|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
| **SOCIALUDVALGET** |
| **Formanden** |
|  |
| Dato: 20. august 2014 |
|  |
| Tlf. dir.: 4477 2921 |
| E-mail: inkr@balk.dk |
| Kontakt: Inge Kristensen |
| Sagsnr.: 27.03.00-A00-1-14 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Notat**

**Udvikling af Det nære sundhedsvæsen i Ballerup kommune, herunder overvejelser om fremtidige mål og organisering på ældreområdet**

**Disposition**

1. Baggrund
2. Udviklingen på sundhedsområdet – det nære sundhedsvæsen
3. Nationale udspil på sundhedsområdet vedr. ”Det nære sundhedsvæsen”
4. Status på sundhedsområdet i Ballerup
5. Sammenfatning
6. Mål/Principper for sundhedsområdet, herunder ældreområdet i forhold ti organisering

Bilag

1. **Baggrund**

Sundhedsområdet – ”det nære sundhedsvæsen” – er i en rivende udvikling i kommunerne. Området er genstand for en række nationale tiltag og forventninger, borgerforventninger, og der er allerede – og vil komme yderligere – pres på ressourcer og kompetencer til at løse opgaverne på området. Politisk er der interesse for området i Ballerup Kommune, men området og den udvikling, der er i gang, er vanskelig at formidle, da der på en række områder er tale om etablering af et nyt - eller i hvert fald ændret - opgavefelt.

Der er derfor behov for at se området i en større sammenhæng i forhold til den udvikling, der finder sted og i forhold til hvordan området i kommunen kan understøttes bedst muligt, og ressourcerne udnyttes bedst, også i fremtiden.

Oplægget behandler således en række emner relateret til ”det nære sundhedsvæsen”, der danner baggrund for overvejelser om den fremtidige organisering af området.

1. **Udviklingen på sundhedsområdet – det nære sundhedsvæsen**

I de senere år har den kommunale sundhedsopgave undergået en markant udvikling. Kommunernes opgave på området bliver stadigt større og mere kompleks – og den traditionelle forståelse af hvad sundhedsopgaven er og går ud på i kommunerne, er under kraftig forandring.

Udviklingen er beskrevet i en række sammenhænge, med lidt forskelligt fokus, men kan i korte træk beskrives som begrundet i:

* **Opgaveflytning med strukturreformen**: kommunerne fik en øget opgaveportefølje, bl.a. opgaver vedr. patientrettet forebyggelse, genoptræning mv.
* **Faglig udvikling:** Den øgede specialisering – begrundet i ny viden og øgede behandlingsmuligheder, ny og bedre medicin samt ny organisering øget viden i plejesektoren mv., betyder, at borgerens behandling på hospitalet er afkortet væsentligt og at ”efter-behandling” og pleje i stigende omfang finder sted i hjemmet, herunder på plejecentre eller via hjemmeplejen. Og opgaven i kommunen bliver mere og mere *akut* – pga. tidlige udskrivninger og pga. skærpede retningslinjer (fx via såkaldt accelererede patientforløb på hospitalerne med massiv behandling i kort tid eller på svangreområdet, hvor Sundhedsstyrelsen nu ”anbefaler” besøg senest 4-5 dage efter udskrivelse, og dermed også i weekenden). Også forebyggende opgaver/rehablitering er i stigende grad baseret på forskning eller på effekter målt ved kvalitetsparametre, og koordinering bliver en større og større selvstændig opgave.
* **Demografi og livsstil**: Andelen af ældre i befolkningen er stærkt stigende. Mange med et godt helbred, men også mange med flere kroniske sygdomme og en stigende andel med kognitive vanskeligheder, herunder især demens. Samtidig er såkaldte kroniske sygdomme, herunder kræft i fremmarch – dels pga. livsstil, dels pga. alder. Samtidig kan mere og mere behandles, og livstruende sygdomme er nu hyppigt ikke noget man dør af, - men noget man dør med. Men dermed har de borgere, der skal behandles i ”det nære sundhedsvæsen” også ofte mere komplekse sygdomsbilleder. Der dukker også nye problemstillinger op, herunder at udviklingshæmmede får demens og en generel øgning af kognitive problemstillinger sammen med somatiske sygdomme, en øget forekomst (eller diagnosticering) af angst og depression mv.

Samtidig er der sket en opgaveoverdragelse fra hospitaler (sekundær/tertiær sektor). Overdragelsen er sket hurtigt, - men ikke altid aftalt - siden Strukturreformens gennemførelse.

Udviklingen har fundet sted på både det somatiske område (fysiske sygdomme) og vedr. det psykiatriske område (sindslidelser), og må forventes kun at blive bestyrket i de kommende år.

”Sundhedsområdet” i en kommune i dag omhandler altså ikke alene forebyggelse og sundhedsfremme, men også ældreområdet og det psykiatriske område, med stærke relationer og sammenhænge til beskæftigelsesområdet og handicapområdet. Det er ikke i alle sammenhænge erkendt og anerkendt, at kommunerne skal løse en række opgaver efter Sundhedsloven (se bilag 1 for en kort oversigt over kommunale opgaver på sundhedsområdet).

Sundhedsområdet spænder således fra ”vugge til krukke” – fra sundhedspleje til den sidste – nogle gange meget svære tid, hvor lindrende pleje (palliativ behandling) er alfa og omega. Kommunernes opgaver bliver – både i hjemmepleje, på plejecentre og i sundhedsplejen stadigt mere akutte, og kræver større specialisering/faglighed.

Der er en helt anden tradition på det regionale sundhedsområde (det sekundære sundhedsvæsen, hospitalerne), end der er på det traditionelle socialområde: evidens, data og resultatmål er basis for udviklingen på sundhedsområdet, og det er i høj grad et naturvidenskabeligt paradigme, der hersker: på sundhedsområdet er der det almindeligt anerkendt at der er ”noget, der er bedre end noget andet”. Der er en del års tradition for kvalitetsudvikling, baseret på data og en meget stærk forskningstradition på det medicinske område. I takt med at kommunerne løser stadig flere opgaver, der tidligere ville have hørt hjemme på et hospital er det alene af den grund nødvendigt at iagttage en række af de samme forhold, som gør sig gældende på hospitaler.

Samtidig er der – på den anden side - i det det sekundære sundhedsvæsen i de senere år en langt større interesse for brugerinddragelse og ”det hele menneske”, og er i stigende grad interesse for organisatoriske aspekter og for udvikling af plejen. Der er således i de senere år udviklet en ganske stærk forskningstradition inden for plejeområdet, der ellers har været relativt underbelyst.

Disse faktorer gør alle, at sektorerne i højere grad smelter sammen og nærmer sig hinanden, og opgaver umærkeligt glider over i hinanden, dog med den væsentlige problemstilling, at det ikke understøttes af de to fremherskende lovgivninger på området, hhv. Serviceloven og Sundhedsloven.

Så kommunerne har altså fået en stor opgave, der kun vokser i de kommende år. Det er nærliggende at kalde hele området for ”det nære sundhedsvæsen”, da det i vidt omfang fanger, at opgaverne kredser om den sundhedsopgave, der ligger i ”det levede liv” i hjemme og i nærområdet – og ikke den del af sundhedsopgave, der ligger i episodiske behandlinger på et hospital.

1. **Nationale udspil på sundhedsområdet, vedr. ”Det nære sundhedsvæsen”**

Gennem de senere år er udviklingen på området gået meget stærkt og der udkommer næsten månedligt store og omfattende rapporter og analyser på området, med tilhørende handlingsplaner mv.

Senest har Regeringen udgivet udspillet ”Mere borger, mindre patient”, der både titel og indhold forstærker fokus på borgerens sundhedstilstand, når vedkommende er udenfor hospitalet. Udspillet har dannet udgangspunkt for Økonomiaftale 2014, hvor der på sundhedsområdet er afsat yderligere midler til styrkelse af den kommunale indsats.

I 2013 udkom Hjemmehjælpskommissionens rapport - en rapport, der nu er anledning til justeringer i den kommunale indsats i form af øget rehabilitering.

KL har allerede primo 2012 udgivet sit udspil om ”Det nære sundhedsvæsen”, som slog kommunernes nye og ændrede opgave fast. I 2013 har alle KKR, herunder KKR Hovedstaden, formuleret politiske målsætninger om det nære sundhedsvæsen, inkl. på psykiatriområdet -målsætninger som nu skal konkretiseres og implementeres.

Det hedder i KKR Hovedstadens politiske målsætninger:

*” I takt med at hospitalerne løser stadigt mere specialiserede opgaver varetager kommunerne i samarbejde med de praktiserende læger de nære sundhedsopgaver tæt på borgeren.*

*Samspillet mellem det specialiserede og det nære sundhedsvæsen skal understøttes og udbygges, så den enkelte borger får og oplever en sammenhængende og koordineret indsats.”*

Sundhedsområdet er løbende genstand for mange nye retningslinjer pga den omfattende, ofte forskningsbaserede viden, på området. Der kommer løbende nye retningslinjer, som skal eller bør implementeres, fx Sundhedsstyrelsens forebyggelsepakker, forløbsprogrammer (senest for kræft), nye retningslinjer for svangreomsorg, nationale retningslinjer for demensbehandling osv.

Hertil kommer implementering af store fælles it-systemer mv., fx Det Fælles Medicinkort (FMK), som alene i Region Hovedstaden omfatter ca. 70.000 brugere.

Samtidig er der en stigende erkendelse (bl.a. meget stærkt understreget i Hjemmehjælpskommissionens rapport) af, at forebyggelse og rehabilitering er en krumtap i sikringen af, at borgerne kan klare sig bedst og længst muligt, uden støtte fra (kommunale) sundhedspersoner. Rehabiliteringstankegangen bør – også jf. Ballerup Kommunes befolkningssammensætning (se nedenfor) være et nøgle-element i kommunens indsats på sundhedsområdet, men også tilgrænsende områder.

For at sikre et sammenhængende forløb for borgerne er et meget tæt samarbejde med praktiserende læger og med hospitalerne afgørende. Samarbejdet reguleres af sundhedsaftalerne, som er skrevet ind i Sundhedsloven og hvis temaer er centralt fastsatte. Der er desuden løbende tiltag til at styrke samarbejdet, bl.a. det regionale ”Kronikerprogram”, samarbejde om udarbejdelse af en sundhedsprofil for alle kommuner og senest er det i Økonomiaftalen med regionerne aftalt, at der afsættes 250 mio. kr. til tværsektorielt samarbejde.

1. **Status på sundhedsområdet i Ballerup Kommune**

Pt. er sundhedsområdet har frem til 2013 i vidt omfang været anskuet som det man kan kalde ”primær forebyggelse og sundhedsfremme”, dvs. at fokus på sundhedsområdet er på den direkte borgerrettede forebyggelse. Pr. tradition er den sociale lovgivning i fokus i kommunerne, og således også i Ballerup Kommune.

Traditionelle opgaver på sundhedsområdet i kommunerne er den primære sundhedspleje for børn samt tandplejen. Der er et solidt samarbejde mellem SundhedsHuset og sundhedsplejen på en række områder, men det er kun i begrænset omfang understøttet organisatorisk og områderne er generelt kun i begrænset omfang tænkt sammen med øvrige områder.

Imidlertid er der, som tidligere anført, med Strukturreformen og opgaveoverdragelse flyttet en væsentlig del af Sundhedsloven ”ind” i kommunerne. Disse opgaver er stærkt sammenhængende med forebyggelsesopgaverne og de ”gamle” opgaver på sundhedsområdet.

Ballerup har en række styrkeområder, som skal fastholdes og videreudvikles:

1. **Fokus på forebyggelse**: der har i en årrække været fokus på borgerrettet (primær) forebyggelse, og der er i SundhedsHuset, i Sundhedsplejen og i Tandplejen solide kompetencer og solide indsatser. Samtidig har gennem de seneste år været fokus på rehabilitering, dels via en god implementering af forløbsprogrammer for kronikere, dels via etableringen af et team til ”hverdagsrehabilitering”. De to sidstnævnte aktiviteter er dog endnu ikke fuldt ud integreret i det man kan kalde en ”driftssituation”.
2. **Solid drift**. Både på plejecentre og i hjemmepleje er der en solid drift, og der en betydelig forandringsparathed. Der er i de senere år lavet en betydelig udbygning på plejecenterområdet, der gør at rammerne for indsatserne er gode.
3. **Tradition for afprøvning og projekter**. Kommunen har traditionelt deltaget i en række projekter, og Ballerup har, i forhold til størrelse, en relativt stor indsats i forhold til fx velfærdsteknologi.
4. **Forum omkring det nære sundhedsvæsen**. Der er med baggrund i kronikerindsatsen i kommunen, etableret et tværgående ledelsesforum, der kan behandle emner af relevans for udviklingen af området. Organiseringen er solid og fremsynet.

Ballerup Kommune har en række udfordringer på sundhedsområdet:

1. **Kompetenceniveauet:** På det plejefaglige område er der et betydeligt efterslæb. Der er pt. ansat 35 sygeplejersker i hjemmeplejen, hvilet er et meget lavt antal, sammenlignet med andre kommuner og utilstrækkeligt med den type af opgaver, der skal løses. Til sammenligning er der i Holbæk Kommune ansat 43 sygeplejersker i hjemmeplejen. Der er meget få specialister ansat indenfor fx sår mv. Desuden bliver opgaverne for hjemmeplejen meget mere akutte med den overdragelse, der er fundet sted og som accelerer, og koordineringen bliver stadig mere kompleks. Også andre kompetencer mangler. Fx er stort set ikke ansat personer med pædagogisk baggrund, hvilket bliver stadig mere nødvendigt og påkrævet: i de retningslinjer, der nu kommer på demensområdet er tværfaglig indsats, bl.a. med pædagoger og med træning evident. Også på forvaltningsniveau mangler kompetencer, da der er et presserende behov for data-analyse systematisk ledelsesinformation, bl.a. som følge af de krav, der er opstillet i økonomiaftalen.
2. **Sundhedsprofilen:** Ballerup har samme demografiske udfordringer på ældreområdet, som skitseret ovenfor. Samtidig har Ballerup en befolkning, der i vid udstrækning er disponeret for sundhedsproblemer. Antallet af borgere med kroniske sygdomme er i stigning, der ses mange børn og unge med fx overvægtsproblemer, og sundhedsproblemer er (jo) i vidt omfang også et problem i forhold til uddannelse og beskæftigelse. Der ses øgede problemer i relation til alkohol og andet misbrug. Der er i de senere år sket en voldsom stigning i antallet af især unge med psykiske problemer. Ballerup har en befolkning med et relativt lavt uddannelsesniveau, og dermed risiko for ulighed i sundhed med muligt højere plejebehov og lav middellevetid.
3. **Organisering og sammenhæng:** Der er en høj grad af sektoropdeling både internt i Center for Social og Sundhed og i kommunen som helhed. Der er igangsat en omfattende proces i forhold til at sikre tilstrækkeligt samarbejde mellem fx træningsområdet og øvrige områder, mellem plejecentre og hjemmepleje, mellem SundhedsHus og sundhedspleje osv. Desuden er der udfordringer i samarbejdet mellem fx socialpsykiatri og beskæftigelsesområde, og mellem SundhedsHus og fx skoler og børneområdet. Simultant er der – samtidig med at opgaverne på området er vokset – sket en betydelig reduktion af personaleressourcer, der centralt arbejder med området, og der er ikke som i mange andre kommuner en dedikeret strategisk afdeling/enhed til området, jf. også afsnittet om kompetencer.
4. **Volumen og eksternt samarbejde**. På en række områder klarer Ballerup sig godt, set i forhold til andre kommuner i Hovedstaden. Det drejer sig bl.a. om genindlæggelser, som er et fokusområde i en række sammenhænge. Men Ballerup er – groft sagt - en lille kommune i den dårligste region! På sundhedsområdet er der – bl.a. qua det stigende behov for en akut indsats og større specialisering – behov for et betydeligt samarbejde med andre kommuner. Der er i den seneste tid taget initiativ til tværkommunalt samarbejde på kræftområdet, på akutområdet (etablering af akutteam) samt i socialpsykiatrien og der er formentlig en række andre områder på vej, fx vedr. palliation og misbrugsområdet. Visse sundhedsplejeydelser kunne også med fordel indgå i tværkommunale samarbejder, fx vedr. weekenddækning til barselsbesøg (som nu er et krav via Sundhedsstyrelsens nye retningslinjer). Men også vedr. den primære forebyggelse vil der være gevinster ved samarbejde på en række områder. I den kommende sundhedsplan og dens afledte effekter skal fastlægges hvilke tilbud, der skal være i Ballerup. Bedst ville det være, hvis en sådan plan rakte ud over alle kommuner i klyngen/regionen. Der er også behov for at udbygge samarbejde med regionens institutioner betydeligt, - både på det somatiske og det psykiatriske område og på bl.a. svangreområdet. Især de stærkt forkortede indlæggelsestider gør det nødvendigt, og der skal på en række områder udarbejdes fælles kvalitetsstandarder.

Der har i Ballerup været en tradition for, at ældreområdet har haft sin egen ”ø”. Men sundheds- og ældreområdet kan, som det fremgår, ikke ses isoleret, og der er behov for en samtænkning af områderne, hvis der skal ske den faglige udvikling, som er nødvendig og den optimale udnyttelse af ressourcerne. Tilsvarende gælder i en vis udstrækning for fx psykiatriområdet.

1. **Sammenfatning**

Samlet set er det i forhold til en fremtidig organisering er det således, set fra administrationen, væsentligt at have fokus på, at:

* Det er ikke meningsfuldt at tale om ældre, psykiatri og sundhed som adskilte ”sektorer” – alle områder er en del af ”det nære sundhedsvæsen” og er stærkt sammenhængende.
* Der er et stort behov for styrkelse, herunder kompetencemæssigt, af det samlede sundhedsområde.
* Samtidig er der behov for en fokusering af indsatser og opstilling af mål og indikatorer.
* Tværkommunale samarbejder, tværsektorielle samarbejder og tværfaglige samarbejder skal udbygges markant, hvis området skal lykkes.
* Det strategiske fokus og den politiske opmærksomhed på området bør øges.
* Den interne sammenhængskraft på området skal styrkes.

1. **Mål/Principper for sundhedsområdet, herunder ældreområdet i forhold til organisering:**

Det er væsentligt, at WHOs definition af kvalitet på sundhedsområdet iagttages:

* Høj professionel standard
* Effektiv ressourceudnyttelse
* Minimal patientrisiko
* Høj (patient)tilfredshed
* Sammenhæng i patientforløbet
* Lighed.

Ud fra denne definition samt beskrivelsen af udfordringer mv. ovenfor, er det administrationens opfattelse, at følgende principper bør gælde for en kommende organisering på social- og sundhedsområdet:

* **Sundheds- og ældreområdet i Ballerup Kommune skal kunne leve op til de forventninger, der stilles nationalt og regionalt og gerne være dagsordensættende**
* **Der skal være et betydeligt hensyn til, at fagligheden på området udvikles og de rette kompetencer er til stede**
* **Der skal være en balance mellem sundhedsfaglighed og omsorg, der altid betyder, at det er borgeren, der er i centrum**
* **Ressourcerne skal udnyttes optimalt på tværs af social- og sundhedsområdet**
* **Der skal sikres sammenhæng i indsatser, så borgerne oplever sammenhæng.**

Samlet set er der behov for at overveje om den nuværende organisering i fuldt omfang understøtter udviklingen vedr. det nære sundhedsvæsen i Ballerup Kommune, jf. ovenstående.

**Bilag 1**

* **Forebyggende sundhedsydelser til børn og unge***:* Den kommunale sundhedstjeneste
* **Kommunal tandpleje***:* Tandpleje til børn og unge, Omsorgstandpleje & Specialtandpleje
* **Behandling for misbrug**
* **Lægelig behandling for stofmisbrug**
* **Genoptræning***:* Efter indlæggelse (Sundhedsloven), og uden indlæggelse (Serviceloven)
* **Hjemmesygepleje** *(Servicelov og sundhedslov)*
* **Forebyggende hjemmebesøg** *(Serviceloven)*
* **Forebyggelse og sundhedsfremme:** *(Sundhedslov)* at skabe rammer for en sund levevis ved at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

**Psykiatri (***Servicelov***)** er i Sundhedsloven ikke nærmere beskrevet som en kommunal opgave, men der er via sundhedsaftalerne (i begrænset omfang) og ved uaftalt opgaveglidning (i vidt omfang) en yderligere opgave i kommunerne. Psykiatrien er dog beskrevet indirekte, idet en række opgaver og forpligtelser er de samme somatisk og i psykiatri.