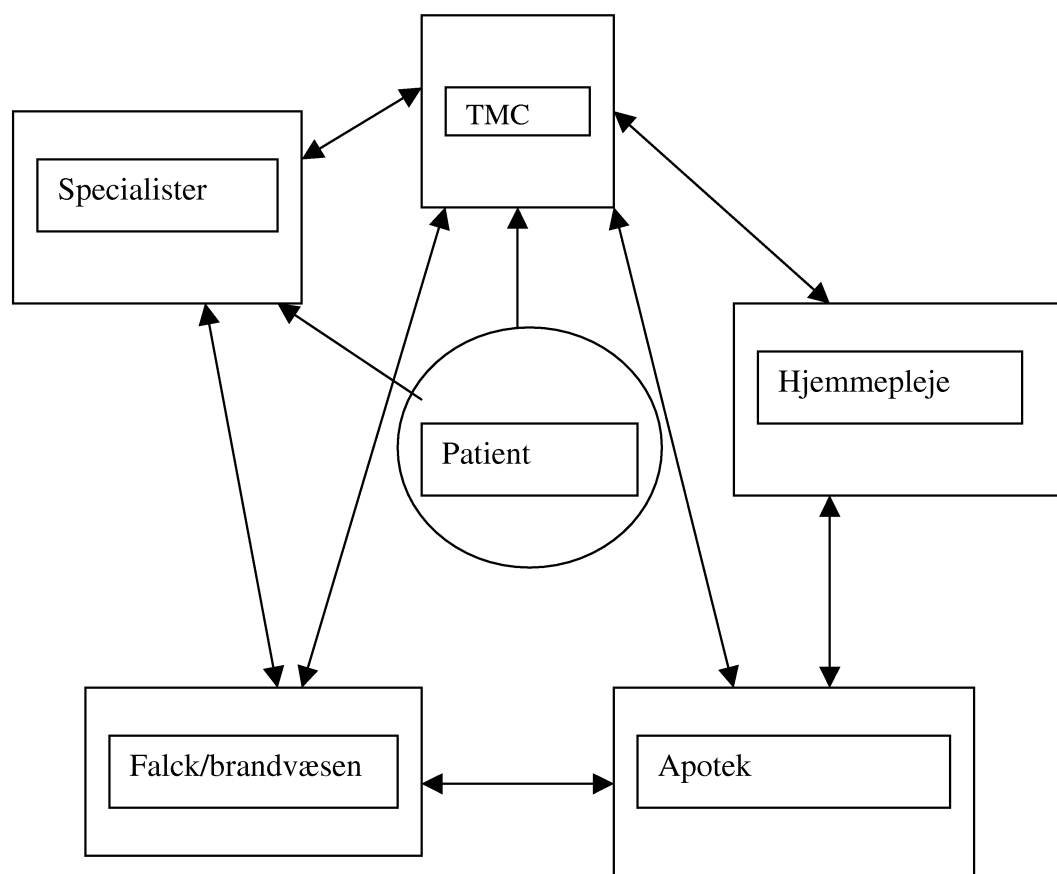


Fig. 1 Patient i det virtuelle hospital

Prisen for det videokonferenceudstyr, som skal hjem til patienten, er 3.500-4.000 kr. Et privat firma har tilbudt at sponsorere projektet med 30 udstyr, som gør det muligt for patienten at tale frit ud i stuen, når der skal kommunikeres med Telemedicinsk Center. TDC skal levere ADSL-forbindelse til udstyret. Et tredje firma leverer udstyr til at måle lungefunktion og iltindhold i blodet på samme tid. Specialisten er på den måde online med patienten.

Patienten skal kunne komme i kontakt med Telemedicinsk Center konstant, og udstyret kan i patienternes hjem betjenes via en almindelig fjernbetjening, som de fleste kender.

Det er planen, at udstyr skal stilles op hos tre lungemedicinske specialister, som kan komme i kontakt med patienterne. Telemedicinsk Center på Frederiksberg Hospital bliver placeret i akut modtageafdeling mellem kl. 8-16. Efter kl. 16 vil forbindelsen blive dirigeret om til specialisterne, som har vagt hjemmefra.

I det planlagte kommende forsøg med flere patientforløb bruges de første to timer af en indlæggelse på sygehus til at stratificere patienten efter, om det er en let, en moderat eller svær exacerbation (forværring af tilstanden), de kommer ind med, og om patienten skal udskrives til det virtuelle sygehus.

Rehabilitering af disse patienter er meget ressourcekrævende, og hvis den kunne gennemføres virtuelt med en fysioterapeut og en telemonitor, var der meget at spare. De patienter, der lige er blevet udskrevet fra sygehus efter sin exacerbation, "vil der blive gået stuegang på i cyberspace hver dag i den følgende uge nøjagtigt, som var patienten på sygehus. Når patienten har stabiliseret sig, er der ikke grund til det mere. Derefter vil det være patienten, der åbner forbindelsen, hvis der er behov for det".

Organisering af den kommende indsats

"Der skal være en ansvarlig - en lægelig leder på speciallægeniveau, der skal kunne tage ansvaret for patienten og behandlingen. Øvrige læger refererer til den ansvarlige. Der skal defineres en standardiseret måde at gøre tingene på. De sygeplejersker, der har med det virtuelle hospital at gøre, skal referere til lederen af det telemedicinske center med hensyn til KOL-patienter i det virtuelle hospital. Sygeplejerskerne skal have toda-

geskurser to gange årligt. De vil i forvejen blive håndplukket, som nogen der interesserer sig for lungemedicinske patienter”.

Samarbejde

Der bliver taget røntgenbilleder inden for de første 24 timer, men ellers er der ikke noget samarbejde med de øvrige afdelinger på *hospitalet*. Projektet er i sin indledende fase, så der er ikke fastlagt samarbejdsaftaler endnu.

Hjemmeplejen får nogle nye muligheder for kompetenceudvikling. Det er meningen, at hjemmeplejen skal udføre bl.a. stetoskopi, fordi patienterne kan have vanskeligt ved selv at gøre det (elektronisk stetoskop).

Der har ikke været kontakt med *praktiserende læger* endnu, og deres rolle er ikke defineret. ”Man kunne forestille sig, at de praktiserende læger vil have gavn af et system med direkte adgang til specialafdelingen. Hvis de sidder i deres praksis med en KOL-patient, kunne de bare åbne, og så har de direkte adgang til en specialist på lunge-medicinsk”. ”Når der bliver holdt lidt igen med kontakten til praktiserende læger skyldes det, at der er det synspunkt, at har man en svær KOL, så er man ikke en primær sektor patient”.

Finansiering

Der planlægges et forsøg med 100 patienter på et år, og der er udarbejdet et budget på 2,7 mio. kr. over to år, heraf 1,6 mio. kr. det første år. Dette forudsætter sponsorering af det tekniske udstyr, og at Frederiksberg Hospital sponsorerer den akutte modtageafdelings indsats. De angivne beløb omfatter altså ikke alle reelle omkostninger. Ud over forsøgsperioden vil indsatsen skulle finansieres af hospitalets drift.

Interviewedes vurdering af indsatsen

Der er mange fordele ved konceptet. Monitorering kan faktisk ske hurtigere end på en sygehusafdeling ved et akut opkald fx om natten. Lægen kan ”være der” med det samme, og hvis det er nødvendigt, kan Falck tilkaldes for at indlægge patienten.

Tidsfaktoren kan vise sig at blive et problem. Hvis systemet skal fungere, skal der etableres udstyr med en ADSL-forbindelse til patienten inden for 24 timer. Det kan vise sig at være et problem, at få TDC til det. En ISDN-forbindelse det første døgn vil dog kunne bruges, og det vil kræve et langt mindre indgreb fra TDC. Det kan også blive et

problem at finde det personale, som kan finde ud af et it-system, og som ikke er bange for det. Det er vigtigt at finde de rigtige personer.

5.5 Udfordringer og problemstillinger

Som i det foregående kapitel bygger de formulerede udfordringer og problemstillinger i dette afsnit på eksemplerne på indsats, som er beskrevet ovenfor.

Et centralt emne i relation til udførelsen af plejeopgaver i den primære sektor er organiseringen af den nødvendige ekspertise til at udføre opgaverne. Hjemmesygeplejersker og praktiserende læger er uddannet til at tage sig af de almene behandlings- og plejeopgaver, mens mere specialiserede opgaver forudsættes udført af speciallæger eller på sygehus. Grænsen mellem almene og specialiserede opgaver er imidlertid flydende, og er bestemt af den kompetence, den enkelte sygeplejerske eller læge besidder. For både læger og sygeplejersker gælder: *"at de både er selvstændigt ansvarlige for udførelsen af deres arbejdsopgaver efter god faglig standard og for kun at påtage sig opgaver, hvortil de har de fornødne kvalifikationer og om nødvendigt søge bistand af bedre kvalificerede."* (Amtsrådsforeningen i Danmark 1994; Sundhedsstyrelsen 1998)

I de konkrete tilfælde skal både hjemmesygeplejersker og praktiserende læge have de nødvendige kvalifikationer til at påtage sig ansvaret for pleje og behandling af en patient i hjemmet.

Der kan formuleres to hovedspørgsmål: 1) På hvilke felter kan der etableres permanente ekspertfunktioner i forhold til pleje og behandling i eget hjem frem for ad hoc-inddragelse af eksperter? 2) Hvordan kan det organiseres?

Etablering af permanente ekspertfunktioner

Overvejelser om etablering af permanente ekspertfunktioner inden for plejen i den primære sundhedssektor må i første omgang basere sig på, om patientunderlaget er tilstrækkeligt til, at en sådan funktion kan opretholdes. Det er dels et spørgsmål om, hvorvidt patientgrundlaget er stort nok til, at eksperten kan få vedligeholdt sin viden. Hvis ekspertisen kun bliver brugt med lange tidsintervaller, kan det være vanskeligt at fastholde sin viden. Noget viden kan naturligvis fastholdes gennem teoretisk undervisning, men det er også en forudsætning, at denne viden regelmæssigt bliver brugt i praksis.

Det er endvidere et spørgsmål om patientunderlaget er tilstrækkeligt til, at der oprettes et team fx på sygehus med udgående funktioner.

Eksemplerne på sygeplejersker med specialviden i hjemmeplejen dækker diagnoser eller problemer, som er hyppigt forekommende, men som kan indeholde specielle problemstillinger. Det gælder fx sårbehandling, diabetes, inkontinens, palliation, psykiatri og demens. Når en række kommuner således i en tidligere undersøgelse (Hansen et al. 2004) har angivet, at de har udført eller vil være i stand til at udføre en række mere specielle plejeopgaver vedrørende fx sondeernæring, smertebehandling og dialyse, skyldes det ikke, at kommunerne har særlige sygeplejersker til at udføre dette, men at der fx har fundet oplæring sted i forhold til at udføre behandling og pleje i de konkrete tilfælde.

I mange tilfælde får sygeplejerskerne med specialviden supervision fra andre specialister fra fx sygehus og sparring fra et forum af sygeplejersker med en tilsvarende funktion i andre kommuner. Dette synes at være værdifuldt og peger således på, at det er vigtigt, at sygeplejersker med en specialviden i en kommune indgår i et netværk af tilsvarende sygeplejersker, og at dette netværk har adgang til specialister.

Der skal formodentlig ikke så stort et patientunderlag til, for at det kan svare sig at etablere en udgående funktion på sygehus, selv om eksisterende udgående funktioner typisk dækker felter med et stort patientunderlag fx geriatri, lungesygdomme, psykiatri og palliation. Disse diagnosegrupper medfører endvidere alle typisk et behov for længelevende og/eller gentagne indlæggelser. Det giver ikke på samme måde mening, at etablere en udgående funktion i forhold til behandlings- og plejeforløb, der er afsluttet kort tid efter udskrivningen fra sygehus.

Den udgående funktion vil typisk skulle varetages af personalet på en sygehusafdeling, og de vil skulle fordele deres tid mellem pleje og behandling på afdelingen og pleje og behandling uden for sygehus. Denne fordeling vil kunne variere afhængigt af omfanget af opgaver uden for sygehus, og man kan naturligvis tænke sig teams, som fx dækker et større optageområde og derfor (næsten) udelukkende udfører udgående funktioner. Der kan imidlertid være en afvejning af, om der er opgaver nok til at etablere en udgående funktion frem for at oplære hjemmesygeplejersker (og praktiserende læger) til at udføre behandling og pleje i konkrete tilfælde med supervision.

Afstanden mellem sygehus og patienternes hjem er en anden parameter i overvejelserne om etablering af udgående funktioner. Hvis et sygehus eller en specialafdeling dækker et område med lange afstande til en stor del af patienternes bopæl, kan udgående funktioner betyde, at personalet kommer til at bruge en stor del af deres tid på landevejene.

Som eksemplet med det virtuelle hospital viser, kan nye teknologiske muligheder for monitorering af patienter i hjemmet udvide grundlaget for at udføre udgående funktioner.

Organisering af ekspertfunktioner

Opbygning af ekspertise i primær sektor

Det forekommer indlysende, at der i større kommuner er hjemmesygeplejersker, der har en særlig viden på udvalgte felter, hvor der er komplekse problemstillinger. Det er imidlertid en udfordring at få passet denne funktion ind i organisationen, så sygeplejerskens viden bliver udnyttet.

De fleste større kommuner, som også bliver fremtidens kommuner, er typisk opdelt i flere distrikter. Der kan således være to modeller for specialsygeplejerskernes indplacering i organisationen: a) en central placering med funktioner i alle distrikter eller b) placering i ét distrikt med specialfunktioner i forhold til dette og alle andre distrikter.

En *central placering* forudsætter, at der er tilstrækkeligt med opgaver i specialfunktionen til at udfylde tiden. Opgaverne kan være at bistå de øvrige hjemmesygeplejersker ved komplicerede tilfælde og at undervise de øvrige sygeplejersker inden for det specielle felt. Specialsygeplejersken kan også udføre plejeopgaver, der falder inden for hendes felt, eller som er særligt komplekse. Den centrale funktion forudsætter, at hjemmesygeplejen er centraliseret, så opgaverne kan fordeles mellem sygeplejerskerne i forhold til deres ekspertise. Det er fx tilfældet i Frederiksværk Kommune. Det er imidlertid ikke tilfældet i mange andre kommuner, hvor de enkelte distrikter fungerer autonomt eventuelt i samarbejde med den kommunale hjemmehjælp. Hvis de enkelte distrikter er store nok til hver at rumme en specialfunktion, kommer man ud over dette problem, som i Nyborg Kommune, hvor der er et eksempel på specialsygeplejersker (sår-sygeplejerske) i hvert distrikt.

En placering af en specialsygeplejerske i *ét distrikt* med specialfunktioner også i andre distrikter viser sig at have nogle vanskeligheder. Specialsygeplejerskens kompetence bliver udnyttet i hendes eget distrikt, hvor hun rådgiver kollegaer eller udfører komplekse opgaver, men hun bliver ikke brugt i de øvrige distrikter. Kontakten med de øvrige distrikter er for svag til, at andre sygeplejersker henvender sig, og det kan knibe med at afsætte den fornødne tid til at undervise i de øvrige distrikter. Hvis sygeplejersken derudover skal tage sig af plejen af andre borgere i et distrikt, kan det vise sig, at tiden til de specielle opgaver bliver presset.

Udgående funktioner fra sygehus

Der er gennem de seneste år opbygget udgående funktioner fra sygehus på et stigende antal felter og sygehuse. Udgående teams findes som nævnt fx inden for geriatrien, psykiatrien, lungesygdomme og palliation, og H:S har iværksat projektet *Det Udgående Hospital*. Projektet, der er iværksat i april 2004, sigter på at øge kvalitet og effektivitet af behandlingen af patienter med tre udvalgte kroniske sygdomme: Apopleksi, Kronisk Obstruktiv Lungesygdom og hjerteinsufficiens.

I denne rapport er der taget udgangspunkt i en udgående funktion fra en palliativ enhed, og der foreligger på dette felt (hospice uden mure) en medicinsk teknologivurdering (Poulsen m.fl., 2005), som kort opsummeres.

Medicinsk teknologivurdering af hospice uden mure

Analysen er udført som en medicinsk teknologivurdering af et palliativt netværk Hospice uden mure, som har været etableret i Odder og Skanderborg Kommuner i samarbejde med Odder Centralsygehus. Evalueringen er gennemført i perioden 2001-2002 og sammenlignet med perioden før projektet (1999-2000).

Analysen er baseret på:

- Teknologi: journalgennemgang og caseforløbsbeskrivelser.
- Organisation: Organisationsbeskrivelse og -analyse, semistrukturerede interview, spørgeskemaundersøgelse.
- Patienten: spørgeskemaundersøgelse, fokusgruppeinterview.
- Økonomi: omkostningsopgørelse, kasseøkonomiske konsekvenser.

Patienter i terminalfasen er visiteret ud fra, a) at patienten er uhelbredeligt syg, b) at patienten har forventet kort levetid, c) at patienten har afsluttet helbredende behandling, og d) at patienten har behov for og ønsker palliativ behandling, pleje og omsorg.

Der er blevet opbygget et netværkssamarbejde mellem de involverede parter i pleje- og omsorgsarbejdet med terminalpatienter. Hensigten med at oprette en sådan tværsektoriel organisation var at sikre optimal pleje og behandling med udgangspunkt i patientens og familiens ønsker og behov. Den praktiserende læge og hjemmesygeplejen er fortsat de primære behandlere af smerte, men det palliative team indgår med en rådgivende rolle mellem primærsektor og specialafdelingerne. Der blev før og efter etableringen af projektet gennemført undervisningsforløb med henblik på opkvalificering og kompetenceudvikling hos pleje- og omsorgspersonalet.

De tilbud, som det palliative netværk stiller til rådighed for patienten er:

- Palliativ behandling, pleje og omsorg i eget hjem.
- Åben plejehjemsafslastningsplads.
- Åben indlæggelse på centralsygehus, stamafdeling.
- Palliativ smerteklinik på centralsygehus.
- Ordning med frivillig besøgsven til aflastning af familien.

Det er hensigten med den palliative indsats at tage hånd om fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle/åndelige aspekter.

Den tværsektorielle organisation bestod af primærsektorens privatpraktiserende læge og hjemmesygeplejen samt plejepersonale på plejehjem og i hjemmeplejen, der modtog undervisning i hospicetankegangen og palliativ indsats. Endvidere indgik de relevante afdelinger på centralsygehuset. Der indgik en gruppe frivillige, som bistod ved pleje i hjemmet som frivillige besøgsvenner til aflastning af familien. Det palliative team havde den centrale rolle som rådgivere og koordinører af indsatsen (smertesygeplejersker og anæstesioverlæge).

Hensigten med projektet var at skabe sammenhængende patientforløb, hvorfor samarbejdet er af væsentlig betydning. Der er tale om tre centrale samarbejdsrelationer:

- mellem sygehusafdeling og smerteklinik
- mellem smerteklinik og hjemmeplejen
- mellem smerteklinik og almen praksis

Der er flere aktører, der har kontakt med hinanden, men den helt centrale samarbejdspartner for alle er smerteklinikken. Det er også denne, der står for at koordinere indsatsen.

Hensigten med indsatsen har ikke nødvendigvis været at spare ressourcer, men at sikre en optimal udnyttelse af ressourcerne. Det var antagelsen, at der muligvis kunne spares sengedage på hospitalet. Den samlede ekstraudgift pr. patient ved uændret forbrug af sengedage er beregnet til 29.000 kr. i Odder Kommune og knap 15.000 kr. i Skanderborg Kommune. Det har ikke været muligt at få bekræftet forventningen om, at Hospice uden mure vil medføre et fald i indlæggelserne og indlæggelsestiden på sygehuset, og at udgifterne ved implementering af Hospice uden mure er skiftet fra sygehuset til kommunerne. Snarere viser analysen af henholdsvis liggetidsdata og journaldata, at den samlede liggetid pr. patient er steget en smule. Dette kan måske forklares ved, at Hospice uden mure er i stand til at forlænge patienternes terminale periode lidt, idet patienterne kommer til mange åbne indlæggelser for at få rettet forskydninger i elektrolytbalancen. Dette medfører i sidste ende lidt flere indlæggelser og en lidt længere liggetid. Noget som dog ikke har kunnet verificeres på anden vis.

Det palliative netværk har medført mere potent og dermed hurtigere smertelindring. Der er samtidig opstået større fokus på de palliative symptomer og problemer både på sygehus og i hjemmeplejen. Brugen af aflastningspladser er vokset og muligvis også brugen af åben indlæggelse. Der er ikke sket en reduktion i liggetiden på hospitalet. Der er ikke flere patienter, der har valgt at dø i eget hjem. Der har været vanskeligheder med at få balancen mellem egen læge og det palliative team til at fungere. Teamet har taget over fra lægen. Det er vanskeligt at få samarbejdet til at fungere, og der er en risiko for, at ansvaret for patienten ikke bliver forankret nogen steder pga. netværksstrukturen. Det vil derfor være nødvendigt at afsætte ressourcer til afklaring og rammesætning af ansvarsfordelingen.

Patienter og pårørende har en positiv oplevelse af det palliative netværk, men der findes ikke data fra den foregående periode, hvorfor der ikke kan siges noget om udvik-

lingen i tilfredshed. Netværket har medført en ekstraomkostning på 15.000 til 64.000 kr. pr. patient. Det antages, at det alligevel er billigere end de samlede udgifter ved et rigtigt hospice eller en sengeplads i den tilsvarende tid. Projektet viser, at der ikke sker en forskydning af udgifter fra amtsniveau til kommunalt niveau, men at alle kasser får en ekstraudgift.

Ansvarsplaceringen og den praktiserende læges rolle er centrale spørgsmål ved udgående funktioner fra sygehus. Der er meget forskellige meldinger fra praktiserende læger i forhold til udgående funktioner fra sygehus og øget behandling og pleje i eget hjem. Disse meldinger strækker sig fra praktiserende læger, som frabeder sig mere krævende behandling og pleje i hjemmet, til praktiserende læger, der beklager sig over at være kørt ud på et sidespor, når personale fra en sygehusafdeling tager ud i hjemmet. Selv om der dannes et team mellem sygehuspersonale, hjemmeplejens personale og praktiserende læge omkring den enkelte borger, er der brug for en placering af det lægelige og det sygeplejemæssige ansvar.

Der er to principielle modeller. I *den ene model* er behandling og pleje i hjemmet en forlængelse af sygehusopholdet i eget hjem, og ansvaret er i princippet placeret i sygehusafdelingen (en udvidet definition af en indlæggelse). Det vil almindeligvis indebære, at sygehuspersonale tilser patienten i hjemmet efter behov eller med en vis regelmæssighed. Det udelukker ikke, at ansvaret i konkrete situationer kan uddelegeres, men det skal være eksplicit, når det sker. I *den anden model* kan man tale om tidlig udskrivning, hvor ansvaret er placeret i primærsektoren, og sygehuspersonalet fungerer som konsulenter for praktiserende læge og/eller hjemmeplejen. Sygehuspersonalet superviserer primærsektorens personale, hvilket kan foregå på forskellig vis og kan tilse patienterne sammen med praktiserende læge og/eller hjemmeplejens personale. Denne model kan være lidt kompliceret for såvel patient som fx hjemmesygeplejerske, for skal kontakten ved behov være til den praktiserende læge eller kan sygehusafdelingen kontaktes direkte.

Det er naturligvis ikke simpelt at afgøre, hvornår den ene eller den anden model er mest hensigtsmæssig, eller hvornår den ene model skal afløse den anden i et behandlingsforløb. Der må formodentlig formuleres nogle generelle retningslinjer eventuelt

dækkende forskellige diagnoseområder, men der må også være plads til at aftale ansvaret i det konkrete tilfælde.

”Det virtuelle hospital” løser ikke ansvarsproblemet, som vil være helt det samme, men ”det virtuelle hospital” kan bidrage til at løse et afstandsproblem, idet det vil være muligt at etablere hjemmehospital for borgere med stor afstand til sygehuset, uden at sygehuspersonale skal bruge meget tid på transport. Det udvider således mulighederne for at etablere hjemmehospital.

En kommunal palliativ enhed er en slags mellemløsning mellem sygehuspleje og hjemmepleje og har lighedspunkter med de såkaldte akutstuer. Disse retter sig mod ældre borgere, som har svært ved at klare akut sygdom i hjemmet, men som ikke har brug for udredning eller behandling på sygehus. Der kan være brug for sådanne ”mellemløsninger” i et vist omfang, ligesom der er brug for særlige plejeboliger, men i de fleste tilfælde vil det optimale være at udføre pleje og behandling af ældre borgere i deres vante omgivelser og at undgå miljøskift, hvis der ikke er brug for sygehusbehandling. Udgående funktioner fra sygehus kan naturligvis også dække sådanne ”mellemløsninger”.

5.6 Hvad skal der til, for at flere plejeopgaver kan udføres i den primære sundhedssektor?

I dette afsnit fremhæves, at det er et vigtigt princip,

- at behandling og pleje leveres på en brugervenlig måde og kompetent på billigst mulige niveau

I afsnittet konkluderes i øvrigt,

- at der formodentlig kun vil være behov for mellemløsninger mellem sygehus og eget hjem i begrænset omfang,
- at (udvalgte) hjemmesygeplejerskers kompetence kan udbygges i forhold opgaver, som forekommer hyppigt i hjemmeplejen,

- at der er vanskeligheder med organisatorisk at indplacere hjemmesygeplejersker med specialkompetence, så de bliver brugt,
- at oplæring af hjemmesygeplejersker i forhold til komplekse opgaver i konkrete tilfælde må anvendes i sjældnere forekommende tilfælde,
- at der er gode erfaringer med udgående funktioner fra sygehus, men det er vigtigt at ansvaret for patienterne er placeret,
- at de teknologiske muligheder for via telekommunikation at monitorere patienter i hjemmet langt fra er udnyttet i Danmark.

Flere plejeopgaver i eget hjem?

Før det formulerede spørgsmål besvares, er det naturligt at spørge: Bør flere plejeopgaver udføres i den primære sundhedssektor? I betænkningen fra 1985 om samordning i sundhedsvæsenet (Samordningsudvalget for sundhedsvæsenet, 1985) formuleres bl.a. det hovedsynspunkt, at ydelserne i sundhedsvæsenet bør leveres på en brugervenlig måde, og at ydelser leveres kompetent på det billigst mulige niveau. Mange undersøgelser peger på, at begge hensyn ofte nås ved behandling og pleje i borgernes eget hjem, og især for ældre borgere er der fordele forbundet med at undgå det miljøsift, som en sygehusindlæggelse indebærer (se fx Hansen et al. 2004).

Behovet for mellemløsninger

Behandling og pleje kan principielt udføres i eget hjem, på sygehus eller under midlertidigt ophold i en (kommunal) institution. Indlæggelse på sygehus må naturligvis finde sted, når der er brug for udredning af eksperter og for ekspertbehandling. Når dette ikke er tilfældet, er der mange muligheder for med et godt resultat at etablere behandling og pleje i hjemmet med et relevant tilsyn. Det synes åbenbart, at der i nogle tilfælde kan være brug for at etablere "mellemløsninger" i form af en institution, hvor der kan gives mere intensiv overvågning end i eget hjem, men hvor der ikke er brug for sygehusvæsenets ekspertise. Et eksempel herpå er en kommunal palliativ afdeling og erfaringer med såkaldte akutstuer. Behovet for sådanne mellemløsninger synes imidlertid at være begrænset (se fx Hansen m.fl., 2004), og der kan i de fleste tilfælde være fordele forbundet med at afprøve mulighederne i eget hjem.

Den nødvendige ekspertise og kompetence

En forudsætning for at tilbyde mere behandling og pleje i eget hjem er, at den nødvendige ekspertise og kompetence til opgaven er til stede eller kan tilkaldes inden for rimelig tid. Der er flere modeller til at øge ekspertise og kompetence i den primære sundhedssektor. Der er i det følgende et særligt fokus på kompetencen i hjemmesygeplejen, men en udbygning af plejemulighederne i eget hjem stiller naturligvis også krav til organiseringen af den øvrige indsats i hjemmeplejen og til den praktiserende læge.

Hjemmesygeplejersker med specialkompetence

En model er at udvikle kompetencen i relation til bestemte sygdomme og plejeopgaver hos udvalgte sygeplejersker i kommunernes hjemmepleje. Hensigten er, at de skal tage sig af komplekse opgaver inden for deres kompetencefelt. Denne model vil først og fremmest være relevant i forhold opgaver, som forekommer med en vis hyppighed, så sygeplejerskerne gennem erfaring kan vedligeholde deres kompetence. Det gælder fx de felter, hvor der allerede findes hjemmesygeplejersker med særlig kompetence fx sårbehandling, diabetes og inkontinens. Der vil uden tvivl være flere typer af opgaver eller sygdomme, hvor udvalgte hjemmesygeplejersker med fordel kan gives en særlig kompetence. Modellen har imidlertid sine begrænsninger, fordi der vil være opgaver og sygdomme, som kun vil forekomme sjældent i en kommune, og sygeplejersken vil i sådanne tilfælde ikke kunne vedligeholde sin kompetence gennem erfaringer med opgaverne. Under alle omstændigheder har sygeplejersker med specialkompetence brug for adgang til et fagligt miljø, hvor viden kan udbygges og vedligeholdes, og hvor erfaringer kan udveksles.

Det har endvidere vist sig, at modellen ikke er helt nem at få til at fungere i praksis. Problemet er først og fremmest, at hjemmesygeplejen ofte er organiseret og udføres i adskilte distrikter for at sikre en integration af hjemmesygeplejen med andre ydelser, fx hjemmehjælp. Hvis der i hvert distrikt er tilstrækkeligt med opgaver for en sygeplejerske med en speciel kompetence, kan modellen imidlertid fungere, fordi der er en tæt kontakt mellem sygeplejerskerne, og hjemmesygeplejens opgaver kan eventuelt fordeles i forhold til særlige kompetencer. Alternativet er at etablere hele kommunens hjemmepleje i en selvstændig organisation. I dette tilfælde arbejder sygeplejerskerne også i

distrikter, men der er et central forum, hvor opgaverne kan fordeles. Integrationen af hjemmesygeplejen med andre ydelser begrænses til gengæld i dette tilfælde.

Oplæring i konkrete tilfælde

En supplerende model er at oplære hjemmesygeplejersker i en konkret plejeopgave, når der opstår et behov. Det vil sige i de tilfælde hvor en borger fx udskrives fra sygehus med et specielt plejebenhov (smertebehandling, sondeernæring, iltterapi). Dette vil være relevant i forhold til en række opgaver, hvor der ikke er grundlag for at fastholde en kompetence i hjemmesygeplejen. Denne form for oplæring forekommer allerede de fleste steder og må suppleres med en adgang for sygeplejersken til at få faglig sparring eller supervision under plejeforløbet. Det kan i sådanne tilfælde også være relevant, at der er indgået aftale med praktiserende læge om det lægelige ansvar.

Udgående funktioner fra sygehus

Et alternativ men også et supplement kan være udgående funktioner fra sygehus, som primært har til formål at støtte personalet i den primære sektor. Det vil sige, at fx et udgående team stiller sig til rådighed som rådgivere for hjemmesygeplejersker og praktiserende læger bl.a. ved at deltage i hjemmebesøg for at vurdere og tilrettelægge behandling og pleje og ved at være til rådighed for telefoniske forespørgsler. Det lægelige ansvar er hos den praktiserende læge, og ansvaret for plejen er hos kommunen. Der kan imidlertid også være tale om en opfølgende indsats på en indlæggelse med et sundhedspædagogisk og tryghedsskabende sigte. Et eksempel på dette er et projekt i Frederiksborg Amt, hvor en specialsygeplejerske efter udskrivning aflægger opfølgende besøg gennem et år hos KOL-patienter (Vinther, 2005). Denne indsats retter sig mod patienterne, men plejepersonalet i hjemmeplejen tilbydes også støtte, vejledning og undervisning i forhold til navngivne patienter.

Endelig er der en model, hvor indlæggelsen strækker sig til eget hjem, og hvor sygehuspersonale tilses borgeren efter at have forladt sygehuset. Det kan dreje sig om, at både lægeligt tilsyn og plejen udføres af sygehuspersonale, eller at alene det lægelige tilsyn udføres fra sygehus, mens plejen varetages af kommunen. I dette tilfælde forudsættes det, at det lægelige ansvar er placeret på sygehus.

De teknologiske muligheder for at monitorere patienter i deres eget hjem synes langt fra at være udnyttet i Danmark. I en statusartikel konkluderes, at den mest lovende anvendelse af telemonitorering synes at være i forhold til hjerte- og lungesygdomme som astma, KOL og hjertesvigt (Meystre 2005). Telemonitorering kan reducere komplikationer ved kroniske lidelser takket være bedre opfølgning, kan sørge for sundhedsydelser uden at optage en sygehusseng samt reducere patienters rejsetid og fravær fra arbejde. Adskillige systemer har vist sig at være omkostningseffektive. Telemonitorering er stadig i en tidlig fase, men der synes at være mange muligheder for at forbedre behandling og pleje. Det omtalte forsøg på Frederiksberg og også andre erfaringer viser, at også borgere, der kun har lidt erfaring med at anvende teknologi, er i stand til at betjene det nødvendige udstyr, når man er omhyggelig med at tilpasse udstyret til borgeren (se fx Kobb et al. 2003)

I alle modeller er det helt centralt, at det lægelige og det plejemæssige ansvar er aftalt og placeret og kendt af de involverede, herunder ikke mindst borgeren.

Litteratur

Amtsrådsforeningen (1994): *Sygehusdrift og overenskomster. Myter og realiteter om overenskomster og aftaler på sygehusområdet*. København: ARF.

Hansen, E. B., S. H. Vested og L. Engberg (2004): *Specielle plejeopgaver uden for sygehus - status og udfordringer*. FOKUS.

Hughes, J. & P. Pritchard (1995): *Shared Care. The Future Imperative*, London, the Royal Society of Medicine Press Limited.

Kobb, R., P. Hilsen and P. Ryan (2003): Assessing Technology Needs for the Elderly. Finding the Perfect Match for Home. *Home Healthcare Nurse*. Vol. 21, no. 10, pp. 666-673.

L74 24. februar 2005: Forslag til sundhedslov.

Larsen, T. (2005): *Hjemmetræning af patienter med apopleksi - en medicinsk teknologivurdering*. Center for Medicinsk Teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen. København.

Meystre, S. (2005): The Current State of Telemonitoring: A Comment on the Literature. *Telemedicine and e-health*. Vol. 11, No. 1, pp. 63-69.

Nielsen, J. G. og J. Gerlow (2004): *Evaluering af projekt for familier med overvægtige børn*. UFC Børn og Unge, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Københavns Kommune, Folkesundhed København, Juliane Marie Centret, Rigshospitalet og Institut for Human Ernæring, Den kgl. Veterinær- og Landbohøjskole. København.

Poulsen, P. B., A. Kolbye, N. Rajani og A. Hornemann (2005): *Hospice uden mure - medicinsk teknologivurdering af et palliativt netværk i samspil mellem sektorer*. Center for Medicinsk Teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen. København.

Samordningsudvalget for sundhedsvæsenet (1985): *Samordning i Sundhedsvæsenet*. Betænkning nr. 1044. København.

Sundhedsstyrelsen (1998): *Vejledning om medicinadministration og patienters selvadministration af medicin*. København.

Vinther, K. (2005): Sygeplejerskeintervention for KOL-patienter og pårørende. *Sygeplejersken*. 13/2005, pp. 40-51.

Willaing, I., N. Folmann og A. B. Gisselbæk (2005): *Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning - en litteraturgennemgang med fokus på metoder og effekt*. Center for Medicinsk Teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen. København.

Rapporten kan bestilles hos FOKUS på
FOKUS' hjemmeside: www.fokus-net.dk
E-mail: publ@fokus-net.dk
Tlf.: 35 29 81 00
Fax: 35 29 83 35

Rapporten koster kr. 50,- inkl. moms, ekspedition og forsendelse. Rapporten kan læses og udskrives gratis fra FOKUS' hjemmeside: www.fokus-net.dk

Rapporten har bestillingsnummer 7364

© FOKUS og forfatterne
Forsidelayout: SisterBrandt
Tryk: Amtsrådsforeningen
Oplag: 500

ISBN nr. 87-90837-40-1



Denne rapport beskriver med udgangspunkt i eksempler på allerede etablerede initiativer muligheder, forudsætninger og udfordringer for kommunernes fremtidige opgaver inden for

- forebyggelse
- pleje
- genoptræning

Rapporten giver ikke en færdig opskrift på, hvordan kommuner og regioner kan eller skal indrette sig på sundhedsområdet, når kommunalreformen træder i kraft, men peger på nogle problemstillinger og muligheder, der skal tages stilling til ved opgavetilrettelæggelsen.

En central problemstilling er at sikre, at den nødvendige ekspertise er til stede eller tilgængelig i den primære sektor, og rapporten peger her på nogle muligheder. En anden central problemstilling er at opbygge samarbejdsrelationer mellem sekundær og primær sundhedssektor, der sikrer borgerne et sammenhængende behandlingsforløb.