

K O M M U

N E R O G

K R O N I

K E R E 

– BEDRE PLEJE OG BEHANDLING I EGET HJEM

Kommuner og kronikere

- bedre pleje og behandling i eget hjem

Kommuner og kronikere
- bedre pleje og behandling i eget hjem

Copyright © 2011
Mandag Morgen

ISBN: 978-87-90275-74-7

www.mandagmorgen.dk
Tryk: Rosendahls

Indhold

| | | | |
|-----------|--|-----------|---|
| 07 | OM INITIATIVTAGERNE | 29 | FRA HERODES TIL PILATUS – HENRIK ER DIABETIKER OG HAR FÅET EN BLODPROP |
| 07 | Hvem er Mandag Morgen? | | |
| 07 | Hvem er TryghedsGruppen? | | |
| 08 | FORORD | 30 | FORDOMME PÅ TVÆRS |
| 08 | Kommuner og kronikere – nye sundhedsopgaver rykker tættere på borgerne | 31 | NY BEHANDLING AF KRONIKERE BEGYNDER MELLEM ØRERNE |
| 10 | TAL OG FAKTA | 31 | En klar business-case – men lang vej fra papir til praksis |
| 11 | VELFÆRDSLEDERE: "KRONIKERES BEHANDLING RYKKER HJEM OG BLIVER BEDRE" | 32 | Medarbejderne skal skabe sig selv på ny |
| 14 | SWOT: KOMMUNER KAN HJÆLPE KRONIKERE TIL ET BEDRE LIV | 33 | Teknologiske analfabeter |
| 15 | Styrker | 33 | Sygeplejersker bag katederet |
| 16 | Svagheder | 35 | PATIENTEN ER EKSPERTEN |
| 18 | Muligheder | 36 | KILDER |
| 20 | Trusler | | |
| 22 | SKOTLAND – TELEMEDICINSKE LØSNINGER SPARER MILLIONER | | |
| 23 | KOMMUNERNE SKAL HJÆLPE BORGERNE TIL NY LIVSSTIL | | |
| 24 | Hjemmebesøg genopfundet | | |
| 24 | Vaner bremser samarbejdet | | |
| 25 | De svære netværk | | |
| 26 | Rettidige informationer | | |
| 27 | Patienter i ny aktiv rolle | | |
| 28 | Netværk støtter patienten | | |
| 28 | Nye krav til ledelsen | | |

”Stigningen i antallet af kronikere er en udfordring for det nære sundhedsvæsen – ikke bare inden for pleje og behandling, men også inden for forebyggelse og rehabilitering. Der er brug for nye løsninger, hvor borgeren og borgerens egne ressourcer er i centrum. Det stiller store krav til alle involverede.”

Rasmus Bie-Olsen, strategichef i TryghedsGruppen.

Om initiativtagerne

Hvem er Mandag Morgen?

Mandag Morgen har arbejdet for at styrke vækst og velfærd i Danmark gennem mere end 20 år. Vi afdækker Danmarks største problemer og tager initiativer, der viser vejen til nye løsninger. Det sker i tæt samarbejde med vores partnere, som kan være f.eks. offentlige, private, frivillige eller faglige organisationer eller uddannelsesinstitutioner. Vores arbejde kan for eksempel tage form af en analyse, et netværk eller en event. Fælles for Mandag Morgens projekter er, at de stilles til rådighed for alle, som vil arbejde for velfærd, der virker.

På sundhedsområdet har Mandag Morgen de senere år sat fokus på forebyggelse og sundhedsfremme blandt andet via undersøgelser og debatoplæg. ”Er sundhed et personligt valg”, ”Fremtidens forebyggelse – ifølge danskerne” og ”Danskernes sundhed – kommunernes valg” er blandt resultaterne af vores projekter.

Hvem er TryghedsGruppen?

TryghedsGruppen arbejder for trygheden både kommercielt og almennyttigt. Vi er drevet af en vision om at finde og udvikle nye løsninger, der kan øge trygheden i Danmark og Norden. Vores almennyttige arbejde sker gennem TrygFonden. På det kommercielle område arbejder vi med strategiske partnerskaber, med udviklingsprojekter og gennem vores porteføljeselskaber. TryghedsGruppen omsatte for 22 mia. kr. i 2010.

Sundhed er helt centralt for at føle sig tryk. TryghedsGruppen har derfor et særligt fokus på sundhedsområdet. Vi vil bidrage til at skabe sammenhænge og bedre løsninger. Vi tror på, at fremtidens sundhedsvæsen og forebyggelse skabes gennem innovation, netværk og samarbejde. Store udfordringer kræver nye tilgange – mere af det samme er ikke løsningen på fremtidens udfordringer.

Forord

Kommuner og kronikere – nye sundhedsopgaver rykker tættere på borgerne

Længere levetid og livsstilsændringer medfører, at flere og flere danskere bliver kronisk syge. Og i takt med at der specialiseres, effektiviseres og skæres til benet i de regionale sundhedstilbud, bliver der stadig færre pladser til kronisk syge på hospitalerne. Det betyder, at flere og flere kronikere kan se frem til, at både behandling, genoptræning og pleje skal ske hjemme hos dem selv. Sundhedsopgaverne rykker med andre ord ind i hjemmet.

Når behandling, genoptræning og pleje rykker hjem, stiller det helt nye krav til kommunerne. Kommunerne skal udvikle nye løsninger og samarbejde med nye partnere, både i forebyggelsesindsatsen, i hjemmeplejen og i samarbejdet med regionerne, de praktiserende læger, frivillige organisationer og patientforeninger.

Men det tegner også nye muligheder. Sundhedsløsninger tæt på borgeren kan skabe mere sammenhæng i borgerens liv og forbedre tidlig og konstruktiv forebyggelse. I dette oplæg ser vi på kommunernes rolle, når kronisk syge danskere skal sikres optimal pleje og behandling hjemme hos dem selv.

Kommunerne har fået større ejerskab til sundhedsindsatsen. Både strukturreformen, der gav forebyggelsesopgaven til kommunerne, og den accelererende hjemmebehandling lægger nye opgaver hos kommunerne. Kommunalt medansvar for sundheden kan give bedre rammer for at levere den målrettede og tidlige indsats, som kan give kronisk syge borgere mere sammenhæng i pleje og behandling og forebygge indlæggelser.

Det nye ejerskab kan også betyde, at sundhedsproblemet nytænkes. Når genoptræning og pleje foregår i kommunen frem for på sygehus, og man møder borgeren snarere end patienten, kan fokus flyttes fra sygdom til sundhed. Målet skal være at give kronikerne de bedste rammer for at leve sundt og holde sig så raske som muligt.

Alligevel er opgaven ikke enkel. De nye opgaver rammer kommunerne på et tidspunkt, hvor både økonomisk pres, demografi og høje forventninger hos borgerne øger innovationspresset. Og både kommuner, borgere, faggrupper og øvrige samarbejdspartnere skal arbejde på nye måder. Derfor sætter vi fokus på de løsninger og muligheder, som sundhed i hjemmet giver – men også på, hvad der skal til for at opgaven lykkes.

I arbejdet med oplægget har styregruppen bidraget med viden og erfaringer, en række centrale aktører er interviewet, og velfærdsledere med social- og sundhedserfaring i Mandag Morgens Velfærdspanel har svaret på, hvordan de ser udviklingen inden for feltet.

Oplægget er tiltænkt de ledere i kommunerne, som har det strategiske ansvar for, at kronikerne får den bedst mulige pleje.

Vi håber, I kan bruge det, når I skal tale om, hvordan I løser opgaverne fremover, hvem I skal samarbejde med, og hvordan samarbejdet om behandling, pleje og genoptræning i hjemmet skal lykkes.



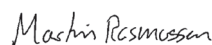
Anders Kjærulff,
direktør for Kultur
og Sundhed,
Holstebro Kommune



Henriette Hall-Andersen,
centerchef, Teknologisk
Institut



René Lorenz,
plan- og velfærds-
teknologichef,
Odense Kommune



**Martin Nordentoft
Rasmussen,**
sekretariatsleder,
Fonden for
Velfærdsteknologi



Rasmus Bie-Olsen,
strategichef,
TryghedsGruppen



Stine Carsten Kendal,
innovationsdirektør,
Mandag Morgen

Oplægget bygger på input fra styregruppen og fra en lang række eksperter, men Mandag Morgen er eneansvarlig for den foreliggende tekst.

Oplægget er udarbejdet af Mandag Morgen ved Stine Carsten Kendal, innovationsdirektør, Anders Kragh Jensen, senioranalytiker, Anne Kjær Skovgaard, senioranalytiker, Torben Andersen, journalist, og Jens Reiermann, journalist. Design af Anne Sofie Bendtson, Mandag Morgen.

Tal og fakta

HVAD er kronisk sygdom?

Kronisk sygdom kan være karakteriseret ved:

- at tilstanden er vedvarende
- at sygdommen har blivende følger
- at der er forandringer, som ikke kan bedres
- at der er behov for rehabilitering
- at der er behov for langvarig behandling eller pleje.

Sundhedsstyrelsen peger på otte typer kroniske sygdomme, som kræver en særlig indsats:

- diabetes
- kræft
- hjerte- og karlidelser
- knogleskørhed (osteoporose)
- muskel- og skeletlidelser
- astma og allergi
- KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom)
- psykiske lidelser.

Kronisk sygdom er årsag til:

- 87 pct. af alle dødsfald
- 70-80 pct. af alle udgifter i sundhedsvæsenet
- 80 pct. af alle sengedage på hospitalerne
- 50-65 pct. af alle konsultationer i almen praksis
- 95 pct. af alle hjemmebesøg.

HVEM er de kronisk syge?

Op mod 1,8 millioner danskere lider af en eller flere kroniske sygdomme.

Antallet af personer med kronisk sygdom er stigende. Fra 1987 til 2005 steg andelen af personer med kronisk sygdom fra 33 pct. til 40 pct. af befolkningen.

40 pct. af borgere over 16 år har mindst én kronisk sygdom.

94 pct. af borgere over 65 år har mindst én kronisk sygdom.

Over 50 pct. af kronikerne har to eller flere kroniske tilstande samtidig.

10 pct. af kronikerne har fire eller flere kroniske tilstande samtidig.

I dag er der blandt danskerne mindst:

- 200.000 med kræft
- 200.000 med iskæmisk hjertesygdom
- 800.000 med forhøjet blodtryk
- 200.000 med type 2-diabetes
- 400.000 med overvægt (16+-årige med BMI på 30 eller derover)
- 150.000 med osteoporose
- 200.000 med KOL
- 400.000 med astma
- 400-800.000 med muskulo-skeletale lidelser
- 500.000 med psykiske lidelser.

Med alderen stiger risikoen for kronisk sygdom: 20 pct. af de 65+-årige angiver, at de lider af hæmmende, langvarig sygdom, mod 13 pct. blandt de 45-64-årige og 3,5 pct. blandt de 16-24-årige.

28 procent af de kronisk syge føler sig meget hæmmede af deres lidelse i hverdagen.

Mere end 400.000 danskere har været tvunget til at skifte job som følge af deres kroniske sygdom.

Jo kortere uddannelse, des større er andelen, der har en eller flere kroniske sygdomme. Forekomsten af personer med langvarig sygdom er højest i gruppen uden erhvervsuddannelse, nemlig 46,8 pct., og lavest i gruppen med en lang videregående uddannelse, nemlig 30,4 pct. I gruppen med en kort uddannelse er forekomsten 36,7 pct.

HVOR MEGET koster kronikerne?

De offentlige udgifter til borgere med kroniske lidelser udgør godt 145 mia. kr. årligt. Det svarer til ca. 80 pct. af de samlede sundhedsudgifter.

Over halvdelen af alle henvendelser til de praktiserende læger skyldes kroniske sygdomme, nemlig 22 millioner henvendelser

ud af i alt 41 millioner henvendelser årligt.

KOL og diabetes er ifølge Jakob Kjellberg, seniorprojektleder ved Dansk Sundhedsinstitut, sandsynligvis de kroniske sygdomme, der koster flest penge for kommunerne. Det skyldes de store kommunale udgifter til sundheds- og plejeydelser som hjemmepleje og ledsagerhjælp.

7,7 milliarder ud af i alt 15 milliarder kroner i årlige medicinudgifter knytter sig til behandling af kroniske sygdomme.

Af de samlede kommunalt finansierede udgiftsposter til hjerte-kar-, KOL- og diabetespatienter er de væsentligste: plejehjem, boligsikring og boligydelse (37 pct.), overførselsindkomster (26 pct.) og hjemmepleje (22 pct.).

Hvis man sammenligner hjerte-kar-, KOL- og diabetespatienter, er gennemsnitsudgiften pr. KOL-patient den højeste. Derefter følger diabetes.

Et konservativt estimat indikerer, at Danmark har et årligt produktivitetstab på 3-5 mia. kr. alene på grund af kronikerrelateret sygefravær.

HVORDAN ser fremtiden ud?

Det forventes, at antallet af kronikere vil stige med 400.000 personer de næste 7 år, så antallet af kronikere vil være 2,2 millioner i 2016.

Antallet af ældre over 65 år vil stige med omkring 225.000 alene i løbet af de næste 10 år. En aldrende befolkning betyder også flere kronikere. Alene antallet af diabetikere kan stige fra de nuværende ca. 220.000 til hele 600.000 i 2025.

WHO anslår, at kroniske sygdomme i 2015 vil kræve dobbelt så mange liv som alle andre dødsårsager tilsammen, og samtidig dræne landene for milliardbeløb og føre til massive produktivitetstab.

Velfærdsledere: "Kronikeres behandling rykker hjem og bliver bedre"

Velfærdsledere tror på, at kommunal pleje og behandling af kronikere i eget hjem er bedre om 10 år end i dag. Et meget stort flertal peger også på, at behandlingen *kommer* til at rykke hjem. Og det rummer muligheder: "Vi bryder med vanetænkning og tilbyder borgerne bedre service," lyder budskabet fra en af landets hårdest ramte kommuner, Langeland. Private overtager markedsandele fra kommunerne. De kan tilbyde en bredere vifte af serviceydelser. Og flere kommuner træner borgere til selv at udføre opgaver, som kommunen tidligere leverede.

Bedre pleje hjemme

Ni ud af ti velfærdsledere forventer, at mere af behandlingen af kronikere fremover vil foregå hjemme hos borgerne.

På trods af, at der ikke er penge til de store udvidelser af den offentlige service, og selv om flere borgere vil lide af en kronisk sygdom, tror et flertal af velfærdslederne i Mandag Morgens velfærdspanel på, at den kommunale pleje og behandling af kronikere i eget hjem vil være bedre om ti år, end den er i dag. Se figur 2.

Anne Marie Hedegaard, leder af ForebyggelsesCentret, Langeland Kommune, er en af de optimistiske velfærdsledere. Hun tror på, at kommunerne kan give borgere med

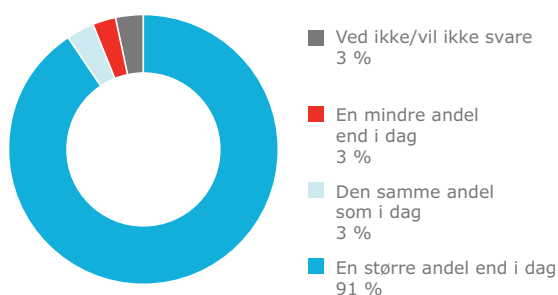
kroniske lidelser en bedre behandling om ti år – også selv om der ikke bliver flere penge.

"Her på Langeland er der allerede i dag rigtig mange ældre borgere på mere end 65 år. Her ligner vi det Danmark, andre kommuner først vil opleve om nogle år. Det har tvunget os til at tænke nyt og gøre op med vanetænkning. Vi ser på mulighederne og er f.eks. i gang med at afprøve forskellige velfærdsteknologiske løsninger," siger Anne Marie Hedegaard.

Hun tror også på, at kommunerne bliver bedre til at forebygge udviklingen af kroniske sygdomme gennem en massiv indsats for at forebygge. Nøglen er her et samarbejde

Mere pleje og behandling vil foregå hjemme hos kronikeren

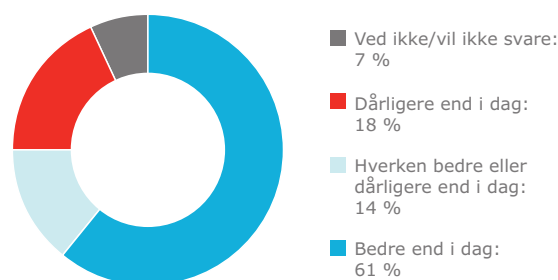
Tror du, at en større eller mindre del af behandling og pleje af kronikere vil foregå hjemme hos dem selv om ti år?



Figur 1: 91 pct. af de adspurgte velfærdsledere forventer, at en større del af pleje og behandling til kronikere vil foregå hjemme hos kronikeren.

Bedre kommunal pleje og behandling til kronikere

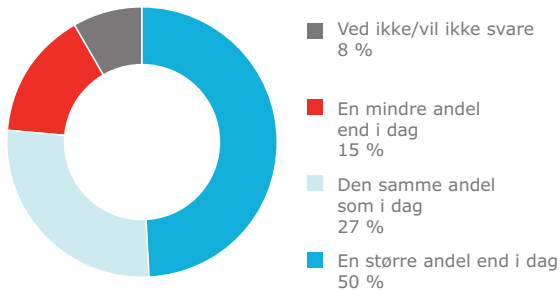
Tror du, at den kommunale pleje og behandling af kronikere i eget hjem vil være bedre eller dårligere om ti år?



Figur 2: 61 pct. af velfærdsledere fra det social- og sundhedsfaglige område fra Mandag Morgens velfærdspanel forventer, at den kommunale pleje og behandling af kronikere i eget hjem vil være bedre om 10 år.

En større rolle til private leverandører

Tror du, at private leverandører vil stå for en større eller mindre del af behandling og pleje af kronikere i eget hjem om ti år?



Figur 3: 50 pct. af de adspurgte velfærdsledere fra Mandag Morgens velfærdspanel forventer, at private leverandører vil stå for en større del af pleje og behandling om 10 år.

på tværs af de enkelte afdelinger i kommunen, hvor en uddannelsesindsats, arbejdsmarkedstilknytning og sociale forhold alle spille ind.

”Vi skal tænke sundhedsfremme ind i de rammer og betingelser som kommunen i forvejen har ansvar for,” siger hun.

Også Lisbet Overvad, social- og sundhedsdirektør i Ringsted Kommune, er optimist, fordi kommunerne har trådt deres barnesko efter at have overtaget ansvaret for behandlingen af kronikere hjemme, da amterne blev nedlagt for små fire år siden.

”Vi har fået langt større viden om, hvad der virker og vi er også blevet bedre til at dele vores viden såvel mellem de forskellige afdelinger internt i kommunen som med vore eksterne samarbejdspartnere,” siger hun.

Ringsted Kommune arbejder nu på at integrere indsatsen over for borgere med kroniske lidelser. Er borgerne i den arbejdsdygtige alder, skal kommunens socialforvaltning, beskæftigelsesindsatsen og sundhedsindsatsen fremover koordineres.

”Borgeren bliver forvirret, hvis han eller hun møder tre forskellige sagsbehandlere. Vi tror på, at vi kan gøre det bedre ved at samle indsatsen. Også økonomisk kan det betale sig:

Om undersøgelsen

319 velfærdsledere fra Mandag Morgens velfærdspanel med ansvar for social- og sundhedsområdet har svaret på spørgsmål om deres syn på kommunernes pleje og behandling af kronikere i eget hjem.

Velfærdspanelet består af nøglepersoner i den offentlige sektor eller det offentlige grænseflade. Fra det offentlige deltager bl.a. skoleledere, institutionsledere, afdelingsledere, kontorchefer og kommunaldirektører. Fra de faglige og frivillige organisationer sidder sekretariatsledere, kredsformænd, formænd m.v. Fra private virksomheder deltager chefkonsulenter, udviklingschefer og direktører.

Vi sparer rigtig mange penge, hver gang vi undgår at sende en borger på førtidspension,” siger Lisbet Overvad.

I Silkeborg tror social- og omsorgschef Inge Bank også, at kommunen vil have en bedre kronikerindsats om ti år.

”Vi tager hele tiden udgangspunkt i, hvad borgerne selv kan, og vi hjælper dem med at blive bedre til at mestre deres egen situation hjemme hos dem selv,” siger Inge Bank.

Silkeborg Kommune har, som en række andre kommuner, gode erfaringer med at træne medborgere i stedet for at tilbyde dem hjælp. Og det er en rigtig god forretning, når kommunen ikke skal sende hjemmehjælperne ud til en borger og udføre den praktiske hjælp, men i stedet kan træne ham eller hende til selv at udføre det, evt. på trods af et handicap.

”Vi var gennem en sparerunde i 2010 og brugte de gode resultater fra vores mestringskurser på langt flere ældre. Det har været en succes, så det vil vi udbygge endnu mere,” siger Inge Bank. ”Vi kan bedre hjælpe borgeren til udvikling, når vi kan se, hvad den enkelte har behov for hjemme hos sig selv,” siger hun.

Optimisterne tror på, at de kan forbedre kommunens service ved at tænke nyt.

”Borgeren bliver forvirret, hvis han eller hun møder tre forskellige sagsbehandlere. Vi tror på, at vi kan gøre det bedre ved at samle indsatsen. Også økonomisk kan det betale sig: Vi sparer rigtig mange penge, hver gang vi undgår at sende en borger på førtidspension,” siger Lisbet Overvad.

Mens flertallet ser muligheder i udviklingen, er der et stort mindretal, der tror, at behandlingen bliver dårligere for kronikerne. Fortsætter udviklingen som nu, bliver servicen ikke bedre, men klart ringere, forklarer fællestillidsrepræsentant Randi Bryde Hansen fra Sygehus Syd i Region Sjælland.

”Jeg tror ikke, der er folk og ressourcer til at opretholde tilbuddene til borgerne. Jeg har jo set, hvordan personalet og budgetterne bliver beskåret det ene år efter det andet. Det er skruen uden ende,” siger Randi Bryde Hansen, der tilhører velfærdspanelet 21 pct. pessimister.

Nye samarbejder

Når mere behandling og pleje foregår derhjemme, kan der komme en række nye partnere med omkring opgaven. Halvdelen af velfærdslederne tror, at private leverandører vil stå for en større del af behandlingen hjemme hos borgerne om ti år.

Lisbet Overvad, social- og sundhedsdirektør i Ringsted Kommune, tror, at private vil vinde markedsandele, fordi de både kan tilbyde praktisk hjælp og så en række andre serviceydelser, som kommunerne ikke har lov til at levere. Se figur 3.

”Når de private leverandører først begynder at levere den personlige pleje, kan de tilbyde borgeren andre serviceydel-

ser. Så kan borgerne få alle deres behov dækket fra en enkelt leverandør, og det vil nogle opfatte som en fordel. Jeg tror, de private vil drage fordel af den situation,” siger hun.

Velfærdslederne beskriver forandringerne, som de ser dem. Behandlingen flytter hjem, den har mulighed for at blive bedre, og den vil kræve samarbejde mellem flere partnere. For Lisbet Overvad handler det også om, at kommunen bliver bedre til ikke bare at fokusere på borgerens sygdom, men på alle aspekter af borgerens liv. Ændring af borgerens adfærd kan nemlig hjælpes på vej både på arbejdet, hjemme og i fritidslivet.

SWOT: Kommuner kan hjælpe kronikere til et bedre liv

■ **Styrker.** Kommunerne ser borgeren som en hel person og ikke alene som en patient med en diagnose. Kommunernes medarbejdere kommer i forvejen i borgernes hjem. Borgerne er ofte tilfredse med den kommunale service.

■ **Svagheder.** Kommunerne er først nu i gang med systematisk indsamling af data om deres indsats over for borgere og patienter. Behandling af borgere i eget hjem bygger kun sjældent på egentlig evidens. Kommuner deler kun i ringe omfang viden og data med hinanden. Sundhedsprofessionelle er ikke uddannet godt nok til for alvor at inddrage patienter i behandlingen af patienters egen sygdom.

■ **Muligheder.** Ny teknologi gør det muligt for borgere selv at overvåge deres sygdom. Flere patienter vil gerne leve et selvstændigt liv med fuldt ansvar for behandlingen af deres sygdom. Sygehuse og kommuner kan spare millioner ved bedre samarbejde om behandling af patienter efter udskrivning.

■ **Trusler.** Sundhedsvæsenets tre parter drukner ofte i deres egne opgaver og får derfor ikke samarbejdet nok om patientens samlede forløb. Regionerne udvikler hver deres model for behandling af kronikere. Opdeling af befolkningen i et sundhedens A- og B-hold. Betaling følger ikke indsats, men institutioner.

Når de seks nye supersygehuse står rundt omkring i Danmark om 8, 9 eller 10 år, vil de have langt færre sengepladser end de sygehuse, de erstatter. Supersygehuse vil derfor stå som funkulende symboler på en udvikling, der sender færre patienter på sygehus og flere til behandling i deres eget hjem. Det vil accelerere en udvikling, der allerede er i gang. Se figur 4.

Rykket fra hospitalsseng til eget hjem bliver en af de største omstillinger i det danske sundhedsvæsen nogensinde. Det vil ændre på fordelingen af opgaver mellem offentlige aktører indbyrdes og mellem offentlige og andre aktører, og det vil rykke ved ansatte og lederes opfattelse af, hvad der er god pleje. Samtidig vil omstillingen give patienterne nye muligheder for selv at tage ansvar for deres sygdom og behandlingen af den.

Langt de fleste kommuner er i gang med en omstilling, hvor de skal løse en lang række nye opgaver over for deres borgere, og hvor en lang række opgaver skal løses på en anden måde end hidtil.

I princippet er udgangspunktet godt, fordi medarbejderne allerede nu har kompetencer til at være hjemme hos patienterne. Mandag Morgens SWOT-analyse viser dog også, at kommunerne også skal bearbejde en lang række svagheder, før de for alvor kan leve op til et mål om at levere god behandling af kronikere i deres eget hjem.

Et problem findes på rådhuset, for behandlingen af patienterne skal typisk ske i samarbejde på tværs af forskellige afdelinger. For meget fokus på egen faglighed inden for den enkelte afdeling kan trække omstillingen i langdrag. Også medarbejderne skal øve sig på nye roller. Når medarbejderens opgave går fra at hjælpe til at træne, betyder det en ny hverdag, hvor de ikke længere siger: "Den klarer jeg, fru Hansen", men i stedet lærer fru Hansen selv at varetage så mange opgaver som muligt.

Netop det forudsætter, at hjemmesygeplejersker og andre fagprofessionelle udvikler nye kompetencer og ikke mindst opfatter deres rolle på en ny måde. Her spiller både uddannelsesinstitutioner, fagforeninger og arbejdspladser væsentlige roller.

”Den største udfordring er at give patienterne mulighed for selv at være med, selv at påvirke udviklingen og allervigtigst opbygge ejerskab til den indsats, der skal til, for at de kan leve et bedre liv med deres sygdom. Hvis man holder fast i en top-down-relation til patienten, er der ingen chance for, at man skaber varige forandringer”, siger Bjarne Bruun Jensen, leder af Steno Center for Sundhedsfremme.

Når kommuner skal behandle kronikere bedre, har de således en lang række styrker og svagheder, og de står over for en række muligheder og trusler.

STYRKER

Fra patient til borger

Når borgeren går ind eller bliver båret ind ad døren til et sygehus, får han et bånd med cpr-nummer om armen og hvidt hospitalstøj på. Borgeren bliver patient. Når han skal udskrives, klipper en sygeplejerske båndet af armen og beder patienten om at aflevere tøjet. Patienten bliver igen til borger.

”Kommunernes styrke er, at vi har fokus på det hele menneske og ikke ”kun” på deres sygdom,” siger René Lorenz, plan- og velfærdsteknologichef, Odense Kommune.

Det kommunale syn på borgeren rummer mange dimensioner. Det kan udgøre et godt fundament for en indsats, der ikke bare handler om en behandling i medicinsk forstand, men om en indsats på en lang række områder,

der tilsammen kan resultere i en bedring af patientens tilstand. Netop den sammentænkning er ifølge Lene Sillasen, formand for Det Nationale Forebyggelsesråd og adm. direktør for Sundhed og Omsorg i Københavns Kommune, kommunernes styrke nummer ét.

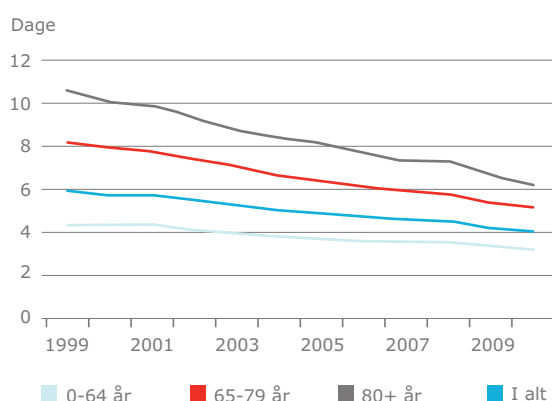
”Vi ser borgeren som en hel person og er vant til at arbejde på tværs af diagnoserne for de kroniske sygdomme. Vi står for mange forskellige indsatser og giver patienterne træning, sociale ydelser og en patientuddannelse,” siger Lene Sillasen.

I forhold til sygehusets personale kommer hjemmesygeplejerskerne og sosu-assistentene oftere i patienternes eget hjem, kender området og kvarteret bedre og vil derfor ofte have et bredere kendskab til borgeres livssituation.

Hjemme hos den enkelte borger bliver kommunens personale, trods store forskelle mellem serviceniveauer i kommunerne, modtaget med tilfredshed. 86 pct. af modtagerne af praktisk hjælp er tilfredse eller meget tilfredse med hjælpen, og 90 pct. af modtagerne af personlig pleje er ligeledes tilfredse eller meget tilfredse, viser en undersøgelse for Indenrigs- og Socialministeriet og KL fra 2009. Se figur 5.

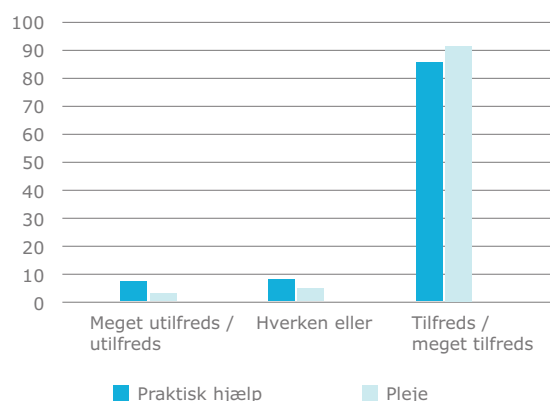
Enkelte kommuner er nået langt i arbejdet med at redefinere både medarbejderens opgaver og rolle over for borgerne og, ikke mindst, hjælpe borgerne til igen at tage aktivt del i deres hverdag. Et eksempel på dette er Fredericia kommune.

Sygehuse sender patienter hurtigere hjem



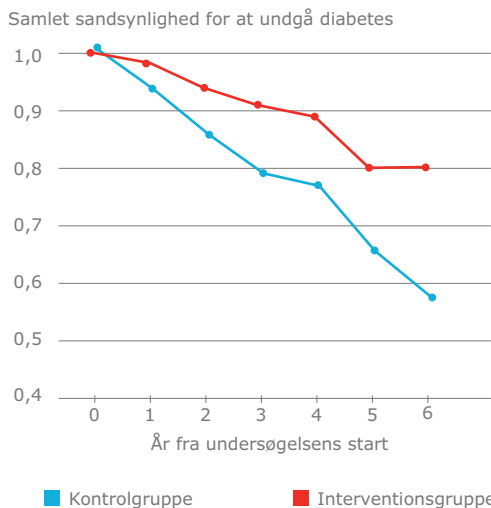
Figur 4: Gennemsnitlig liggetid for somatiske patienter, 1999-2010. Patienter i alle aldersgrupper sendes hurtigere hjem. Faldet i antal liggedage har været størst for de ældste – der også oftest er de mest plejkrævende. Kilde: KL, 2011.

Tilfredshed med hjælpen



Figur 5: Borgernes tilfredshed med praktisk hjælp og personlig pleje, pct. De fleste borgere er tilfredse med kommunernes service, når det kommer til praktisk hjælp og pleje. Kilde: Capacent, for KL og Indenrigs- og Socialministeriet, 2009.

Finsk forsøg: Rådgivning reducerer udbrud af diabetes



Figur 6: Den samlede forekomst af diabetes var 58% lavere for forsøgets interventionsgruppe. Interventionsgruppen havde udover standardinformation om sund levevis også modtaget individuel rådgivning. Kilde: New England Journal of Medicine, maj 2001.

”Her har hjemmehjælperne fået nye opgaver og bliver nu kaldt hjemmetrænere, der øver borgerne i selv at udføre så mange opgaver som muligt. Også når det kommer til forebyggelse, er der kommunale eksperimenter i gang.

Holstebro er den første kommune i landet, som efter finsk inspiration har udviklet et tilbud til borgere, der er ved at udvikle diabetes. Har en borger først fået diagnosen ”præ-diabetes”, viser erfaringer, at mere end hver tredje udvikler diabetes efter mellem 3 og 4 år. Derfor giver det god mening at arbejde sammen med borgerne for at ændre den adfærd, der er med til at forcere udviklingen af deres sygdom.

Det finske forsøg viser såvel en klar sammenhæng mellem ændringer af livsstil og færre forekomster af diabetes som en sammenhæng mellem den udførte rådgivning og fald i antallet af forekomster. Holstebro Kommune arbejder sammen med Almen Medicin, Aarhus Universitet om at dokumentere effekten af indsatsen over for ”præ-diabetikere.”

”I Holstebro Kommune synes vi, at resultaterne fra det finske forskningsprojekt er meget interessante. Resultaterne

fra Finland er imidlertid baseret på længerevarende individuelle interventioner. Vi er optaget af, om resultaterne kan overføres til en gruppeintervention, som både er realistisk at implementere i en kommune og realistisk at deltage i for borgerne, fortæller direktør for Kultur og Sundhed i Holstebro Kommune Anders Kjærulff (se figur 6)

En del af behandlingen sker i samarbejde mellem sygehuse og kommunale hjemmesygeplejersker. Her kan manglende kendskab til hinandens kompetencer forhindre opbygningen af den tillid, der er fundamentet for et godt samarbejde. Københavns Kommune sender sammen med Region Hovedstaden systematisk sygehusenes sygeplejersker og hjemmesygeplejerskerne på kurser sammen.

”Når noget af behandlingen flytter ud i kommunerne, skal sygehusene tro på, at vi kan løfte opgaven. Derfor er det en god ide, at sygehusenes og kommunernes medarbejdere udvikler kompetencerne i fællesskab. Det gør det også nemmere at dele viden og data bagefter,” siger Lene Sillasen, formand for Det Nationale Forebyggelsesråd og adm. direktør for Sundhed og Omsorg i Københavns Kommune.

Ændret adfærd er grundlaget for behandlingen af langt de fleste kroniske lidelser. Patienterne eller borgerne skal bevæge sig mere, spise mindre, særligt mindre fedt, og selvfølgelig helst lægge tobakken på hylden. Dette fælles grundlag kan kommunerne tage udgangspunkt i, når de skal sammensætte tilbud til deres kronikere.

”Langt over halvdelen. Ja, måske tre fjerdedele af indsatsen over for de forskellige kronikergrupper består af de samme redskaber. Kan vi samle borgere på tværs af deres diagnoser, får vi mere volumen og kan gøre behandlingen mere effektiv. Det er vi ved at gøre i København, hvor vi samler patienterne i sundhedshuse. Her mødes forskelligt diagnosticerede patienter og træner sammen. Vi kan bedre følge de faglige standarder for behandlingen, og vi kan samtidig effektivisere indsatsen, når det foregår her,” siger Lene Sillasen.

SVAGHEDER

Kommunerne vil selv – men kan de?

Forsiden af medaljen handler om det kommunale selvstyre, bagsiden om en ”vi er os selv nok”-holdning, der gør udveksling af viden mellem kommuner til undtagelsen.

Sådan lyder kritikken fra Danske Patienter, der efterlyser systematisk udveksling af data og viden om, hvordan den enkelte kommune behandler sine kronikere, og ikke mindst om de behandlingsformer, der virker bedst.

”Kommunerne specialiserer sig ofte i hver deres område og deler ikke systematisk deres viden. Der er derfor ikke et samlet overblik over, hvad der virker, og hvad der ikke virker,” siger Annette Wandel, chefkonsulent, Danske Patienter.

Her er der meget store forskelle mellem regioner på den ene side og kommuner på den anden side. De to administrative niveauer tager udgangspunkt i hvert sit lovgrundlag. Regionerne i sundhedsloven og kommunerne i serviceloven. Hvor sundhedsloven stiller en række krav til den behandling, regionerne og deres sygehuse skal levere, opstiller serviceloven bredere formulerede mål for den kommunale service. Oven på lovgrundlaget og de forskellige sæt af krav har regioner og kommuner udviklet hver deres kultur. Regionernes hospitaler er gennemsyret af en evalueringskultur, hvor særligt læger hele tiden spørger til evidensen af en behandling, hvad enten der er tale om medicin eller kirurgi. En tilsvarende kultur findes ikke i samme grad i kommunerne, hvor der særligt savnes evidens på det sociale område.

Kommunerne er pinligt bevidste om behovet for mere evidens om deres indsats: ”Vi skal have udviklet mere evidens. Målemetoderne og begreberne skal på plads, så vi kan se, om vi f.eks. opnår den ønskede effekt af patientens træning,” siger Peter Kjærsgaard Pedersen, kontorchef i KL, Social- og Sundhedspolitik. Evidensbehovet går hånd i hånd med ønsket om at skabe løsninger, der virker,

og som derfor kan kopieres og udbredes. Se boks. Mange års diskussion om sammenhængende patientforløb har blandt andet betydet, at de nu indgår i alle fem regioners sundhedsaftaler med kommunerne. Men der er stadig et stort potentiale for forbedringer, der kan sikre et velfungerende samarbejde om at sikre hver enkelt patient det bedst mulige behandlingsforløb.

Patienten – en aktiv medspiller

Behandling af kronikere handler ikke bare om sygehuses og kommunernes indsats og om opbygningen af et langt tættere netværk end i dag. Det helt afgørende er, at borgeren er motiveret for og lykkes med at ændre livsstil. Her viser erfaringerne, at mange patienter kun holder ved nye vaner, så længe de deltager i regionernes eller kommunernes på forhånd tilrettelagte forløb. Lene Sillasen erkender, at det ”store spørgsmål er, hvordan vores tilbud kan være effektivt, også når patientens kurser på patient-skolen stopper”.

Telemedicin kan være et middel til at hjælpe patienter med at holde fast i de nødvendige ændringer i livsstilen. Patienterne kan for eksempel få genoptræning hjemme, hvor instruktionen sker via en skærm i patientens stue, eller teknologien kan betyde, at patienten selv måler blodtryk. Men kommunerne skal sætte ind med mere end teknologi, hvis de skal hjælpe borgerne med at fastholde en forandret livsstil og dermed bedre behandling.

Inspirationsindhentere i verdensklasse

I Singapore arbejder man systematisk med det, danske kommuner ikke er så gode til: Man lader sig inspirere til løsninger fra andre. I arbejdet med at udvikle velfærdsløsninger henter man i Singapore systematisk inspiration fra hele verden.

”Vi kan lære af alle. Jeg tror, at mellem 70 og 80 pct. af vores politik bygger på erfaringer, vi har overført fra andre dele af vores egen administration eller fra andre lande,” siger Neo Boon Siong, der er professor ved Nanyang Business School under Nanyang Teknologiske Universitet.

Singaporeanerne har f.eks. overført et servicekoncept fra et biludlejningsfirma til deres jobcentre. Det betyder, at borgerne ikke trækker et nummer, men registrerer sig, når de kommer, og derefter bliver de kaldt hen til en ledig medarbejder med navns nævnelse. Der er dog ikke tale om rent plagiat.

”Vi lærer, men vi kopierer ikke. Vi krydser en mental grænse for os selv, når vi henter inspiration over hele verden. Det er den måde, hvor vi hele tiden udfordrer os selv; den måde, hvorpå vi forhåbentlig hele tiden kan forbedre vores praksis,” siger han.

Direktør i Rambøll Management Ejvind Jørgensen, der har studeret Singapore tæt, mener, at Danmark har ufattelig meget at lære.

”Vi siger, vi er gode til at dele viden her i Skandinavien, men i Singapore gør de det helt konsekvent. De ganger en dansk indsats med to eller tre og er utrolig stolte, når de har kunnet hente inspiration hjem og drejet og tilpasset den, så den passer til deres brug. Der er jo ingen offentlige ledere i Danmark, som vil prale af, at de har hentet inspiration udefra, når de præsenterer en ny udvikling. I Danmark tror vi alt for tit, at vores egne ideer er de bedste,” siger Ejvind Jørgensen.

For Bjarne Bruun Jensen, leder af Steno Center for Sundhedsfremme, handler det i meget høj grad om, hvordan de kommunale behandlere kommunikerer med patienterne. "Hvis vi skal skabe forandring, der holder, når de professionelle trækker sig tilbage fra patienterne, så skal de undervejs hjælpe patienterne til selv at opbygge ejerskab af processen. Succesen afhænger af, om patienten aktivt tager del i undervisningen og tager ejerskab af ønsket om at ændre livsstil," siger han.

Han peger på et stort behov for udvikling af sundhedspædagogikken – det vil sige den måde fagprofessionelle møder borgerne på. F.eks. viser erfaringer fra Storbritannien i det såkaldte Desmond-program, at patienter lærer mest i forløb, hvor underviseren taler mindst og altså giver plads til dialog med patienten. Også erfaringer fra Diabetesskolen på Århus Universitetshospital viser, at patienter efterspørger en dialogbaseret undervisning, hvor underviseren ikke bare afleverer et i sig selv fagligt korrekt budskab, men også har tid til at tale med og lytte til sine patienter.

Korte perspektiver – lange behov

Kroniske sygdomme udvikles typisk over en længere år-række. De kan til en vis grad forebygges, men det kræver en meget langsigtet planlægning. Det kan forklare, hvorfor der tales meget om forebyggelse, når det gælder kost, rygning, alkohol og motion, mens det kniber med konkret og ikke mindst økonomisk handling.

"Spørgsmålet er, om vi tør se det lange perspektiv, når vi skal prioritere vores indsats", siger René Lorenz, plan- og velfærdsteknologichef i Odense Kommune.

KL har beregnet, at kommuner har afsat godt 500 millioner kr. til forebyggelse og sundhedsfremme i budgettet for 2011. Det svarer til ca. 40 øre for hver 100 kroner, der samlet set bruges på sundhed. I praksis taber den borgerrettede forebyggelse i kommunerne ofte prioriteringskampen til de store velfærdsområder som børnepasning, ældrepleje og skoler.

Ved at trække patienterne ind i deres egen behandling, skifter opgaverne karakter for de sundhedsprofessionelle. Det gælder i særlig grad, når ny velfærdsteknologi flytter hjem til patienterne.

"Telemedicin kan give borgerne nye muligheder, men det ændrer også sygeplejerskernes og de andre fagprofessionelles rolle. Derfor skal vi arbejde med kulturer og holdninger, når vi begynder at bruge telemedicin. Nogle mener for eksempel, at det kan være problematisk, hvis kontakten med patienterne foregår via en skærm. Her skal vi i dialog med personalet," siger Anders Kjærulff, direktør for Kultur og Sundhed i Holstebro Kommune.

MULIGHEDER

Teknologien rykker hjem til patienterne

Netop telemedicin kan blive det helt afgørende redskab, når opgaverne holder flyttedag fra sygehuse til borgernes eget hjem. Forventningerne er meget store og projekter afprøves i storskala over hele landet, godt hjulpet på vej af 3 mia. kr. i Fonden for Velfærdsteknologi (tidligere ABT-fonden). Samtidig har National Sundheds-it under Indenrigs- og Sundhedsministeriet fået til opgave at udarbejde en national strategi for telemedicin inden udgangen af 2011. Strategien skal koordinere og styre den telemidicinske indsats på tværs af kommuner, regioner og stat.

"Velfærdsteknologi, der virker, indebærer hurtigere processer og mindre spild. På tværs af fagområder og sektorer får den enkelte en mere relevant indsats, og det offentlige skal bruge færre ressourcer. En løsning udviklet ét sted – f.eks. tolkning via telekonference – som gør, at borgere og medarbejdere kan se hinanden på en skærm og derfor ikke behøver være fysisk til stede i det samme rum, kan også bruges af læger, hjemmehjælpere og sagsbehandlere i borgerservicecentre," siger Martin Nordentoft Rasmussen, sekretariatsleder i Fonden for Velfærdsteknologi.

De første dokumenterede erfaringer med telemedicin i stor skala stammer fra Skotland, hvor 29.000 patienter fra 2006 til 2010 har haft adgang til de nye løsninger. Erfaringerne herfra er entydigt positive. De telemidicinske løsninger har ført til besparelser svarende til 410 mio. kr. samt tilfredse patienter og pårørende. Se boks, side 20. Mens skotterne kan henvise til erfaringer fra 4 års praksis med telemedicin, spirer projekterne frem i Danmark. Her er forsøgene fra bl.a. Region Syddanmark med at behandle diabetikeres fodsår hjemme særligt interessante. Når hjemmesygeplejersken besøger sine patienter, kan hun fotografere sårene og sende dem til udtalelse hos ekspertten på et hospital. Hun kan så få vejledning i, hvilken creme hun skal bruge, og hvilken type forbindelse hun skal lægge, eller få råd om, hvorvidt patienten skal køres til behandling på hospitalet.

De første erfaringer fra Sår i Syd, et projekt i Region Syddanmark, er ligesom de skotske erfaringer positive. Flere sår heler hurtigere, færre patienter skal transporteres til behandling på et hospital, og antallet af amputationer er reduceret med omkring 20 pct.

Økonomisk set tyder en medicinsk-teknologisk vurdering på store besparelser for både region og kommune. Et større projekt i Århus med finansiering fra Fonden for Velfærdsteknologi viser samme resultater.

”Styrken ved telemedicinsk sårbehandling er, at hjemmesygeplejerskerne får ekspertbistand til deres patienter, at forværring bliver hurtigt opdaget, og at der hurtigere kan sættes ændret behandling i gang. I sidste ende er det kun nødvendigt at indkalde patienter til ambulans kontrol eller indlæggelse, hvor det er allermest nødvendigt. De foreløbige erfaringer tyder på, at sårenes helingstid er kortere – det giver mindre gene for patienten og færre behandlingsomkostninger for det offentlige,” siger Martin Nordentoft Rasmussen.

Telemedicin er ikke bare et nyt redskab for de fagprofessionelle, men også for patienterne. I projektet Telekat i Aalborg overvåger KOL-patienter selv deres blodtryk, puls, vægt og iltmætning i blodet og sender det til en platform, som kommunens hjemmesygeplejersker, de praktiserende læger og sygehuset kan trække på efter behov. Undervejs i projektet bliver patienterne mere opmærksomme på, hvordan deres egne handlinger, som f.eks. rygning, påvirker blodets optagelse af ilt. Det øger motivationen til at motionere og f.eks. ryge mindre. Økonomisk set tyder de foreløbige erfaringer på, at færre patienter indlægges eller genindlægges på sygehuset. Region Nordjylland arbejder nu på at implementere Telekat i hele regionen. Se side 25.

Telemedicin vurderes at have store potentialer: ”Løsningserne kan hjælpe borgerne til selv at overvåge deres sygdom eller give vore medarbejdere mulighed for at overvåge patienten i eget hjem. Borgerne kan også få vejledning i ny kost med gode opskrifter eller træningsprogrammer på deres skærm. Teknologi er et af de vigtige redskaber, så det er supervigtigt, at vi får brugt teknologi så meget som muligt,” siger Anders Kjærulff.

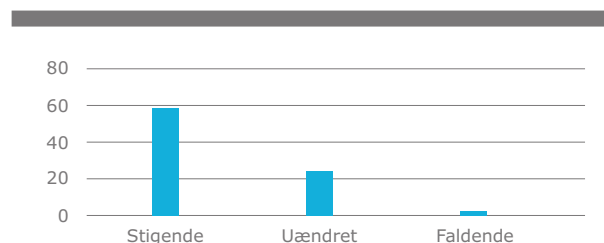
De fleste kommuner, nemlig 60 pct., investerer i dag flere penge i velfærdsteknologi, end de gjorde sidste år. Se figur 7.

Men både eksperter og praktikere peger på, at teknologi slet ikke kan stå alene. Den skal også kunne bruges af både patienter og fagprofessionelle.

”Teknologien skal være brugervenlig. Når en borger med rygerlunger har svært ved at trække vejret, så skal han eller hun bare trykke på en knap for at få ilt. Det må ikke være kompliceret,” siger Birgit Lübker, projektchef, Teknologisk Institut. Hun opfordrer til, at teknologi og pleje udformes med udgangspunkt i patientens behov, dvs. udefra og ind i systemet. Designes projekterne efter kommuners behov for at spare penge, risikerer man, at de ikke bliver brugt efter hensigten.

Behandlingen af kronikere i hjemmet er i dag en offentlig opgave, men det er langt fra sikkert, at det fortsætter

Kommuner investerer i velfærdsteknologi (pct. / kommune)



Figur 7: Udgifterne til velfærdsteknologi er stigende i de fleste kommuner. Kilde: It i praksis 2011, Rambøll og Dansk IT. Note: Knap 60 pct. af forretnings- og it-ansvarlige i kommunerne forventer, at udgifterne til velfærdsteknologi vil stige de næste tre år.

sådan. Allerede i dag kan borgeren købe sin egen blodtryksmåler i den lokale Matas eller på nettet.

”Flere og flere borgere køber udstyr, som de tidligere blot kunne låne af på sygehuset eller hos kommunen. Det kan aflaste det offentlige, hvis udstyret er i orden. Når en patient f.eks. sender data fra sine blodtryksmålinger til lægen, skal lægen være sikker på, at apparatet virker, som det skal, så data kan anvendes,” siger Birgit Lübker.

Samarbejde forbedrer behandlingen af patienter

Bedre behandling af kronikere i eget hjem forudsætter et godt samarbejde mellem de tre offentlige nøgleaktører i kronikerens liv: sygehuse, praktiserende læger og kommuner.

Netop dette samarbejde beskrives af eksperter og frontlinjerepræsentanter alt for ofte som en akilleshæl. Hver af de tre aktører tænker rationelt nok først på at optimere udførelsen af sine egne opgaver. Men derfor kan samarbejdet hele tiden blive henvist til en prioritering som nummer to på listen over opgaver. Det gør den samlede indsats mindre effektiv, og det går i sidste ende ud over borgeren. Risikoen er, at hans patientforløb bliver fragmenteret og hans behandling derfor bliver dårligere.

Sundhedsaftaler og forløbsprogrammer skal hjælpe til en mere fast organisering af samarbejdet. Og der er store potentialer ved at samarbejde om behandling af patienterne. Det viser erfaringer fra en række kommuner i Region Midtjylland, hvor en praktiserende læge sammen med hjemmesygeplejersken tager med hjem, når en ældre medicinsk patient udskrives fra et af sygehusene i den vestlige del af regionen. Det forhindrer mange genindlæggelser og sparer penge. Se side 21.

”Modellen fra Ringkøbing er rigtig god, men vi arbejder også på andre modeller, der ikke er så afhængige af de

praktiserende lægers indsats. Det er ikke altid, at de føler, at de har tiden til at tage på hjemmebesøg,” siger Peter Kjærsgaard Pedersen, kontorchef i KL, Social- og Sundhedspolitik.

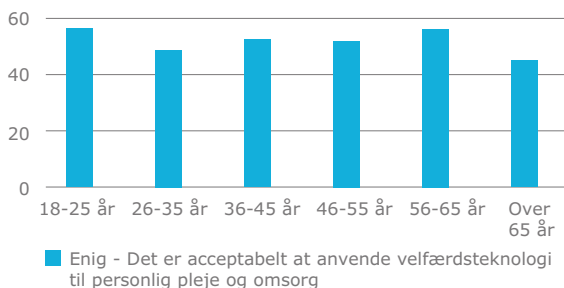
Kommuner og regioner kunne høste store gevinster ved at tage ved lære af de bedste inden for hvert enkelt forebyggelses-, behandlings- og genoptræningsområde. Det sker langt fra altid. Et eksempel er regionernes aktuelle arbejde med forløbsprogrammer, hvor de fem regioner implementerer hver deres model.

”Der ville være mere perspektiv i en fælles procedure, så vi undgår, at en kroniker får ét tilbud i hovedstaden og et andet tilbud i Region Syddanmark. Forløbsprogrammerne har i dag meget overordnede mål. Der er altså ingen retningslinjer for vores indsats med træning, rygestop, kostvejledning og patientrådgivning, som er de fire elementer, man skal have. Her kunne man lære af sundhedsvæsenet, der arbejder med fastsatte standarder for behandling,” siger Lene Sillasen, formand for Det Nationale Forebyggelsesråd og adm. direktør for Sundhed og Omsorg i Københavns Kommune.

Selv er patienterne klar til at påtage sig flere opgaver hjemme. Se figur 8.

”Man arbejder ikke op ad en forståelsesmæssig bakke, når man taler om behandling i eget hjem. Der er så at sige medvind på det holdningsmæssige plan. Patienterne foretrækker behandling hjemme, her bliver de ikke til en patient, men kan være sig selv. De kan gå rundt med deres eget tøj på, og de føler sig ikke umyndiggjort som på et hospital,” siger Annette Wandel, chefkonsulent i Danske Patienter.

Borgere vil have velfærdsteknologi (pct.)



Figur 8: Et flertal af borgere op til 65 år siger ja til anvendelsen af velfærdsteknologi hjemme hos dem selv, og over 40 pct. af de ældste er klar. Kilde: It i praksis, 2011, Rambøll og Dansk IT.

Kulturelt set er store patientgrupper klar til selv at rykke på behandlingen af deres egen sygdom. De er samtidig klar til at bruge ny teknologi – og det gælder også de ældste medborgere. Se figur 8.

TRUSLER

Behandlingens Bermuda-trekant

Den geografiske Bermuda-trekant sætter skibes kompas ud af kraft og er bl.a. derfor hjemsted for spektakulære forlis. I overført betydning betegner en Bermuda-trekant et sted, hvor det meste går galt.

Lige netop derfor er det forstemmende, at samarbejdet mellem sygehuse, praktiserende læger og kommuner om behandlingen af deres fælles patienter ofte betegnes som en Bermuda-trekant, hvor hensynet til patienterne bliver skubbet ned fra en ellers naturlig plads som nummer et på prioriteringslisterne.

”Langt den største barriere for et effektivt forløb er, når regionerne, kommunerne og de praktiserende læger ikke taler ordentligt sammen – og når de økonomiske incitamenter ikke handler om det bedste udfald for patienten, men om, hvordan regionerne, lægerne og kommunerne hver især optimerer deres indsats,” siger Annette Wandel. Problemet er stort og erkendt: ”Hvis ikke regionerne, de praktiserende læger og kommunerne bliver bedre til at arbejde sammen, kan vi ikke give patienterne de rigtige tilbud,” siger René Lorenz, plan- og velfærdsteknologichef i Odense Kommune, helt enkelt.

Men det er lettere at påpege behovet for samarbejde end at gennemføre det i praksis. Et stort problem er, at de tre centrale parter ikke umiddelbart kan dele data. Det kommende medicinkort vil tilbyde fælles adgang til de relevante data om en patients medicin. Men datadelingen mangler, når det kommer til andre dele af den behandling, hospitalets læger eller den praktiserende læge sætter i gang, og når det gælder adgang til e-journaler.

”I dag har sygehusene én journal på patienterne, de praktiserende læger en anden og kommunerne en tredje. Manglende udveksling af basale data er en barriere for effektive patientforløb,” siger René Lorenz.

Money makes the treatment go round

Opgaver flyttes i dag fra sygehuse til kommuner. Det giver besparelser på sygehusene og udgifter hos kommunerne. Kampen om pengene er med til at definere det rum, hvor hjemmebehandling bliver besluttet. Kommunerne har allerede været ude med de store budskaber. ”Pengene skal

følge opgaverne,” siger for eksempel Peter Kjærsgaard Pedersen, kontorchef i KL, Social- og Sundhedspolitik. Sammenhængen mellem udgifter til forebyggelse og besparelser fra indlæggelser, der så ikke behøver at finde sted, er ikke altid klar.

”Vi vil gerne forebygge indlæggelser, men det er bestemt ikke nogen god forretning for kommunerne. Derfor skal man se på den samlede finansieringsstruktur,” siger Lene Sillasen.

Forløbsprogrammer regulerer lige nu håndteringen af kronikerindsatsen. Men finansieringen sker via puljer, der udløber i 2013. Derefter er finansieringen af de sammenhængende patientforløb usikker, fortæller Peter Kjærsgaard Pedersen.

De uklare sammenhænge mellem de midler, man som offentlig aktør putter ind i forebyggelse og behandling, og de potentielle besparelser, man kan høste ved at være dygtigere til at hjælpe borgerne til et sundt liv, er i sig selv en stopklods for udviklingen.

A- og B-holdet

Ulighed i sundheden er ikke et nyt fænomen. Det har altid været sammenhæng mellem at være syg og fattig, og rig

og rask. Men et øget ansvar for egen behandling, forebyggelse og genoptræning kan risikere at øge denne forskel. Det kan også betyde, at endnu flere midler bliver bundet af de svage grupper, mens de selvhjulpne måske vil spørge, hvilken service de egentlig får for deres skattepenge.

”En stor del af befolkningen vil selv have kontrol med deres eget liv og er klar til at lægge om på vaner og livsstil, hvis det bliver nødvendigt. Men en anden del af befolkningen mestrer det ikke. Forskellen mellem de to grupper bliver større og større, hvis vi ikke gør en indsats,” siger René Lorenz, plan- og velfærdsteknologichef, Odense Kommune.

Det betyder imidlertid noget for opbakningen til sundhedsydelse og de offentlige aktører, om alle borgere oplever, at de kan få hjælp. Også de mere ressourcestærke.

”Vi vil gerne tilbyde borgerne den hjælp, de har brug for. Allerede i dag betyder det, at vi bruger rigtig mange ressourcer på borgere med de dårligste forudsætninger og langt færre ressourcer på den gennemsnitlige borger. Hvis opdelingen af befolkningen i et sundhedsmæssigt A-hold og et B-hold uddybes, tror jeg, det bliver sværere og sværere at forklare vores prioriteringer,” siger Anders Kjærulff, direktør for Kultur og Sundhed i Holstebro Kommune.

Skotland – telemedicinske løsninger sparer millioner

Sensorer, der giver besked, hvis ældre falder, alarmer, der aktiveres, hvis demente forlader hjemmet, og andre telemedicinske løsninger, der overvåger behovet for pleje og assistance. Tilsammen har nye løsninger som disse sparet det skotske sundhedsvæsen for næsten 50 millioner pund i perioden 2006-2010. Det viser en evaluering af en investering på 16,4 millioner pund i udvikling og implementering af telemedicin i den skotske plejesektor.

Der er tale om den første implementering af telemedicinske løsninger i større skala, hvor 29.000 patienter har haft adgang til basal telemedicin. Det drejer sig først og fremmest om sensorer og alarmer, der kan fortælle det lokale sundhedscenter eller pårørende, om f.eks. en dement borger forlader sin lejlighed eller hus. Der kan også være tale om røgalarmer eller faldalarmer.

Halvdelen af den opnåede besparelse er sket, fordi patienter kan blive længere i eget hjem, mens en tredjedel af besparelserne skyldes, at patienter indlægges færre gange på hospital. Konkret handler det om 1.500 hospitalsudskrivelser, man har kunnet gennemføre, og 6.600 uplanlagte indlæggelser, man har undgået. Derudover er 2.650 indlæggelser på plejehjem blevet undgået i den fireårige periode. Derved har man sparet:

- 346.000 plejehjemsovernatninger
- 65.000 sengedage på hospitaler (tidligere udskrivelser og undgåede genindlæggelser)
- 35.000 natlige overnatninger / vågen ved den ældre
- 411.000 kontrolbesøg.

Udbredelsen af telemedicin har ikke kun ført til økonomiske besparelser. Flere af de pårørende rapporterer, at de føler sig mere trygge, fordi plejepersonale hurtigt kan rykke ud, hvis en dement borger forlader sit hus eller falder om på gulvet.

Mere end 80 procent af brugerne af de telemedicinske løsninger er 65 år eller ældre, og ca. hver femte er dement.

Kommunerne skal hjælpe borgerne til ny livsstil

Kommunerne har fået en central rolle i nye netværk mellem hospital, praktiserende læge og hjemmesygeplejerske. Koordinerede hjemmebesøg mindsker genindlæggelser for patienter med kroniske lidelser, og behandling af borgere med kroniske sygdomme i eget hjem kan spare både kommuner og regioner for tusindvis af kroner – per patient. Ny, enkel velfærdsteknologi flytter opgaver fra hospitaler til netværk med patienten i centrum og aktører fra hospitaler, kommuner og praktiserende læger. Behandling med udgangspunkt i netværk afløser behandling med udgangspunkt i institutioner.

Borgerne skal i videst muligt omfang leve, som deres læge har sagt. Det handler både om, at de skal tage den rigtige medicin på det rigtige tidspunkt, spise sundt, måske holde op med at ryge eller begynde at motionere. Det er ikke noget nyt. Men det står stadig klarere, at kommunen har en central rolle i at hjælpe borgeren med at styrke sin egen sundhed. Det vil give et bedre liv med sygdommen, og det vil spare kommunen tusindvis af kroner for hver patient. Genindlæggelser og forværring af sygdommen kan langt hen ad vejen undgås med rettidig omhu. De første cases, der dokumenterer dette i stor skala herhjemme, er netop blevet evalueret. Resultaterne er spændende læsning for både kommunaldirektører og patienter.

Nye undersøgelser tyder på, at kommunerne kan påtage sig rollen som "drivere" af forebyggelse og sund levevis. Den såkaldte Glostrup-undersøgelse dokumenterer, at kommunerne kan undgå genindlæggelser og derved spare penge, hvis de arbejder systematisk på at hjælpe kronisk syge og ældre til at leve sundt. Erfaringerne herfra er taget med videre i et større projekt i Region Midtjylland, der også viser meget positive resultater.

Men samarbejdet med de andre partnere rundt om patienten er en afgørende forudsætning for succes. Sker det, kan man både få besparelser og mere tilfredse patienter. Det lyder ellers som to uforenelige størrelser. Men i den vestlige del af Region Midtjylland er det lykkedes. Her flytter en del af behandlingen af patienter med kroniske lidelser hjem i patientens egen stue. Det sker i et nyt samarbejde mellem hospitaler, praktiserende læger og de kommunalt ansatte hjemmesygeplejersker.

"Det er måske det bedste projekt, jeg nogensinde har evalueret," siger sundhedsøkonom Jakob Kjellberg, Dansk

Sundhedsinstitut, om projektet i den vestlige del af Region Midtjylland. Han har gennemført omkostningsanalysen for forsøget med kollegaen Anne Sophie Oxholm. "Behandlingen i netværket virker rigtig godt og giver en betydelig nettobesparelse. Vores hovedbudskab er, at kommunerne og regionerne får den investerede kapital tilbage – flere gange," siger Jakob Kjellberg.

Succes med hjemmebesøg i Region Midtjylland

Når ældre medicinske patienter udskrives fra et hospital, er risikoen for genindlæggelse stor. I projektet med opfølgende hjemmebesøg styrkes samarbejdet mellem hospitalernes medicinske afdelinger, de praktiserende læger og de kommunale hjemmesygeplejersker.

Seks kommuner deltager: Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern, Struer.

Tre hospitaler i Hospitalsenhed Vest (Region Midtjylland) deltager: Herning, Holstebro og Ringkøbing regionshospitaler.

Projektleder Else Rose Hjortbak fra Hospitalsenhed Vest anslår, at projektet omfatter mere end 400 medarbejdere på hospitalerne, først og fremmest sygeplejersker, og langt flere i den kommunale hjemmesygepleje.

Projektet er i drift og bygger videre på og bekræfter erfaringerne fra et pilot-projekt, der oprindeligt fandt sted i Glostrup (Glostrup-modellen).

I projektet besøger en praktiserende læge sammen med en kommunalt ansat hjemmesygeplejerske ældre patienter tre gange i løbet af de første to måneder, efter de er udskrevet fra et hospital. Patienterne er alle fyldt 78 år, men mange er meget ældre. Der er tale om de hårdest ramte patienter, hvoraf mere end halvdelen, 55 pct., lider af en eller flere kroniske sygdomme.

Jakob Kjellberg peger på, at både kommuner og regioner kan realisere en økonomisk gevinst meget hurtigt, dvs. i løbet af et halvt år.

Det bekræfter funktionsleder af sundhedsfremme og forebyggelse Henriette Haase Fischer i Struer Kommune, en af de seks kommuner, hvis ældre patienter har deltaget i projektet. Se boks s. 21.

”De ældre patienter føler sig ofte utrygge, når de hurtigt bliver sendt hjem fra hospitalet. Jeg er glad for, at vi kan udvide den kommunale service over for dem. Det giver både tryghed og mere livskvalitet. Men kommunerne er så pressede lige nu, at vi ikke bare kan henvise til tryghed og livskvalitet og af den grund tilbyde mere service. Vi skal kunne dokumentere, at patienterne så også bruger sundhedsvæsenet mindre. Og det ved vi nu, at de gør,” siger funktionsleder Henriette Haase Fischer, der mener, at omkostningsanalysen kan få afgørende betydning for, at modellen kan udbredes.

Regionsrådet i Region Midtjylland har besluttet, at alle ældre patienter over 78 år, der udskrives fra en medicinsk afdeling på et af regionens hospitaler, skal have det samme tilbud som i Vestjylland. Udbredelsen vil ske lidt efter lidt, fordi det tager et halvt år at forberede medarbejdere og ledelse på de involverede afdelinger på samarbejdet.

”Alle har travlt i forvejen, og vi skal være sikre på, at alle er klar over, hvad der skal ske, når vi går i gang i et nyt område af regionen,” siger kontorchef Jens Bejer Damsgaard, Region Midtjylland.

De ældre skal gerne af sig selv efterspørge opfølgning hjemme, fordi de har kendskab til ordningen. Så er projektet endeligt gennemført, mener Jens Bejer Damsgaard.

Hjemmebesøg genopfundet

Når Lars Foged, praktiserende læge i Skjern, og en hjemmesygeplejerske fra kommunen sætter sig til rette ved bordet hjemme hos en af de ældre patienter, gennemgår de patientens sygdom og behandlingen sammen med patienten. Selv er Lars Foged tilfreds med at flytte en lille del af sin konsultation fra sin praksis og ud til patientens eget hjem:

”Det er en sårbar gruppe af patienter, som vi besøger hjemme. Det er ikke nok at se dem på klinikken. Vi skal ud og se, hvilken medicin de har stående i deres køkken-skab, og være helt sikre på, at de får den rigtige medicin og også tager den,” siger han.

Så enkelt det kan lyde, så svært er det, når patienten skal gøre det rigtige til hverdag. Lars Foged og hjemmesygeplejersken finder ofte fejl. Det kan være, fordi der ikke er overensstemmelse mellem de oplysninger, Lars Foged som læge har modtaget fra hospitalet, og de oplysninger, hjemmesygeplejersken har modtaget. Eller det kan være fejl, der opstår, fordi patienten har modtaget recepter på medicin med identiske aktive stoffer, men fra forskellige producenter og derfor med forskellige navne.

”Jeg har besøgt en ældre dement patient, der tog den dobbelte dosis af en type medicin og så slet ikke noget af en anden, som hun også skulle have haft,” siger Lars Foged.

Netop fejlmedicinering er en af de helt store årsager til mange indlæggelser og genindlæggelser. En tidlig dansk undersøgelse fra apotekernes uddannelsescenter Pharmakon anslår, at mellem 68.000 og 160.000 indlæggelser om året skyldes fejlmedicinering. En amerikansk undersøgelse fra 2009 viser, at fejlmedicinering forlænger indlæggelsestiden med 26,1 pct. Derudover viser en undersøgelse fra Esbjerg Kommune, at samtlige kommunens ældre patienter tog forkert medicin.

Så når Lars Foged og en hjemmesygeplejerske tjekker patienternes medicin hjemme, er der meget ofte noget at komme efter. Og hjemmebesøg giver god mening for den enkelte patient, der slipper for ubehag og potentiel indlæggelse på grund af forkert medicinering.

Vaner bremser samarbejdet

På trods af, at der er dokumenteret gode resultater af samarbejde, er netop samarbejde stadig langt fra at være virkelighed alle steder. Og frontlinjelederne ved godt, hvor problemerne ligger.

Medlemmer af Mandag Morgens velfærdspanel med ansvar for social- og sundhedsområdet peger på, at samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og praksislæger møder en række barrierer. Kun 3 pct. af velfærdslederne ser ingen forhindringer for samarbejdet mellem kommuner og hospitaler.

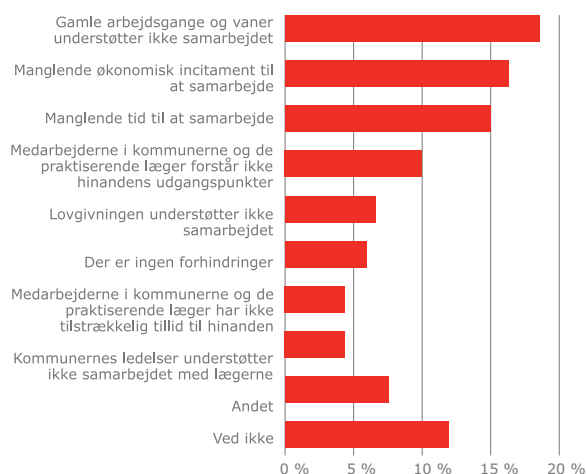
Særlig udfordrende er det, at gamle arbejdsgange og vaner ikke understøtter samarbejdet mellem kommuner og hospitaler. Medarbejderne er også selv en del af problemet, peger velfærdslederne på. De forstår ikke altid hinandens udgangspunkter, og det udgør en barriere. Desuden

Gamle vaner spænder ben

Hvad er efter din vurdering den største forhindring for et godt samarbejde mellem kommuner og hospitaler om plejen og behandlingen af kronikere i eget hjem?



Hvad er efter din vurdering den største forhindring for et godt samarbejde mellem kommuner og praktiserende læger om plejen og behandlingen af kronikere i eget hjem?



Figur 9: Gamle arbejdsgange og vaner er den største forhindring for samarbejde – både mellem kommuner og regioner og mellem kommuner og praktiserende læger. Det viser en undersøgelse i Mandag Morgens velfærdspanel blandt ledere med ansvar for social- og sundhedsområdet.

mangler der økonomiske incitament til at samarbejde, ligesom der mangler tid. Problemet ligger altså primært i vaner og tilskyndelser. Kun 9 pct. peger på lovgivning som barriere, og endnu færre siger, at det er ledelserne, der står i vejen. Se figur 9.

Og billedet er ikke helt forskelligt, når det kommer til samarbejdet mellem kommunerne og de praktiserende læger. Også her vurderer medlemmer af velfærdspanelet, at det er gamle arbejdsgange og vaner, der ikke understøtter samarbejdet, og som dermed bliver en forhindring for at lykkes med bedre behandling.

De svære netværk

De seks vestjyske kommuners og tre regionshospitalers projekt med opfølgende hjemmebesøg bygger på den såkaldte Glostrup-model, der i et pilotprojekt tilbage i 2002 første gang dokumenterede betydelige besparelser ved at følge op med hjemmebesøg efter udskrivning af ældre

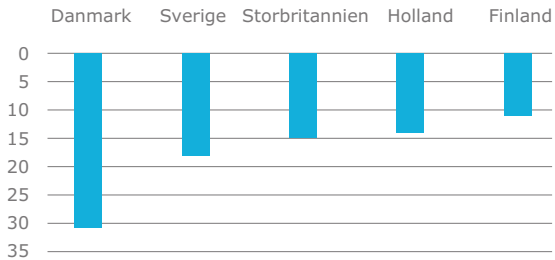
patienter. Nu understreger evalueringen af det langt større projekt i Vestjylland de positive erfaringer – også på det økonomiske område.

“Selve besøgene hjemme kræver ikke investeringer i avanceret udstyr, men det danske sundhedsvæsen har svært ved at koordinere indsatsen på hospitalerne med indsatsen fra de praktiserende læger og indsatsen fra den kommunale hjemmesygeplejerske. Det er den store udfordring og nok den væsentligste barriere for, at modellen ikke allerede nu er udbredt overalt i landet,” siger Jakob Kjellberg, seniorprojektleder ved Dansk Sundhedsinstitut.

Han henviser til, at Danmark i international sammenhæng halter langt efter, når det handler om behandling i netværk. Danmark er et af de lande, hvor den praktiserende læge aflægger færrest besøg hjemme hos patienterne og har færrest møder med kolleger fra andre praksisser og fra ambulatorier og hospitaler. Det er også dem, der holder

Danske læger dårligst til behandling i netværk

Samlet rating for Danmark og nabolande, bundkarakter = 35, topkarakter = 7.



Figur 10: Praktiserende læger i Danmark netværker mindst i sammenligning med kolleger fra nabolande. Målt på syv parametre er bundkarakteren 35 point og topkarakteren 7 point. Kilde: Jakob Kjellberg, 2007.

færrest møder med hjemmesygeplejersker og andre kommunale medarbejdere inden for sundhedsvæsenet. Se figur 10.

Deltagerne fra regionshospitalerne, kommunerne og de praktiserende læger bekræfter, at problem nummer ét for at gennemføre projektet handler om at etablere et samarbejde mellem de tre meget forskellige parter.

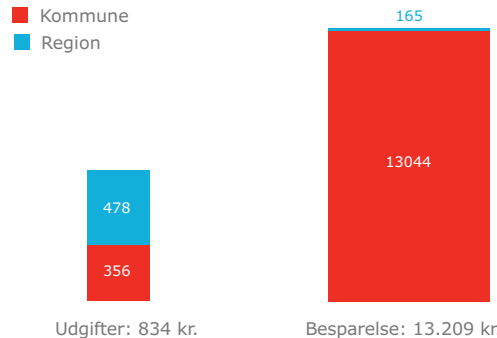
”Vi har forskellige opgaver, og vi tænker også forskelligt. Når vi beder vores sygeplejersker om at udpege de patienter, der skal have opfølgning hjemme, er det f.eks. meget vigtigt, at de ved, at det virker. For ellers bliver det bare en meningsløs opgave, de ikke kan se nogen effekt af,” siger projektleder Else Rose Hjortbak, Hospitalsenhed Vest, Region Midtjylland.

Her hjælper det på engagementet, når DSI-rapporten kan påpege økonomiske besparelser. Det gør også en positiv forskel, når medarbejdere fra den kommunale hjemmesygepleje og praktiserende læger på informationsmøder fortæller om deres gode erfaringer med opfølgningen.

Det er svært at etablere et godt samarbejde på tværs af de organisatoriske strukturer i sundhedsvæsenet i Danmark.

Behandling i netværk - gevinst for kommunerne

Fordelingen af udgifter og besparelser mellem kommuner og regioner.



Figur 11: Det er særligt kommunerne, der kan se frem til store besparelser på ydelser til borgerne ved at følge inspirationen fra ”Glostrup-modellen”.

Note: Kommunale ydelser i projektet omfatter: Indflytning i plejebolig, hjemmehjælp, hjemmesygepleje, visiteret daghjem, visiteret træning efter serviceloven.
Kilde: Kjellberg/Oxholm, DSI 2011

Det bekræfter projektleder Henriette Haase Fischer fra Struer Kommune. Hun peger på afholdelse af kontaktmøder mellem sygeplejersker fra hospitaler, hjemmesygepleje og almen praksis som en vej frem.

”Hospitalerne ved mange gange ikke, hvad vi kan, og hvad vi laver på det forebyggende område her i kommunerne. Det er et af de områder, hvor kommunerne har forstærket indsatsen. Nu gælder det om, at parterne respekterer hinandens indsats,” siger Henriette Haase Fischer.

Rettidige informationer

Behandling i netværk bygger på udveksling af informationer mellem de involverede parter. Det er vigtigt, at den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken hurtigt får de nødvendige oplysninger om de udvalgte patienter fra hospitalerne. Før projektet i Region Midtjylland gik i gang, gik der typisk tre uger, før man kunne få den information, man ønskede sig.

”Når man skal samarbejde på tværs, skal man forstå hinandens verden. Og det er ikke altid tilfældet. Det er meget vigtigt for os, at vi får informationerne hurtigt, særligt når patienterne er så udsatte som vores,” siger Lars Foged, praktiserende læge i Skjern.

Region Nordjylland – projekt Telekat skal rulles ud til hele regionen

Muligheden for at skære antallet af genindlæggelser ned med 50 pct. har sat Region Nordjylland og regionens 11 kommuner i gang med at overføre erfaringerne fra Telekat til egentlig drift.

”Målet er, at de omkring 4.000 patienter med særlig nedsat lungefunktion skal have gavn af erfaringerne fra Telekat,” siger Dorte Stigaard, direktør i Region Nordjylland og med ansvar for regional udvikling, it, kommunikation og innovation.

Hun lægger vægt på, at projekt Telekat både fortæller om patienters gode erfaringer – fordi patienterne føler mere tryghed ved at undgå hospitalsbesøg og selv kunne foretage en del af overvågningen hjemme – og om det økonomiske potentiale. Samtidig ønsker regionen at inddrage private virksomheder i det videre forløb.

”Regionen vil kombinere de behov, som patienter og sundhedsvæsenet har, med de løsninger, som private virksomheder kan tilbyde,” siger Dorte Stigaard. Helt på samme måde, som det kræver en ekstra indsats at samarbejde på tværs i den offentlige sektors forskellige dele, kræver det en ekstra indsats, når det offentlige og private virksomheder skal samarbejde.

”Vi har en ide om, hvor vi kan samarbejde. Men det forudsætter, at man lærer hinanden bedre at kende og bedre forstår hinandens behov. Indtil nu har man alt for ofte sagt til hinanden: I kan jo bare... Nu skal vi have etableret et fælles rum, hvor man taler sammen på nye måder og er mere ydmyg over for hinanden. Man skal lære hinanden bedre at kende,” siger Dorte Stigaard.

Hun håber, at private virksomheder vil præsentere regionen og kommunerne for produkter, der måske anvendes i helt andre sektorer, men som kan tilpasses behovet, når Telekat skal anvendes af så mange mennesker.

”Telekat handler blandt andet om at kunne følge informationer fra den enkelte patient. Her kan private virksomheder måske have erfaringer med track-and-trace fra helt andre anvendelser, vi kan bruge,” siger Dorte Stigaard.

Region Nordjyllands arbejde med at anvende erfaringerne fra Telekat følges af de fire andre regioner, så de ikke sætter tilsvarende projekter i gang. Og hvis der opnås lige så positive resultater med driften i stor skala som i pilotprojektet, er de fire andre regioner klar til også at sætte Telekat i drift.

Nu har regionshospitalet forpligtet sig til at have oplysningerne klar på et såkaldt udskrivningskort i løbet af fem arbejdsdage, hvorefter det første af de tre besøg hjemme hos patienten finder sted.

”Vi opbygger et tværfagligt samarbejde, som smitter af på andre patienter. Vi ser hinanden oftere og kan arbejde bedre sammen, når vi for eksempel skal finde ud af, hvorfor patienten pludselig er blevet så dårlig og skal på hospitalet. Drikker de ikke nok væske? Spiser de ikke ordentligt? Eller hvad det nu kan være. Det handler om den totale vurdering, hvor vi kan supplere hinanden. Det drejer sig overordnet om at undgå nye indlæggelser, og om at patienten får et bedre liv,” siger Lars Foged.

Patienter i ny aktiv rolle

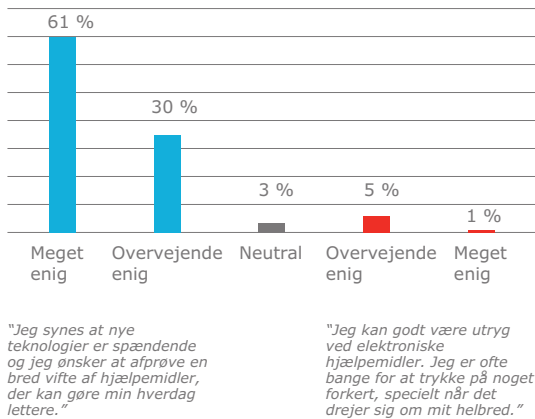
De opfølgende hjemmebesøg bryder med en sygdomsbehandling, der er forankret i en institution som f.eks. hospitaler eller hos hjemmesygeplejersken, og lader i stedet en del af behandlingen fungere i et netværk mellem de tre

aktører i sundhedsvæsenet: hospitalerne, de praktiserende læger og kommunerne.

Enkel teknologi kan give patienter med kroniske lidelser en mere aktiv rolle i behandlingen af deres egen lidelse. Når 71-årige Grethe Skov Andersen fra Aalborg for eksempel selv måler sit blodtryk, lungefunktionen eller blodets iltmætning, er hun en af de stadigt flere kronisk syge danskere, der selv overvåger udviklingen af deres sygdom hjemme og bagefter sender måledata til hjemmesygeplejersken, den praktiserende læge eller en afdeling på et hospital.

Selv er hun mere end tilfreds med at have overtaget dele af ansvaret for overvågningen af sin egen sygdom fra læger, sygeplejersker og hjemmesygeplejersker, der er sundhedsvæsenets faggrupper i Aalborg-projektet, Telekat. ”Det giver mere tryghed”, siger hun i en evaluering. Dermed bryder hun også med forestillingen om, at ældre ikke kan håndtere ny teknologi. En undersøgelse viser

Ældre efterlyser ny teknologi



Figur 12: Hele 91 pct. af de ældre adspurgte er enige i, at det er en god ting at afprøve nye hjælpemidler.
Note: Antal adspurgte voksne danskere: 1.000.
Kilde: Ingeniørforeningen IDA, 2008.

ligefrem, at langt de fleste efterlyser afprøvning af nye teknologier i behandlingen. Se figur 12.

Også økonomisk tyder erfaringerne fra Telekat på, at der er store fordele at hente ved at lade patienter som Grethe Skov Andersen få en langt mere aktiv rolle.

"Antallet af indlæggelser er halveret, og når patienterne er på hospitalet, ligger de der typisk i færre dage," siger Birthe Dinesen, projektleder og ankermand for Telekat samt adjunkt ved Institut for Sundhedsvidenskab og Teknologi ved Aalborg Universitet.

Netværk støtter patienten

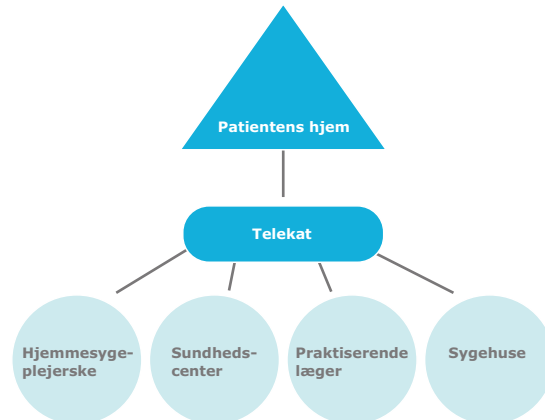
Når de sundhedsfaglige ydelser flytter ud af sundhedsvæsenet helt fysisk, øger det behovet for samarbejde mellem en række forskellige professioner og institutioner.

"Patientens hjem bliver en del af et netværk, hvor mange aktører bidrager. Derfor skal der hele tiden kunne udveksles informationer mellem de enkelte aktører," siger Birthe Dinesen, projektleder og ankermand for Telekat-projektet samt adjunkt ved Institut for Sundhedsvidenskab og Teknologi ved Aalborg Universitet.

Patienterne får selv en del af ansvaret for deres egen be-

Behandling i netværk

Informationsudveksling og deltagere i Aalborg-projektet, Telekat.



Figur 13: Patienter og sundhedsfagligt personale i Aalborgs Telekat-projekt tapper data fra patientmålinger fra en fælles server.
Kilde: Birthe Dinesen.

handling med kontakt til fire forskellige aktører: hjemmesygeplejersken, hospitalet, den kommunale hjemmepleje og de praktiserende læger. Kommunikation, herunder udveksling af data, foregår via Telekats portal, hvor de sundhedsprofessionelle kan tjekke data fra patienternes egne målinger. Se figur 13.

Nye krav til ledelsen

Et projekt som Telekat, der sætter patienten i centrum for mange forskellige aktørers indsats, medfører helt nye krav til ledelse. Det er ikke nok at få udstyr og systemer til at tale sammen – man skal også have mennesker til at tale sammen. Der skal opbygges et samarbejde på tværs af de forskellige enheder, der bidrager til behandlingsforløbet.

"Vi har et fragmenteret sundhedssystem, og derfor har vi brugt det første halve år i projektføreløbet til at tale os ind på hinanden. Folk i hver deres funktion har skullet tænke på tværs og være med til at udvikle et fælles behandlingstilbud til patienterne," siger Birthe Dinesen.

Den positive evaluering af projektet fører nu til, at Region Nordjylland arbejder på at udbrede projekt og erfaringer med behandlingen af KOL-patienter til alle 11 kommuner i regionen.

Fra Herodes til Pilatus: Henrik er diabetiker og har fået en blodprop

Henrik er 50 år og arbejder som salgschef. En dag falder han om på arbejdet og bliver indlagt med akutte smerter i hjertet. Henrik har fået en blodprop. Undersøgelserne på hospitalet viser, at han også har sukkersyge.

Henrik er et eksempel på, at behandlingen ser forskellig ud, alt efter om man ser den fra patientens eller systemets stol.

Systemets plan for Henrik

Behandlingsforløbet er for systemet et lineært forløb, hvor patienten automatisk kommer til de professionelle – fra modtagelse, indlæggelse, ambulans kontrol og til rehabilitering.

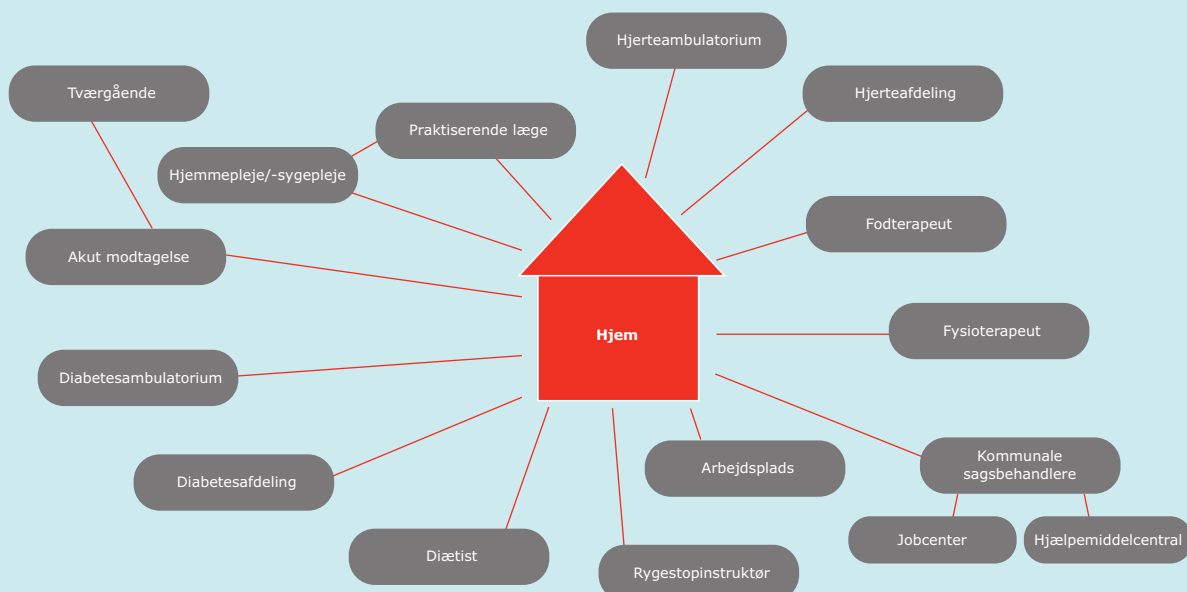
Systemets plan for Henrik



Henriks liv

For Henrik foregår rejsen i systemet ikke automatisk. Han opfatter rejsen som noget, han selv skal klare. Hjemmet er det centrale punkt i Henriks forløb – det, som han hele tiden vender tilbage til efter talrige besøg hos diverse aktører i sundhedsvæsenet.

Henriks mange udflugter fra sit "liv" til sundhedsvæsenets aktører



Kilde: Danske Patienter.

Fordomme på tværs

Skal det lykkes at samarbejde på tværs af organisationer, professioner og tilgange, kræver det, at fordommene samarbejdspartnerne imellem bliver anerkendt, diskuteret – og allerhelst afmonteret.

Det kan være, du synes:

”Hospitalslæger er kun interesserede i sygdomme og diagnoser, i virkeligheden er patienten mest i vejen. Det giver jo problemer i den anden ende, når borgeren udskrives, at man ikke har taget højde for hendes muligheder for at komme tilbage til en hverdag, der fungerer.”

”Kommunens SOSU’er og hjemmesygeplejersker er ikke kompetente til at tage sig af pleje og behandling hjemme hos borgerne. Man kan vandre ind fra gaden og få job som SOSU i en kommune.”

”Patientforeningerne er i den grad prægede af en krævementalitet. Det gør det praktisk talt umuligt at samarbejde med dem.”

”De kommunale sagsbehandlere, der skal visitere, tænker kun på regler og paragraffer. Hvis ikke du er firkantet og passer i det firkantede hul, kan vi ikke hjælpe. De glemmer, at de faktisk skal sikre patienten den bedste pleje.”

”De praktiserende læger burde i virkeligheden være tovholdere for de kroniske patienter og sikre sammenhængen i deres behandling, men de interesserer sig mest for takster. Og der er ingen takster, der dækker den opgave. Derfor bliver den ikke løst.”

”SOSU’erne har et omsorgsgen så stort, at det er umuligt for dem at se, når en borger ikke har brug for at få hjælp længere.”

Sig mig, hvor du arbejder...

| Kulturelle faktorer | Kommunerne | Praktiserende læger | Regionerne |
|------------------------------|--|--|---|
| Generelt styringsrationale | Socialfagligt serviceorienteret | Socialfagligt serviceorienteret og sundhedsfagligt evidensbaseret | Sundhedsfagligt evidensbaseret |
| Økonomisk styringsperspektiv | Rammefinansieret: Patienten er en kilde til udgift | Kombination af per capita og aktivitetsbaseret honorering: Patienten er en kilde til indtjening (Den mest direkte incitamentsstyret aktør) | Ramme og aktivitetsbaseret finansiering, efterspørgselsbaseret: Patienten er en kilde til indtjening Incitament: Optimere og forkorte forløb |
| Patientperspektiv | Helhedsperspektiv: Ser sygdom og sundhed som produkter af et dynamisk samspil mellem menneskets biologiske, psykiske og sociale omstændigheder | Helhedsperspektiv: Ser sygdom og sundhed som produkter af et dynamisk samspil mellem menneskets biologiske, psykiske og sociale omstændigheder | Specialisering: En fokuseret tilgang, hvor sygdommen forsøges lokaliseret til et enkelt organ og forklares af fejl eller mangler |
| Fokus og arbejdskultur | Plejefokus | Pleje- og behandlingsfokus | Behandlingsfokus |

Figur 14: Styring og patienthåndtering ser forskellig ud, alt efter hvor man kommer fra. Kilde: Vrangbæk, 2011.

Ny behandling af kronikere begynder mellem ørerne

Den store udfordring for udrulning af mere hjemmebehandling ligger i at få sundhedsprofessionelle til at acceptere og bruge teknologien. Millionbesparelse i kommunal hjemmepleje ved velfærdsteknologi afhænger af medarbejdere og mellemledere. For snævert fokus på medicinsk faglighed fra sundhedsaktørernes side forhindrer kronikere i at omlægge deres livsstil.

Når behandling af kronikere skifter scene fra et sygehus til patientens eget hjem, får alle aktører nye roller. Læger, sygeplejersker og hjemmesygeplejersker kommer i stigende grad til at uddelegere ansvar til patienterne. De sundhedsprofessionelle skal tro på patienternes evne til selv at tage et ansvar, både for at tage blodtrykket eller måle iltmætningen i blodet og for at holde fast i de adfærdsændringer, der skal til, hvis patienterne skal have et bedre liv på trods af en kronisk sygdom.

Den udvikling udfordrer sundhedsprofessionelle på tre områder:

- **Arbejdsprocesser.** Omstilling af arbejdsprocesser og ændring af patienters adfærd kræver indsats over måneder.
- **Forståelse af egen opgave.** Pleje og omsorg er fremover ikke kun et spørgsmål om varme hænder og pleje, men også om teknologi. Det er en udfordring til sygeplejersker og sosu-assistenters forståelse af deres egne opgaver og roller.
- **Pædagogisk faglighed.** Kronikere skal ændre livsstil, hvis de skal leve bedre med deres sygdom. For meget fokus på medicinske problemer motiverer ikke patienter. Ny sundhedspædagogik skal supplere medicinske kompetencer.

Omstillingen kræver et opbrud fra en stiv kommunal kultur, der i årevis har været mere fokuseret på rutiner og drift end på nye, innovative måder at behandle ældre patienter med bl.a. kroniske lidelser. Men medarbejderne kan mere, end de hidtil har fået mulighed for at vise. Sådan lyder en af de mest positive erfaringer fra tre kommuners arbejde med at udskifte mobile gulvflifte med loftslifte, der kan hjælpe SOSU-hjælpere, når de skal løfte en borger ud af sengen.

”Fokus har ikke hidtil været på at udnytte medarbejdernes innovationspotentiale. Vi kan se, at medarbejderne er ret innovative, hvis de får plads og tid til at være det. Det

bliver den store opgave at skabe mulighederne for medarbejdernes innovation i en driftsorienteret organisation som en kommune,” siger Lisbeth Oksvang Hansen, projektleder i Center for Ældre i Slagelse og primus motor i kommunens forsøg med at udskifte mobile gulvflifte med loftslifte hos ældre.

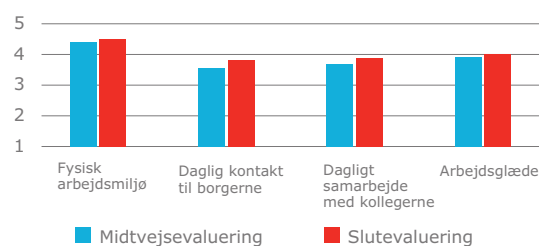
Også økonomisk set er erfaringerne fra de tre kommuners projekt positive. Overføres erfaringerne fra Slagelse Kommunes projekt til hele landet, kan de 98 kommuner samlet set spare omkring en kvart mia. kr. om året.

En klar business-case – men lang vej fra papir til praksis

Skal omlægninger af plejepersonalets behandling af kronikere i eget hjem føre til de ønskede økonomiske gevinster, er teknologien kun et redskab. Nøgleaktørerne er medarbejdere og mellemledere.

Sådan lyder det vigtigste budskab fra et forsøg i de kommunale ældreplejer i Odense, Slagelse og Aarhus kommuner. I et projekt finansieret af Fonden for Velfærdsteknologi (tidligere ABT-fonden), og under ledelse

Ny teknologi giver tilfredse medarbejdere



Figur 15: Medarbejdernes evaluering af arbejde med en enmands-betjent loftslift i stedet for en tomandsbetjent gulvflift, når patienter skal løftes ud af deres seng. 1 = meget forringet. 5 = stor forbedring. Kilde: ABT-fonden, business-case, maj 2011.

af Servicestyrelsen har de tre kommuner investeret i nye loftsloftere, så én sosu-hjælper fremover kan hjælpe borgere ud af sengen. I dag kræver en række kommuner at to medarbejdere løser opgaven sammen, bl.a. af hensyn til arbejdsmiljøet.

I et økonomisk perspektiv har projektet været en succes. Afrapporteringen fortæller, at kommunerne kan tjene en investering på til sammen 549 mio. kr. hjem på mindre end tre år og undervejs frigøre 859 medarbejdere.

Ud over selve investeringen i de nye loftsloftere har den helt store udfordring været medarbejdernes engagement i omstillingen.

”Når vi siger til vores medarbejdere, at de kun skal være én til at forflytte en borger, hvor vi tidligere har krævet, at de var to, så indebærer det en kæmpe ændring for dem. Men vores erfaring er, at medarbejderne synes, det er spændende at prøve noget nyt, hvis de kan se det faglige perspektiv i det,” siger Lisbeth Oksvang Hansen. Se figur 15.

En forklaring på medarbejdernes opbakning er, at loftsliften giver en bedre arbejdsstilling og derfor færre arbejds-skader. Samtidig fortæller medarbejdere i en evaluering, at de taler mere med borgeren, når de er hos ham eller hende alene, sammenlignet med de gange, hvor de har været to. Her talte de oftere med hinanden og derfor hen over hovedet på borgeren.

Netop fordi medarbejdernes engagement er krumtappen i en omstillingsproces, skal der være plads til, at de kan lære noget nyt og reflektere over det, de lærer. Det kræver solid opbakning fra ledelsen og grundig forberedelse. Se figur 16

De berørte medarbejdere skal særligt mærke opbakning fra deres umiddelbare ledelse, fordi der skal holdes fast i det nye gennem en længere periode for at undgå, at gamle vaner følger med over i de nye arbejdsprocesser. Bag udførelsen af projektet ligger et puslearbejde af de store. Fra et eller to skridts afstand ser regnestykket meget enkelt ud: Når en tomandsbetjent gulvlift erstattes med en enmandsbetjent loftslift, ja, så spares der en medarbejder i den tid, der går med forflytningsarbejdet. Men for at den besparelse skal give mening, skal den ekstra medarbejder kunne udføre et andet stykke arbejde i netop det tidsrum, ellers er der ingen besparelse.

”Den medarbejder, der er i overskud, skal løse en anden visiteret opgave, før man kan opnå den budgetterede besparelse,” siger Lisbeth Oksvang Hansen.

Medarbejderne skal skabe sig selv på ny

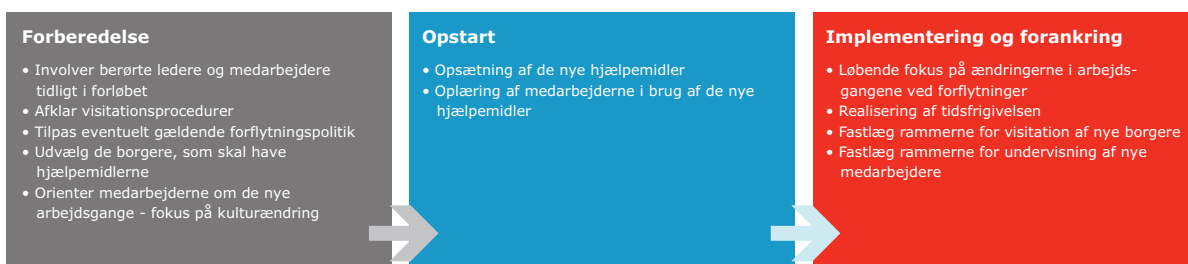
Det er lettere at købe ny teknologi end at få den til at virke i en ny sammenhæng. Kommunerne er – som en centralt placeret aktør siger det – ”gode til at sætte strøm til processer” og omvendt mindre gode til at bruge den nye teknologi som katalysator for helt nye arbejdsprocesser.

En forklaring er, at medarbejdere, lige fra sygeplejersker til social- og sundhedsassistenter, ”har valgt at arbejde med mennesker og ikke har den samme lyst til og interesse for teknologien,” siger Charlotte Færch Lotz, der er seniorkonsulent og teamleder ved Center for Arbejdsliv under Teknologisk Institut og arbejder med implementering af ny teknologi i sundhedssektoren og på plejecentre.

Velfærdsteknologi udfordrer på flere planer. Medarbejderne skal være klar til at indtage nye funktioner og roller, og derudover skal de ikke mindst opdyrke et nyt sæt af kompetencer, så de igen kan sige og føle, at de er gode til at udføre deres arbejde.

Vær opmærksom på...

Når ny teknologi skal rulles ud – f.eks. nye lifte – er det en langvarig proces.



Figur 16: I Slagelse Kommune har medarbejdere og frontleder været inddraget tidligt i processen. Fokus på omstilling og medarbejdernes udvikling fastholdes gennem hele processen. Kilde: Servicestyrelsen/Rambøll.

”Undervejs skal deltagerne skabe sig nogle nye billeder af deres rolle og deres egne kompetencer,” siger Charlotte Færch Lotz.

Succesfuld implementering af ny teknologi handler om tre elementer, der skal på plads samtidig. Der skal være tale om en brugervenlig og gennearbejdet teknologi, ledelsen skal have forberedt organisationen på de kommende forandringer, og medarbejderne skal have mulighed for at udvikle deres kompetencer. Se figur 17.

”Velfærdsteknologi fører ikke til effektiviseringer, hvis ikke der tages hensyn til teknologien, organisationen og kompetencerne. Vi har set rigtig mange gange, at man ikke får nok ud af selv meget dyre investeringer, fordi medarbejderne ikke har fået mulighed for at videreudvikle deres kompetencer,” siger Charlotte Færch Lotz.

En række afsluttede forsøg med implementering af velfærdsteknologi på plejecentre i Esbjerg, Frederikssund og Roskilde kommuner viser effekter på flere skalaer, når der tages hensyn til alle tre elementer. Assistenten på centrene fortæller for eksempel, at robotstøvsugere aflaster dem i en grad, så ”det kan mærkes i ryg og skuldre”, som en assistent siger i evalueringen. På et center er vurderingen, at robotstøvsugeren kan spare assistenten for to timers støvsugning om dagen.

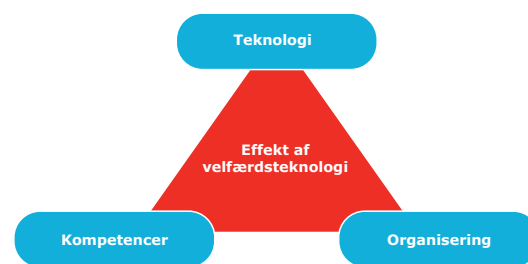
Det japanske vaske- og tørretoilet er et eksempel på en velfærdsteknologi, der virkelig rokker ved både plejepersonalets opgaver og ved beboernes selvfølelse. Alligevel får toilettet plusord med på vejen fra medarbejdere, der ikke længere skal hjælpe beboerne ved toiletbesøg. Et arbejde, der ofte indebærer anstrengende og belastende arbejdsstillinger. Også beboere fortæller, at de ”oplever mere værdighed”, fordi de ikke er afhængige af hjælp til at gå på toilettet.

Teknologiske analfabeter

Undervejs i arbejdet med at få de nye teknologier til at virke i en kompliceret hverdag på plejecentre eller hjemme hos de ældre selv, skal medarbejderne bruge kompetencer, der ligger i yderkanten af det, de har lært.

Det bliver særligt tydeligt, hvis ikke de ”bare” skal implementere eksisterende teknologi, men også være med til at udvikle ny velfærdsteknologi, sådan som en række danske virksomheder ønsker det. Et eksempel er Linak, der udvikler en ny intelligent hospitalsseng i samarbejde med sygeplejersker og plejepersonale to steder i Sønderjylland. Udviklingsprocessen er krævende, fordi virksomhedens ingeniører og hospitalernes og plejecentrenes personale har meget forskellige måder at arbejde med og beskrive teknik på.

Teknologi – et hjørne af forandringerne



Figur 17: Effekten ved at anvende ny velfærdsteknologi kan måles på tre dimensioner: Øget effektivitet, styrket trivsel samt godt og sundt arbejdsmiljø og forbedret kvalitet i ydelsen, her plejen. Kilde: Teknologisk Institut.

Målet er, at sengen både skal kunne stå på plejecentrene og hjemme hos patienterne selv.

Sygeplejerskers og andet sundhedspersonales forståelse af teknologi og særligt egne teknologiske kompetencer er ikke veludviklet nok til, at de også kan deltage i innovationsprocesser på et kvalificeret niveau. Det siger Cathrine Hasse, der er professor ved Institut for Læring ved Danmarks Pædagogiske Universitetsskole under Aarhus Universitet.

”Teknologiske færdigheder handler ikke bare om at kunne trykke på en knap eller læse en manual. Det nye er, at sygeplejerskerne og andre medarbejdere inden for velfærdsservice skal bruge deres færdigheder sammen med ingeniører og dataloger, så de kan tænke med, når udviklingen går i gang,” siger Cathrine Hasse, der har studeret læringsprocesser i forbindelse med implementering af ny teknologi.

Hun mener, at den form for aktivisme kræver et nyt sæt af kvalifikationer, hvor sygeplejersker og andet personale i sundheds- og plejesektoren så at sige skal erobre teknologien fra ingeniørerne og føre den over i brugernes univers. ”Udviklingen af ny teknologi må ikke ske på teknologiens præmisser, men skal ske, så den inddrager sygeplejerskernes faglighed,” siger Cathrine Hasse.

Sygeplejersker bag katederet

Der efterspørges også nye kompetencer, når sygeplejersker bliver stillet bag katederet på et af kommunernes mange kurser for kroniske patienter. Målet med de oftest korte kurser er at bidrage til den nødvendige omlægning af adfærden. Der er gode grunde til kommunernes fokus på patientuddannelse, f.eks. møder borgere med type 2-dia-

betes typisk op til kontrol hos deres egen læge fire gange om året. Uanset lægens omhu rykker det ikke ved et meget enkelt tidsregnskab for den enkelte patient. Langt, langt de fleste minutter, timer, dage og uger af patientens liv leves mellem de korte besøg hos lægen.

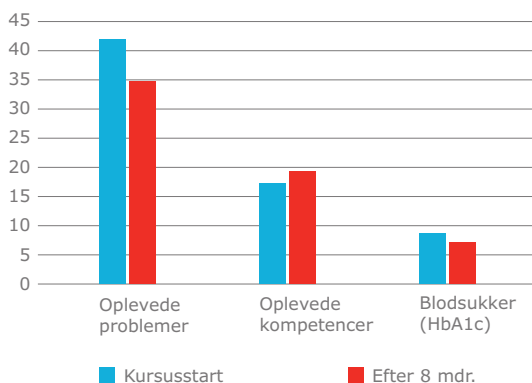
I mange tilfælde kan lægen eller hospitalet ikke give borgeren det gode liv tilbage, her skal den enkelte selv sætte ind og lægge nye og anderledes vaner ind i dagligdagen. Og det er svært.

Læger, fysioterapeuter, hjemmesygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle er nemlig ikke dygtige nok til at tale et sprog, patienterne kan forstå og identificere sig med. Det siger Bjarne Bruun Jensen, leder af Steno Center for Sundhedsfremme.

”Hovedudfordringen er pædagogisk. Alt for mange uddannelsesforløb har været dominerede af en medicinsk tankegang, hvor fokus har været at formidle viden videre til patienterne. Men patienterne skal have mulighed for at påvirke forløbet og opbygge et ejerskab til de forandringer, der skal ske. Hvis ikke patienten inddrages aktivt, så er der ikke meget, der tyder på, at man skaber varige forandringer,” siger han og henviser til bl.a. Sundhedsstyrelsens ”Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering” fra 2009.

Århus-succes med uddannelse af patienter

Patienter om problemer, kompetencer og blodsukker, før og efter kursus.



Figur 18: Efter empowerment-kursus på Århus universitetshospital oplever patienter færre problemer med deres sygdom, de har bedre kompetencer til at håndtere sygdommen, og deres blodsukker falder. Kilde: Behandlerbladet, maj 2011.

Note: Oplevede problemer: Jo lavere tal (PAID score), des færre psykosociale problemer. Oplevet kompetence: Jo højere tal (PCD score), des bedre kompetencer til at håndtere diabetes. Blodsukker (HbA1c): Gerne under 7,5. Jo højere, des dårligere reguleret blodsukker.

Rapporten fortæller, at patientuddannelserne oftest er uden den store dokumenterede effekt. Det er tydeligvis ikke godt nok, når sundhedsprofessionelle fokuserer på formidling af viden i en undervisningsform præget af envejskommunikation. Men vi ved ikke nok om, hvad der virker.

Bjarne Bruun Jensen opstiller tre forudsætninger, han mener skal være på plads, hvis patientuddannelser skal have succes:

- **Deltagelse og involvering.** Hvis de ønskede forandringer hos patienterne skal holde ved, skal patienterne opbygge ejerskab til målet – og til processen undervejs: ”Mange patienter falder tilbage til de gamle vaner, når f.eks. fysioterapeuten vinker farvel for sidste gang. Derfor skal vi tage ved lære af den pædagogiske forskning.”

- **Sundhed – også et spørgsmål om det gode liv.**

Et snævert fokus på patientens sygdom motiverer ikke patienten godt nok: ”Problemstillingen er meget bredere – patienterne vil se deres venner, leve et spændende liv og have det godt med deres samlever. Det medicinske problem er kun et element i den samlede problemstilling. Jeg tror, vi skal holde op med at omtale borgere som patienter, den italesættelse er ikke gavnlige.” Skal borgeren gennemføre de nødvendige ændringer af livsstilen, skal han eller hun være sikker på, at de nye vaner kan fungere i den sammenhæng, han eller hun er interesseret i at indgå i. Hvis manden stadig vil have stegt flæsk, kan det være svært for konen at servere grønt.

- **Patienten – centrum i et netværk.** ”Alle indgår i netværk og påvirkes af kulturen på arbejdspladsen eller i kvarteret. ”Jo mere de forskellige elementer i patientens eller borgerens samlede livssituation kan trække i samme retning, des større mulighed for succes. Det gør det f.eks. sværere at omlægge sine rygevaner, hvis patienten indgår i en gruppe på sin arbejdsplads, der hygger sig sammen i rygepauserne.

Endnu eksisterer der kun lidt dokumentation for effekten af en undervisning, der lever op til Bjarne Bruun Jensens tre principper. Der kan altså også være en række andre metoder, der har samme eller bedre virkning. Diabetes-skolen på Århus Universitetshospital registrerer dog gode erfaringer med patienter, der deltager i deres kurser, hvor netop patientdeltagelse og patientens ejerskab til proces og mål er i centrum. Efter endt kursus oplever patienterne færre problemer med deres sygdom og føler sig mere kompetente til at håndtere sygdommen, og så registrerer de faldende blodsukkertal. Se figur 18.

Patienten er eksperthen

I Norge har man lang erfaring med sundhedspædagogik. 63 mestringscentre har i løbet af de seneste ti år uddannet 40.000 kronisk syge patienter og deres pårørende i, hvordan de bedst lever med deres sygdom.

Centrene forbedrer patienternes livskvalitet og helbredstilstand. Men ikke nok med det. Oplæringen i centrene sparer også sygedage og lægekonsultationer. Over en 12 måneders opfølgingsperiode førte oplæring af astmatikere til en reduktion på 70 pct. i konsultationer hos lægen og ligeså en reduktion på 70 pct. i antallet af sygedage.

Patienterne og deres pårørende er eksperterne. Det er dem, der har indsigten i sygdommen og i egne behov. Derfor foregår samarbejdet mellem brugere og det sundhedsfaglige personale på lige fod. F.eks. er brugerne med til at planlægge, gennemføre og evaluere uddannelsesforløb. Denne inddragelse og aktivering af brugerne er nøglen til succes.

De aktive patienter kan dog også være en udfordring for det sundhedsfaglige personale. Anne Margrete Fletre, leder af Nasjonalt Kompetansesenter for Læring og Mestring i Norge, forklarer:

”Traditionelt indtager det sundhedsfaglige personale jo en ekspertrolle, hvor de instruerer patienten og de pårørende i, hvordan de skal forholde sig til sygdommen. I vores tilgang er det sundhedsfaglige personale med til at facilitere en proces. Det kan være svært for dem lige pludselig at arbejde med patienterne på en anden måde – en måde, hvor patienterne har meget mere indflydelse”.

Norge har en længere historie med sygdomsmestring, end vi har i Danmark, og mestringen er mere institutionaliseret. Oplæringen af patienter og pårørende i at leve med egen sygdom er f.eks. pålagt de norske sygehuse af lovgivningen. Anne Margrete Fletre vurderer dog, at vi også er godt med i Danmark:

”I Norge var vi jo de første på dette felt, men i Danmark var man hurtig til at lade sig inspirere, og i dag har man udviklet flere rigtig interessante projekter i Danmark. Vi har et rigtig spændende og frugtbart samarbejde med flere, f.eks. Region Midtjylland. De forskellige organisatoriske rammer og tilgange giver gode muligheder for at udveksle erfaringer og inspirere hinanden.”

Kilder

Rapporten bygger på et omfattende datamateriale bestående af analyser og rapporter, heriblandt:

- Almen praksis som koordinator – En international belysning (DSI, Jakob Kjellberg et al, 2007)
- An Assessment of The Development of Telecare In Scotland 2006-2010 (Scottish Government/Healthier Scotland, 27. oktober 2010)
- Behandlerbladet (Diabetesforeningen, nr. 32)
- Brugerundersøgelse om hjemmehjælp til beboere i eget hjem og i plejebolig/plejehjem (Capacent for Indenrigs- & Socialministeriet og KL, oktober 2009)
- Business case for ABT-projekt om forflytning (Servicestyrelsen, maj 2011)
- Danskernes holdning til velfærdsteknologi og fremtidens ældrepleje (Ingeniørforeningen i Danmark, november 2008)
- Desmond-project: <http://www.desmond-project.org.uk/>
- Erfaringer med opfølgende hjemmebesøg (Dansk Sundhedsinstitut, maj 2011)
- Evidensrapport 7, Kortlægningen af lægemiddelrelaterede problemer (Pharmakon, 2006)
- Et sundhedsvæsen i verdensklasse? - Ikke uden kommunerne (KL, 2011)
- Forskningsresultat: Teknologi i hjemmet forhindrer indlæggelser (Aalborg Universitet, maj 2011)
- Fredericia Kommune. Projekt Længst muligt i eget liv: <http://www.fredericiakommune.dk/ egetliv/topmenu/forside/>
- Fremtidens Almen Praksis (Danske Regioner)
- It i praksis 2011 (Rambøll Management Consulting/ Dansk IT, 24. august 2011)
- Kontakt- og Sygdomsmønstret i Almen Praksis- KOS 2008 (Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet)
- Kroniker.dk (Videnscenter for Kroniske Sygdomme og Rehabilitering)
- Kronisk sygdom – en digital samfundsdiagnose (KMD Analyse, maj 2011)
- Livsstilssygdomme. Et sundhedsøkonomisk studie (Andreasen og Maltbæk, 2007)
- Mini-MTV: Telemedicin i sårbehandlingen (Region Syddanmark, april 2008)
- Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering (Sundhedsstyrelsen, 2009)
- Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance (Jaakko Tuomilehto m.fl., The New England Journal of Medicine, 3. maj 2001)
- Projekt Telekat: <http://www.telekat.dk/>
- Regioner og kommuners samarbejde om ældre, medicinske patienter (Fokus, Karsten Vrangbæk, juli 2011)
- Styrkelse af arbejdsmiljøet i ældreplejen gennem intelligent teknologi (Teknologisk Institut, 2010)
- Styrket arbejdsmiljø med ny teknologi (Teknologisk Institut, 2010)
- Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (Statens Institut for Folkesundhed, 2005)
- Telemedicin i Region Syd: Telemedicin i sårbehandlingen: <http://www.regionesyddanmark.dk/wm284373>

Derudover er der foretaget interviews med en lang række fag- og videnpersoner indenfor kroniker- og sundhedsområdet:

- Anne Marie Hedegaard, leder af ForebyggelsesCenteret, Langeland Kommune
- Lisbeth Overvad, social- og sundhedsdirektør, Ringsted Kommune
- Inge Bank, social- og omsorgschef, Silkeborg Kommune
- Randi Bryde Hansen, fællestillidsrepræsentant, Sygehus Syd, Region Sjælland
- Bjarne Bruun Jensen, leder af Steno Center for Sundhedsfremme
- Lene Sillasen, formand for Det Nationale Forebyggelsesråd og adm. direktør for Sundhed og Omsorg, Københavns Kommune
- Mette Kjølbye, forsker, Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (CFK), Region Midtjylland
- Annette Wandel, chefkonsulent, Danske Patienter
- Peter Kjærsgaard Pedersen, kontorchef i KL, Social- og Sundhedspolitik
- Birgit Lübker, projektchef, Teknologisk Institut
- Jakob Kjellberg, senior projektleder, Dansk Sundhedsinstitut
- Henriette Haase Fischer, projektleder, Struer Kommune
- Jens Beyer Damsgaard, kontorchef, Region Midtjylland
- Lars Foged, praktiserende læge, Skjern
- Else Rose Hjortbak, projektleder, Hospitalsenhed Vest, Region Midtjylland
- Birthe Dinesen, projektleder og ankermand for Telekat-projektet samt adjunkt ved Institut for Sundhedsvidenskab og Teknologi, Aalborg Universitet
- Dorthe Stigård, direktør med ansvar for regional udvikling, IT, kommunikation og innovation, Region Nordjylland
- Lisbeth Oksvang Hansen, projektleder, Center for Ældre i Slagelse
- Anne Margrete Fletre, leder, Nasjonal Kompetansesenter for Læring og Mestring

I projektets styregruppe:

- Anders Kjærulff, direktør for Kultur og Sundhed, Holstebro Kommune
- Henriette Hall-Andersen, centerchef, Teknologisk Institut
- Martin Nordentoft Rasmussen, sekretariatsleder, Fonden for Velfærdsteknologi
- Rasmus Bie-Olsen, strategichef, TryghedsGruppen
- René Lorenz, plan- og velfærdsteknologichef, Odense Kommune
- Stine Carsten Kendal, innovationsdirektør, Mandag Morgen

