

Sundhed og Ældre
Rådhuset, Torvet
7400 Herning
Tlf.: 9628 2828

www.herning.dk

Kontaktpersoner:
Anne Christmann Rams-
gaard
Inge Voer Laursen

Dato: 9. september 2014

Notat

Udvikling i det nære sundhedsvæsen

Indhold

1. Indledning.....	3
2. Det nære sundhedsvæsen og udviklingstendenserne kort fortalt.....	4
2.1. Kort om det nære sundhedsvæsen og sundhedsaftalerne	4
2.2. Udviklingstendenserne i Herning Kommune	6
3. Uddybning af udviklingstendenser i Herning Kommune.....	8
3.1. Hjemmesygeplejen	8
3.2. Hjemmehjælpen, § 83.....	11
3.3. Komplekse borgere på plejecentre	12
3.4. Hjælpebidler	13
3.5. Træning (TAK) og genoptræningsydelser	14
3.6. Køb af ydelser i andre kommuner	15

1. Indledning

Sundhed og Ældre i Herning Kommune kan konstatere, at en række kommunale opgaver i det nære sundhedsvæsen er under pres.

Presset kommer særligt til udtryk i hjemmesygeplejen, hjemmeplejen, på plejecentre og hjælpemiddelområdet, hvor der opleves et stigende antal opgaver med øget kompleksitet.

Det stigende opgavepres og den øgede kompleksitet kan henføres til:

- Opgaveglidning fra hospitalsvæsenet til kommunen.
- Kortere indlæggelsesforløb på hospitalerne.
- Mere ambulante behandling og behandling i eget hjem.
- Flere ældre og flere med kroniske sygdomme.

Kommunerne og regionener arbejder løbende på at sikre sammenhænge og koordinering af patientforløb. Dette sker bl.a. gennem 4-årige sundhedsaftaler. Den kommende sundhedsaftale indgås for perioden 2015-18.

Dette notat vil kort redegøre for sammenhænge mellem det nære sundhedsvæsen og hospitalerne, formålet med sundhedsaftalerne og det pres, som opleves i kommunerne.

Dernæst vil der være en redegørelse for det opgavepres, som opleves i Herning Kommune.

2. Det nære sundhedsvæsen og udviklingstendenserne kort fortalt

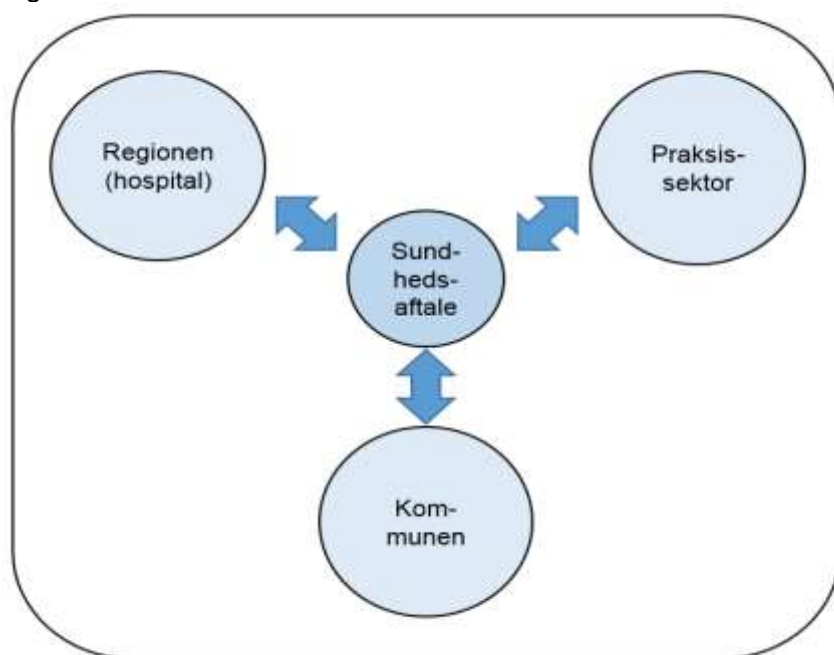
2.1. Kort om det nære sundhedsvæsen og sundhedsaftalerne

Det nære sundhedsvæsen defineres som alle sundhedstilbud tæt på borgeren. Det omfatter således alle kommunale sundhedsopgaver, alle opgaver inden for praksissektoren og enkelte hospitalsopgaver uden for hospitalsregi.

De kommunale sundhedsopgaver i det nære sundhedsvæsen omfatter primært rehabilitering, forebyggelse og sundhedsfremme og håndtering af en lang række omsorgs- og plejeopgaver. Men det går også i retning af behandlende opgaver og akutopgaver.

Kommuner og regioner indgår 4-årige sundhedsaftaler. Formålet med indgåelse af sundhedsaftalerne er at bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatsen i de patientforløb, der går på tværs af hospitaler, almen praksis og kommune.

Figur 1: Sundhedsaftalerne



Kilde: Egen tilvirkning.

Sundhedsaftalerne omfatter områderne:

- Forebyggelse.
- Behandling og pleje.
- Genoptræning og rehabilitering.
- Sundheds-it og digitale arbejdsgange.

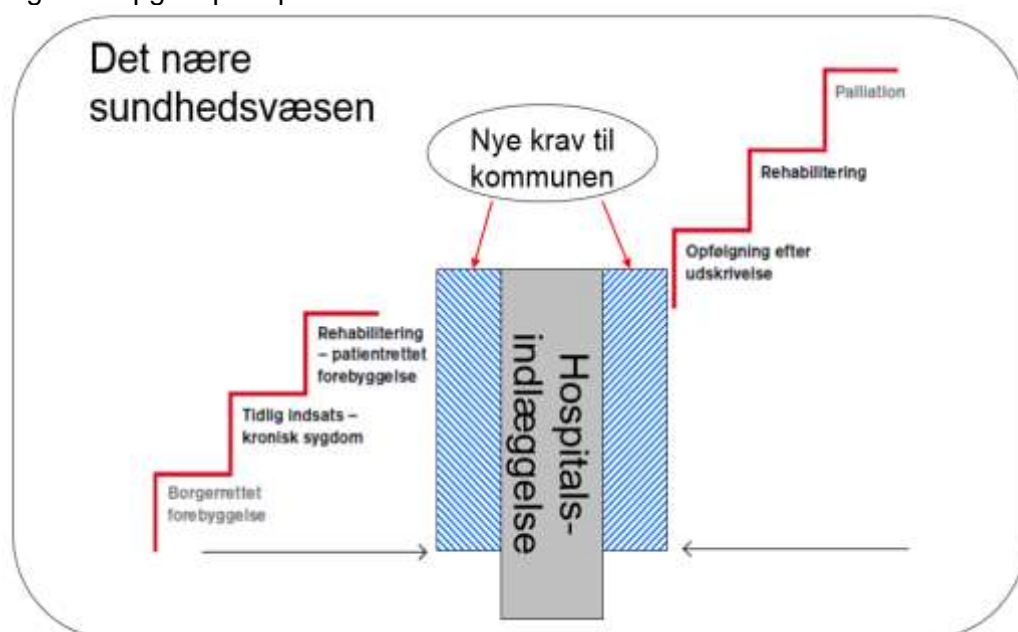
Sundhedsaftalen på de fire indsatsområder skal derudover tage udgangspunkt i bl.a. arbejdsdeling og samarbejde samt koordinering af kapacitet.

For Herning Kommune er det i forbindelse med indgåelse af sundhedsaftalerne relevant at have fokus på snitflader og opgavefordeling mellem det nære sundhedsvæsen og hospitalerne.

Der lægges i sundhedsaftalerne (også den kommende sundhedsaftale i Region Midt) op til, at flere sundhedsydelser skal ske tæt på borgeren, dvs. i det nære sundhedsvæsen. Der er tale om en kontinuerlig og dynamisk proces, hvor flere sundhedsydelser kommer til at foregå i kommunalt regi.

Dette giver et stigende opgavepres på kommunerne, hvilket er illustreret i figur 2.

Figur 2: Opgavepres på det nære sundhedsvæsen



Kilde: Det nære Sundhedsvæsen, KL, 2012, samt egen tilvirkning.

Opgaveglidning og flytning af opgaver fra hospitalerne til kommunerne på sundheds- og ældreområdet medfører, at kommunerne løser flere og mere komplekse behandlings- og plejeopgaver.

De kommunale indsatser kommer, som led i udviklingen, tættere og tættere på selve hospitalsindlæggelsen. Det er derfor nødvendigt, at der sker en øget specialisering af bl.a. den kommunale sygepleje.

Sundhedsaftalerne har indtil nu ikke indeholdt eksplicitte aftaler omkring finansiering af opgaveglidning mellem sektorer.

2.2. Udviklingstendenserne i Herning Kommune

Sundhed og Ældre i Herning Kommune kan konstatere, at en række områder er under økonomisk pres grundet et stigende aktivitetspres. Aktivitetspreset henføres et stigende antal opgaver med en stigende kompleksitet.

En del af stigningen kan henføres til den demografiske udvikling. Herning Kommunes demografimodel kompenserer Sundhed og Ældre for stigningen i antal ældre i hjemmehjælpen, sygeplejen og træning i TAK. Aktivitetsstigningen er imidlertid større end demografien tilsiger.

Sundhed og Ældre er presset fra flere fronter. Der dels en synlig opgaveglidning, hvor konkrete opgaver flyttes fra hospitalsvæsenet til Herning Kommune, og dels en usynlig opgaveglidning, hvor Sundhed og Ældre påtager sig en mere intensiv plejeindsats i forbindelse med forebyggelse af indlæggelser.

Et eksempel på en synlig opgaveglidning er iv-behandling, som fra 2013 også varetages af sygeplejen i Herning Kommune.

Begge typer af opgaveglidning er i tråd med sundhedsaftalen, men trækker på de kommunale ressourcer.

De områder, hvor der særligt konstateres et pres, er:

- Sygeplejen
- Hjemmehjælp
- Plejecentre, permanente og midlertidige pladser
- Hjælpebidler og
- Træning (TAK) og genoptræningsområdet.
- Køb af ydelser i andre kommuner

I sygeplejen og hjemmeplejen kan stigningerne i aktivitetsniveauet og plejetyngden opgøres:

- I sygeplejen stiger aktiviteten svarende til 3,5 mio. kr. årligt, hvor den befolkningsmæssige udvikling i henhold til demografimodellen alene tilsiger en stigning på ca. 1 mio. kr. Kompleksiteten i sygeplejeopgaverne stiger med ca. 7 % årligt. Hovedparten af aktivitetsstigning de seneste 1½ år kan henføres til 6 konkrete sygeplejeopgaver; Stomipleje, sårpleje, insulin, IV-behandling, medicinadministration og sondeernæring.
- I hjemmeplejen stiger aktivitetsniveauet. Dette kan primært henføres til, at plejetyngden stiger med ca. 2,2 mio. kr. årligt. Demografimodellen kompenserer for den demografiske udvikling.

Plejecentrene i Herning Kommune oplever et stigende arbejdspress. Dette pres kan imidlertid ikke dokumenteres, da der ikke foreligger aktivitetsregistreringer. Der er dog en række indikatorer, som kan understøtte et stigende pres.

For det første påtager plejecentrene sig plejeintensive opgaver for beboere, hvor indlæggelse forebygges.

For det andet opleves det, at borgernes plejebestanden er mere komplekse, når de ønsker en plejebolig. Dette understøttes af, at beboerne gennemsnitligt bor en lidt kortere periode på plejecentrene frem til deres bortgang (død) end tidligere, og at der er et øget flow af beboere.

Hjælpemiddelrådgivningen, som varetager visitation og bevilling af hjælpemidler, oplever et afledt pres af de opgaver, som Herning Kommune påtager sig i det nære sundhedsvæsen. Der har været en stigning i antal nye sager på 25 % fra 2011 til 2013. Ventetiden på sagsbehandling er steget, og der ses en stigning i antal sager, som ikke overholder sagsbehandlingsfristerne.

Sundhedsaftalerne og derved udviklingen i det nære sundhedsvæsen har i de første år efter kommunalreformen haft stor fokus på genoptræning og forebyggelse. Dette har medført et pres på genoptræningsområdet, som tilsyneladende er stagneret fra 2012, men fortsat er på et højt niveau. Om væksten alene skyldes, at området har haft særlig fokus i sundhedsaftalerne, eller om det også er en konsekvens af, at det er "omkostningsfrit" for hospitalerne at lave genoptræningsplaner, kan ikke vurderes.

På det mellemkommunale område ses også et stigende udgiftsniveau, hvilket både tilskrives flere borgere og dyrere borgere, som modtager hjemmehjælp og er bosat på plejecenter i andre kommuner.

Samlet må det konstateres, at det nære sundhedsvæsen er under forandring. Forandringerne følger de nationale visioner for det nære sundhedsvæsen. De udfordringer og det aktivitetspres, som ses Sundhed og Ældre i Herning Kommune, kan henføres til, at det kan være vanskeligt at håndtere opgaven, hvis princippet om, at "pengene følger borgeren", ikke er gældende.

3. Uddybning af udviklingstendenser i Herning Kommune

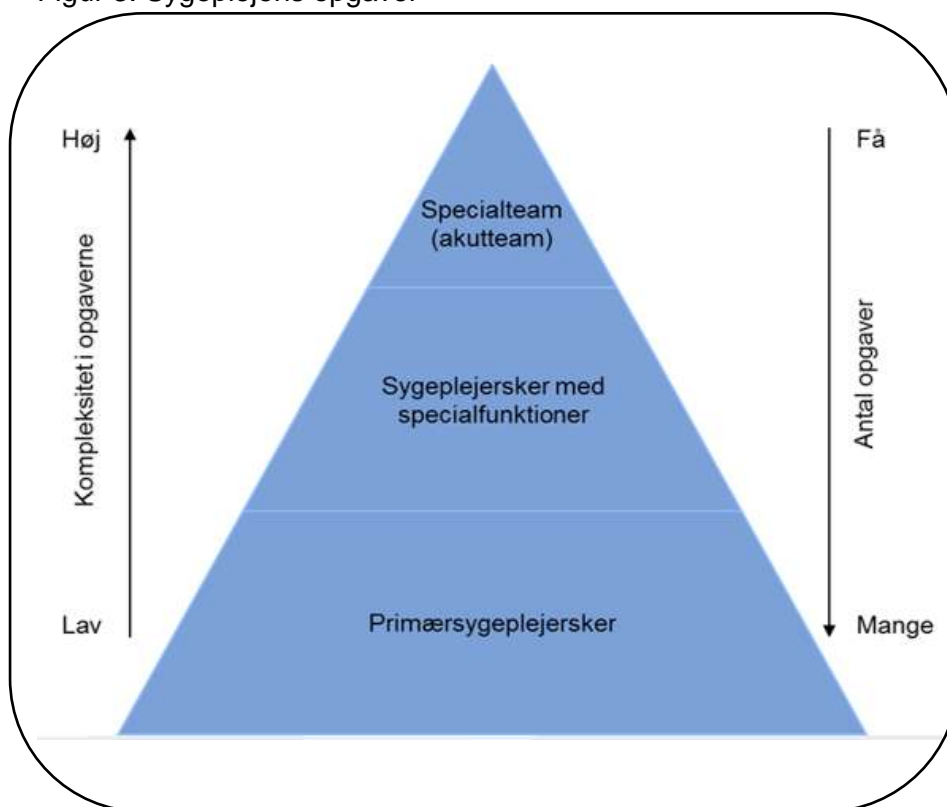
Dette afsnit giver mere detaljeret redegørelse for udviklingstendenserne og det aktuelle pres, som ses i det nære sundhedsvæsen i Herning Kommune. Afsnittet skal ses som en uddybning og konkretisering af afsnit 2.2. Udviklingstendenserne i Herning Kommune.

3.1. Hjemmesygeplejen

Hjemmesygeplejen er et af de områder, som er under pres. Presset på sygeplejen giver sig udslag i et stigende antal borgere med sygeplejeydelser, et stigende tidsforbrug hos borgerne og i en stigende kompleksitet i sygeplejeopgaverne.

I starten af maj 2014 blev etableret et akutteam med midler fra ældrepuljen. Akutteamet skal arbejde på at nedbringe andelen af forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser. Akutteamet består af specialiserede sygeplejersker, der kan varetage de nye akutte sygepleje- og behandlingsopgaver, der overdrages til Herning Kommune fra sygehuset.

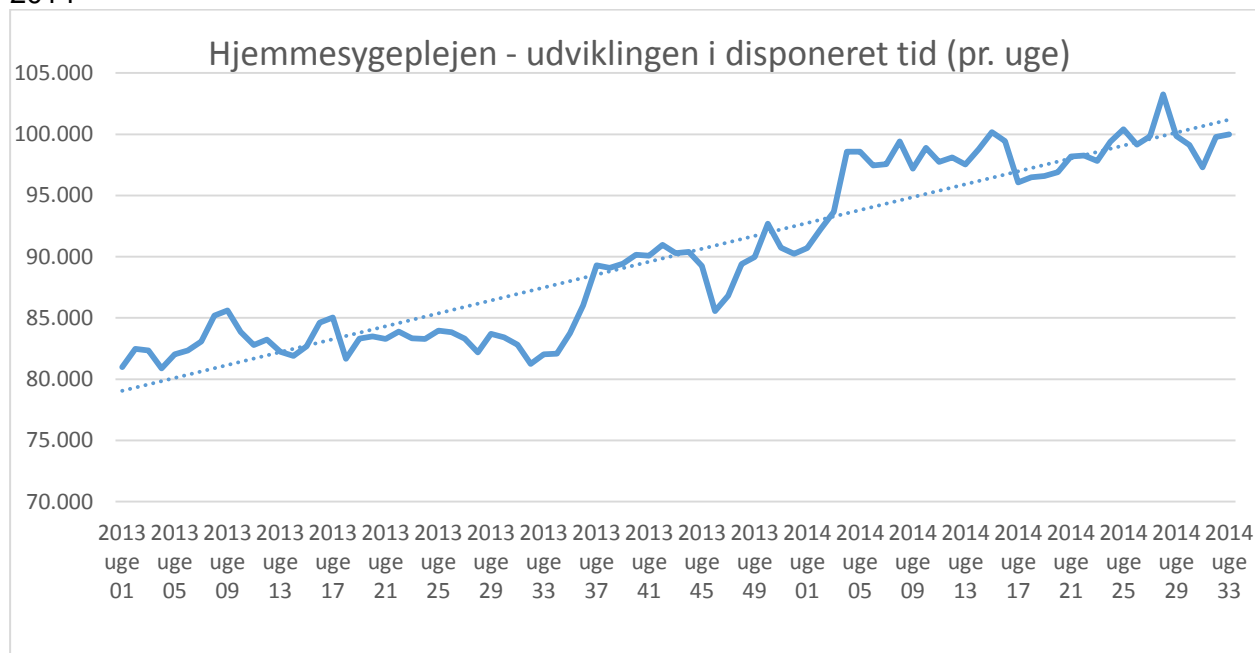
Figur 3: Sygeplejens opgaver



Efter etableringen af Akutteamet kan det konstateres, at hjemmesygeplejen fortsat er under pres. Akutteamet har snitflader til hjemmesygeplejen, hvilket opleves som en aflastning i hjemmesygeplejen.

Figur 4 viser udviklingen i den disponerede tid i hjemmesygeplejen. Det ses, at hjemmesygeplejen oplever et konstant stigende aktivitetsniveau. Stigningen svarer til 6.055 timer eller 3,5 mio. kr. på årsbasis. Den demografiske udvikling tilsiger alene en årlig vækst på ca. 1 mio. kr.

Figur 4: Udviklingen i disponerede minutter i hjemmesygeplejen fra uge 1 i 2013 til uge 33 i 2014



Kilde: FocusCare.

Kilde: Akutteam startede i uge 19, 2014.

En nærmere analyse viser, at stigningen kan særligt henføres til følgende sygeplejeopgaver:

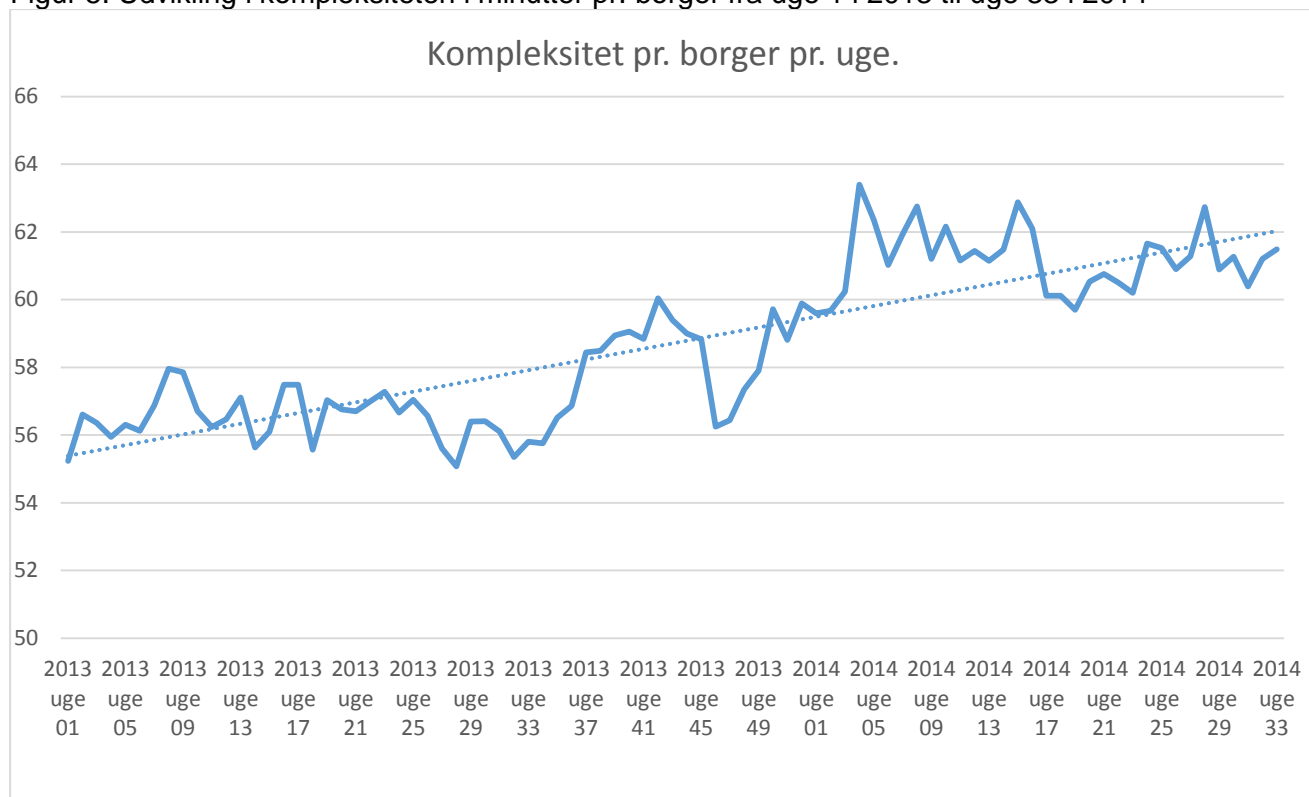
- Stomipleje
- Sårpleje
- Insulin
- IV-behandling
- Medicinadministration og
- Sondeernæring.

Et øget tidsforbrug på disse 6 opgaver forklarer 80 % af det øgede pres på sygeplejen de seneste 1½ år.

Udviklingen hænger sammen med både en tilgang i antal borgere, som modtager sygeplejeydelser, da der på årsbasis ses 125 flere borgere i hjemmesygeplejen, og en stigende kompleksitet i opgaverne.

Kompleksiteten i sygeplejeydelserne kan opgøres som *tidsforbrug pr. borger*.

Figur 5: Udvikling i kompleksiteten i minutter pr. borger fra uge 1 i 2013 til uge 33 i 2014



Kilde: FocusCare og egen bearbejdning.

Kompleksiteten stiger med 4,11 minutter pr. borger på årsbasis, hvilket svarer til en stigning på 7 % på årsbasis.

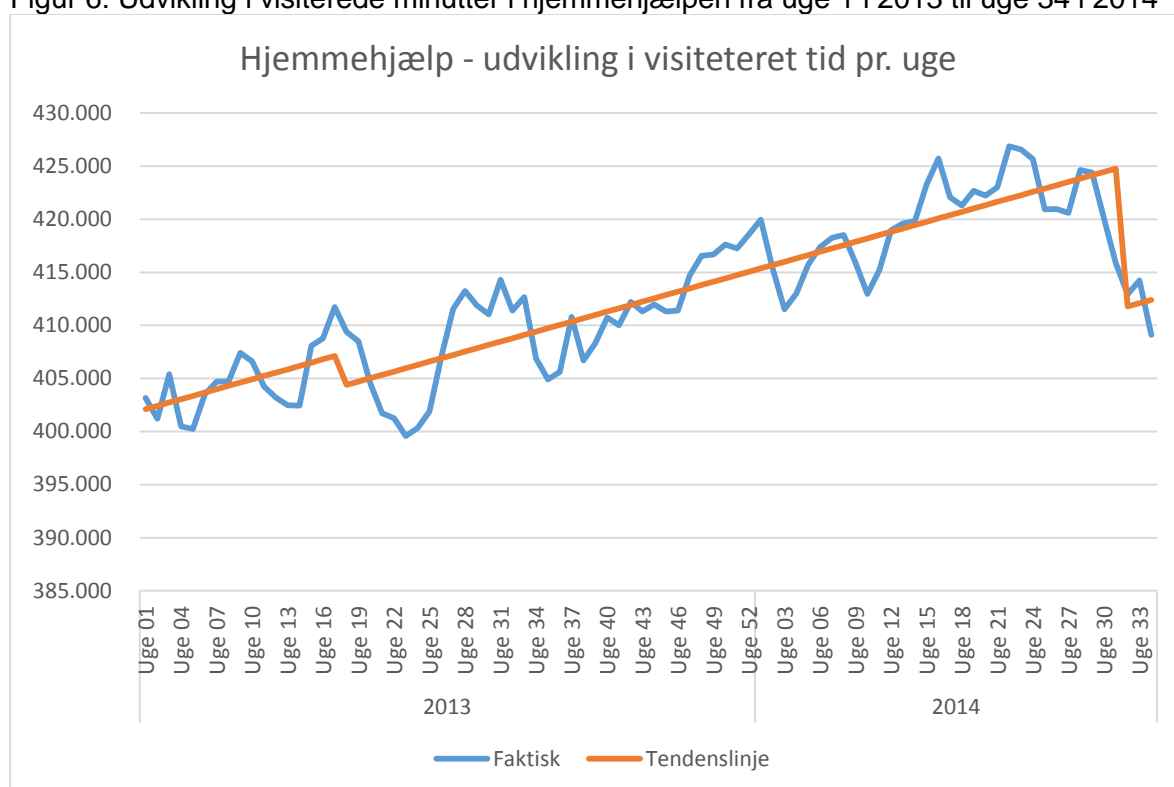
Hovedårsagen til presset vurderes at være opgaveglidning fra hospitalsvæsenet til kommunerne.

3.2. Hjemmehjælpen, § 83

Hjemmehjælp (personlig pleje og praktisk hjælp efter § 83) ydes til borgere, der er handicappede, og ældre, som ikke har de fysiske eller psykiske færdigheder til at klare hverdagen i hjemmet ved egen hjælp.

Udviklingen i visiterede timer til borgere i Herning Kommune, dvs. både ved kommunal og privat leverandør, er illustreret i figur 6.

Figur 6: Udvikling i visiterede minutter i hjemmehjælpen fra uge 1 i 2013 til uge 34 i 2014



Kilde: FocusCare og egen bearbejdning.

Der ses en tydelig stigende tendens i antallet af visiterede timer. Tendenslinjen illustrerer udviklingen korrigeret for effekten af åbning af Lind Plejecenter pr. 1. maj 2013 og Fuglsangs Sø Centeret pr. 1. august 2014.

Stigningen i visiterede timer til personlig pleje og praktisk hjælp kan henføres til både flere borgere med hjemmehjælp og en stigende plejetyngde. Den stigende plejetyngde er hovedforklaringen på stigningen.

Plejetyngden stiger med gennemsnitligt 4,3 timer pr. borger årligt. Stigningen svarer til 7.500 timer eller 2,2 mio. kr. på årsbasis for de borgere, der aktuelt er i hjemmeplejen.

Det er vurderingen, at den stigende plejetyngde er en afledt effekt af, at Herning Kommune har fokus på at forebygge hospitalsindlæggelser og overtager opgaver, som tidligere foregik i hospitalsregi.

3.3. Komplekse borgere på plejecentre

Plejecentrene tilkendegiver, at der opleves en kompleksitetsstigning blandt beboerne. Det er ikke muligt at opgøre denne kompleksitetsstigning, da der ikke foretages en aktivitetsregistrering heraf for den enkelte borger på plejecentrene. Der er dog en række indikatorer, som kan underbygge en kompleksitetsstigning i plejeopgaverne.

For det første er det naturligt, at et øget fokus på at undgå hospitalsindlæggelser har en afsmittende virkning på arbejdsbelastningen på plejecentrene.

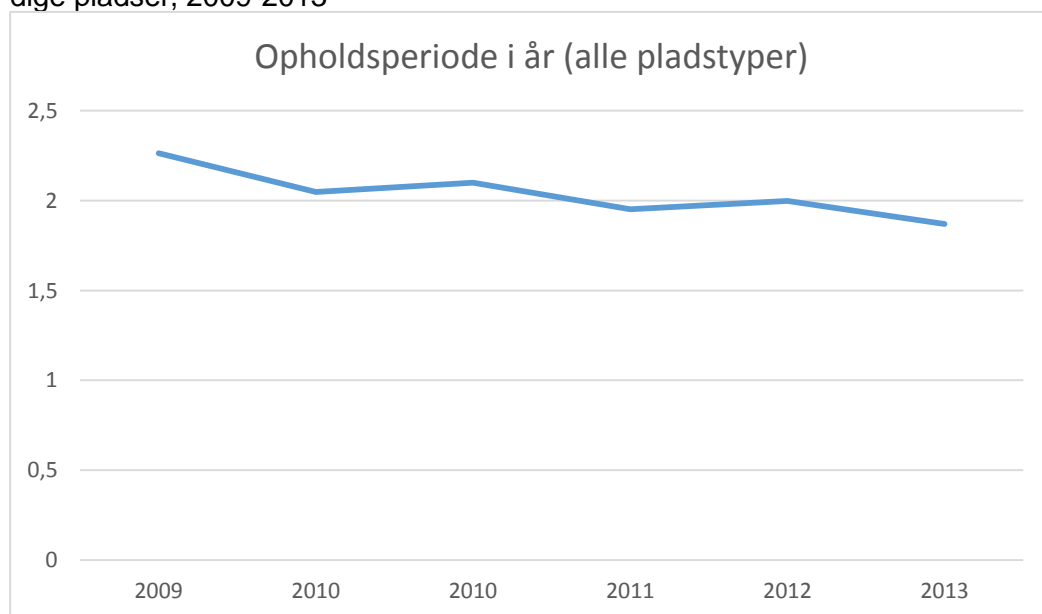
Når det lykkes at undgå en indlæggelse af en beboer på et plejecenter, vil plejecentret i en periode skulle påtage sig mere intensive plejeopgaver omkring den enkelte borger.

For borgere i eget hjem opleves af samme årsag et pres på plejecentrenes aflastningspladser.

For det andet er det oplevelsen, at borgerne gennemsnitligt er mere komplekse, når de ønsker at flytte på plejecenter, og at der er et større flow af beboere.

En indikator for denne udvikling er den tidsperiode, som borgerne opholder sig i plejebolig fra indflytning til bortgang (død). I perioden 2009-2013 ses et fald i den tidsperiode, som den gennemsnitlige beboer opholder sig på et plejecenter.

Figur 7: Opholdstid på plejecenter opgjort ved borgerens bortgang – permanente og midlertidige pladser, 2009-2013



Kilde: Care.

Samtidigt kan det konstateres, at der i 2013 er 36 % flere borgere, som har haft en midlertidig eller permanent plads i forhold til 2012. Dette underbygger, at plejecentrene skal forholde sig til væsentlig flere borgere og deres konkrete problematikker i dag, end de skulle tidligere.

Generelt medfører en øget kompleksitet i opgaverne på plejecentrene en øget arbejdsbelastning med øget brug af faste vagter. Indtil videre er det lykkedes plejecentrene at håndtere den stigende kompleksitet i plejeopgaverne inden for de tildelte ressourcer.

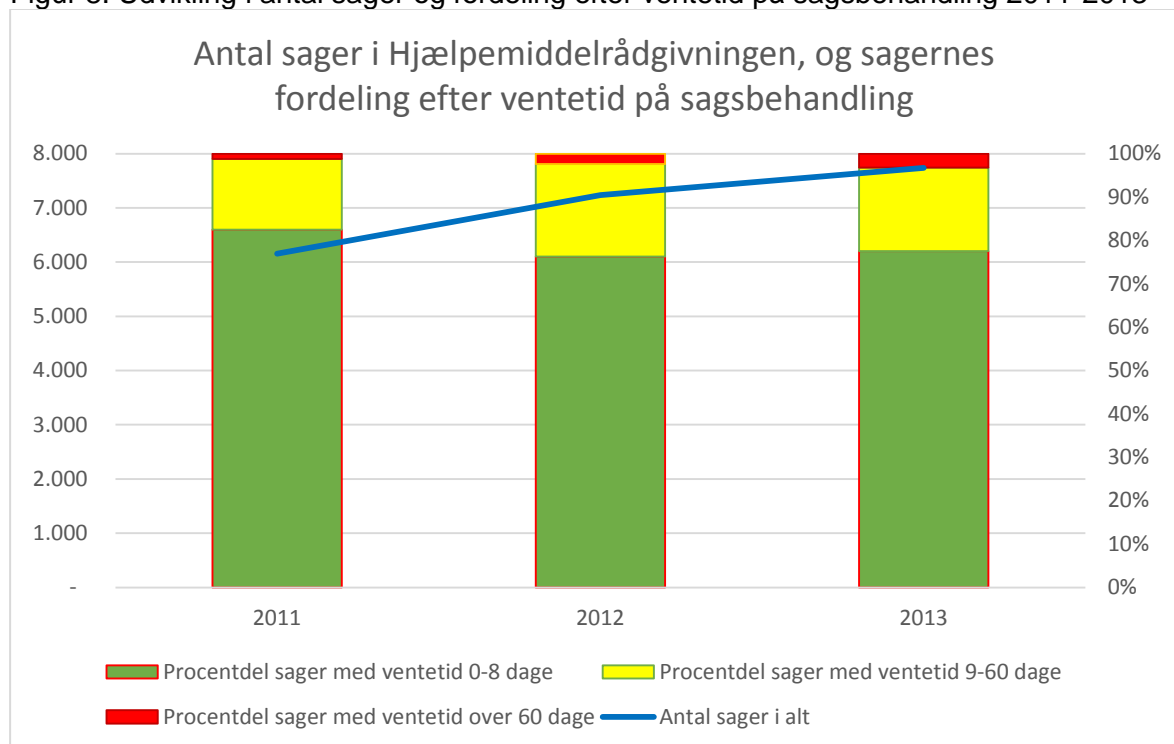
3.4. Hjælpemidler

Hjælpemiddelrådgivningen varetager visitation og bevilling af hjælpemidler.

I takt med, at flere opgaver flyttes til kommunen, opleves en afledt effekt på hjælpemiddelområdet.

Fra 2011 til 2013 er antal sager (nye henvendelser) i Hjælpemiddelrådgivningen steget med 25 %.

Figur 8: Udvikling i antal sager og fordeling efter ventetid på sagsbehandling 2011-2013



Kilde: Hjælpemiddelsystemet, VITAE.

Stigningen i antal sager i Hjælpemiddelrådgivningen har medført, at det i nogle tilfælde ikke er muligt at overholde sagsbehandlingsfristerne. Andelen af sager med en ventetid fra henvendelse til påbegyndt sagsbehandling på over 60 dage er steget fra 1 % i 2011 til 3 % i 2013.

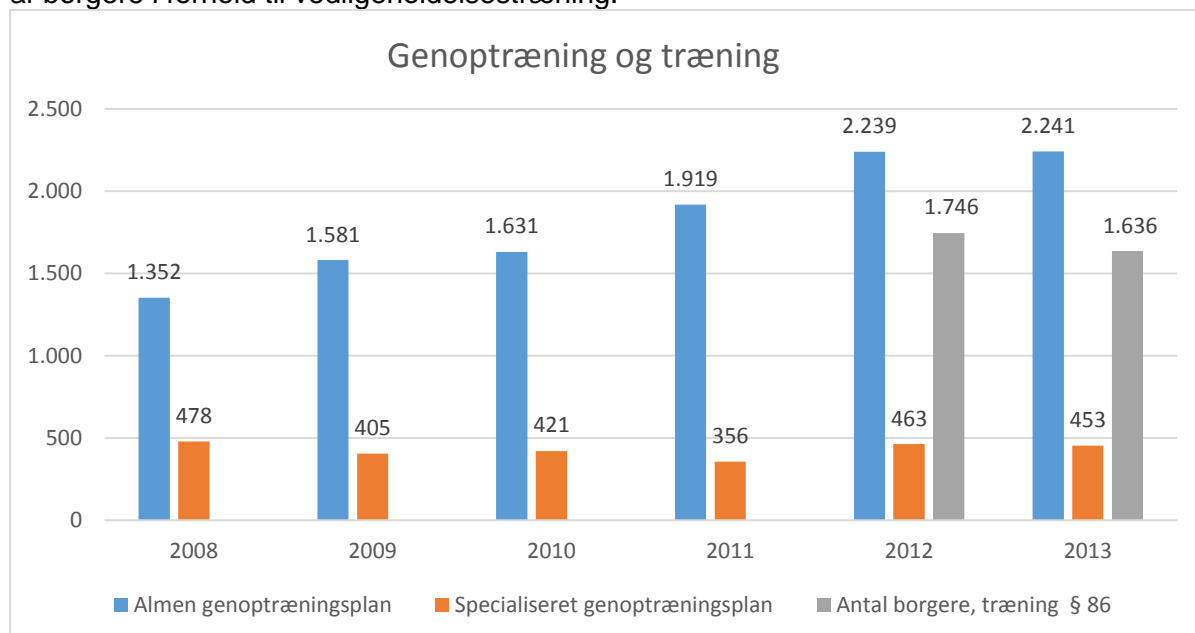
3.5. Træning (TAK) og genoptræningsydelse

På genoptrænings-/træningsområdet skelnes mellem:

- Specialiseret genoptræning, hvor hospitalslægen visiterer, hospitalet udfører genoptræningen, og hvor kommunen betaler.
- Almen genoptræning, hvor hospitalslægen visiterer, og hvor kommunen udfører genoptræningen og derfor afholder udgiften.
- Vedligeholdelsestræning efter § 86, som ydes for at fastholde borgeres funktionsevne og forhindre tab af funktionsevne. Der er tale om en ren kommunal opgave,

Udviklingen i træning og genoptræning er illustreret i figur 9.

Figur 9: Udvikling i antallet af almene og specialiserede genoptræningsplaner samt antallet af borgere i forhold til vedligeholdelsestræning.



Kilde: Genoptræningsenheden, Esundhed.

Den kommunale genoptræningsindsats har været under pres, da der har været en stor stigning i almene genoptræningsplaner.

Der har været en konstant stigning i den kommunale genoptræningsopgave fra kommunal reformen frem til 2012. Væksten i almene genoptræningsplaner er 66 % i perioden 2008-2012. Det ser imidlertid ud til, at antallet af genoptræningsplaner er stagneret fra 2012, men fortsat er på et højt niveau.

Sundhedsaftalerne og derved udviklingen i det nære sundhedsvæsen har i de første år efter kommunalreformen haft stor fokus på bl.a. genoptræning. Om væksten alene skyldes, at området har haft særlig fokus, eller om det også er en konsekvens af, at det er "omkostningsfrit" for hospitalerne at lave genoptræningsplaner, kan ikke vurderes.

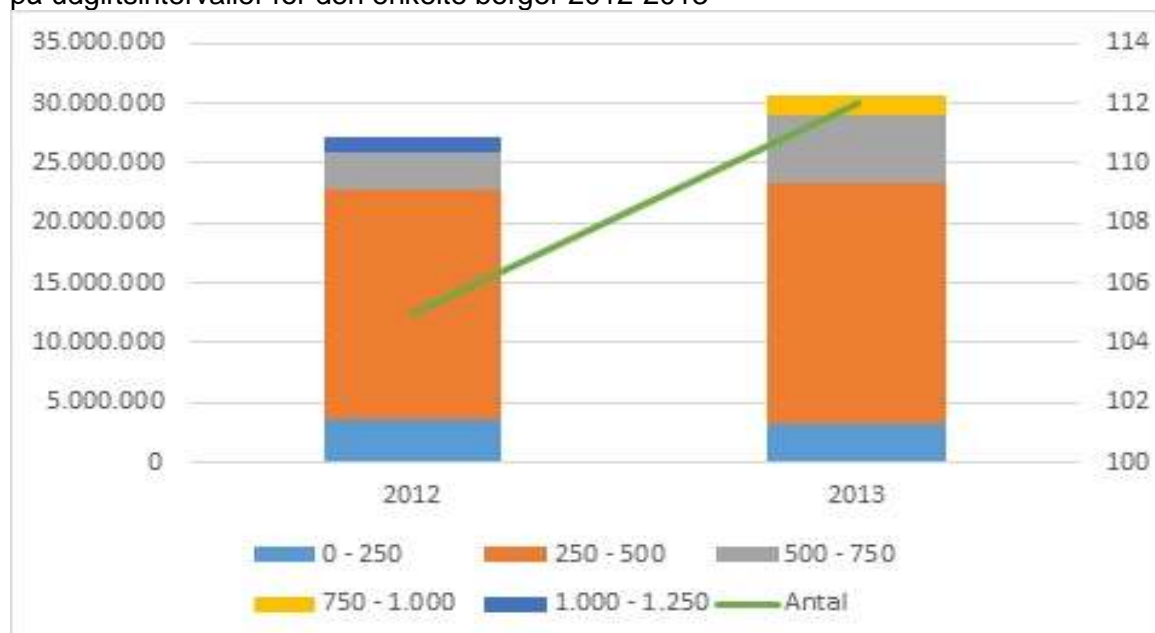
3.6. Køb af ydelser i andre kommuner

Herning Kommune har en række borgere bosat uden for kommunens grænser, som modtager hjemmehjælp eller bor i plejebolig. Herning Kommune afholder udgifterne til disse borgere.

De udviklingstendenser, som ses i Herning Kommune, ses også på det mellemkommunale område. Der opleves et øget pres, og udgifterne er stigende. Området er således budgetmæssigt en udfordring.

Der er muligt, at se udviklingen i antal borgere og kategorisere borgerne i intervaller ud fra, hvor dyre de er.

Figur 10: Udvikling i antal borgere og udgifter vedr. disse borgere i andre kommuner fordelt på udgiftsintervaller for den enkelte borger 2012-2013



Kilde:

Note: Bemærk, at udgiftsintervallerne pr. borger er opgjort i 1.000 kr.

Der ses en stigning i antal borgere, som modtager hjemmehjælp og er bosat på et plejecenter i andre kommuner fra 105 til 112 borgere fra 2012 til 2013. Udgiften stiger med 3,5 mio. kr. svarende til en stigning på 13 %. Stigningen sker særligt blandt borgere i de dyrere udgiftsintervaller. Dette kan både være udtryk for, at flere plejekrævende borgere flytter til andre kommuner, og at kompleksiteten er stigende.

En af grundene hertil kan være, at Herning Kommune ikke har specialiserede pladser.