

Introduktion

Sundhedssamarbejdet om
ældre borgere og borgere med
kroniske lidelser

Randersklyngen 14. marts 2023

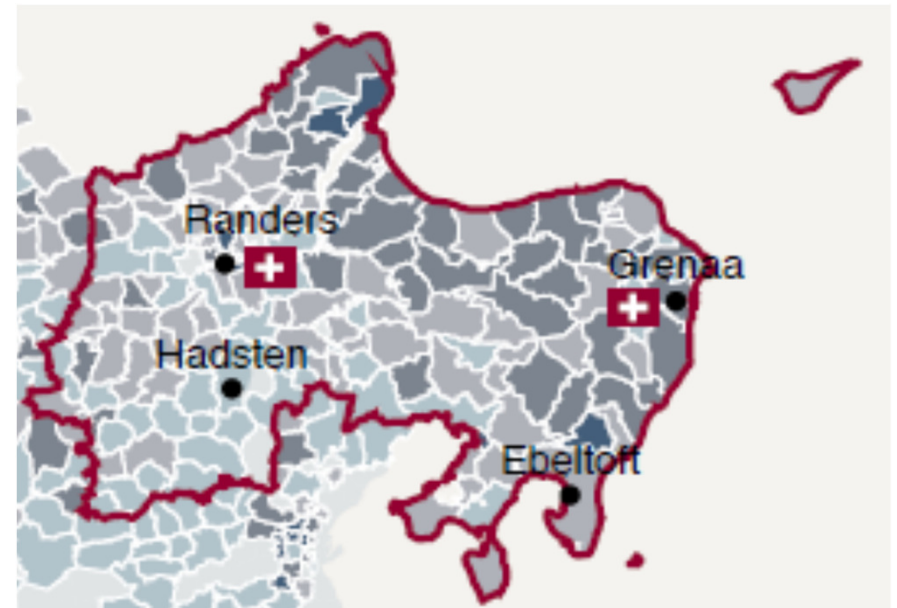
JDE



Introduktion

Sundhedssamarbejdet om ældre borgere og borgere med kroniske lidelser

- Hvad fylder i Randersklyngen i relation til ældre borgere og borgere med kroniske lidelser?
- Hvad udfordrer og lykkes i og på tværs af kommuner, hospital og almen praksis?
- Mulige udviklingsområder i klyngen



Kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) – køn, alder og sociale forhold

	Potentielt livstruende kroniske sygdomme								Ikke-livstruende kroniske sygdomme										
	Fortyret blodtryk		Hjerte-kar-sygdomme		Blodprop i hjertet		Hjernerblødnings- blodprop i hjernen		Astma	Allergi	Slidagigt	Ledsyggt	Kropsløsheds	Dekompenserede andre sygdomme	Arngit	Depression	Migræne hyppig hovedpine	Tinnitus	Grå stær
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.											
Alle	20	2	1	2	5	4	5	8	22	21	7	5	14	12	14	17	15	5	
Køn																			
Mand	20	2	2	2,3	7	4	5,3	7	19	18	8	2	14	9	11	11	19	4	
Kvinde	19	2	0,7	1,6	4	3	4,5	9	23	24	6	7	14	15	16	23	12	6	
Alder																			
16-24 år	1	0,5	0,1	0,2	0,9	0,3	0,8	8	27	1	0,9	0,2	3	21	18	19	8	0,1	
25-34 år	3	0,5	0,2	0,4	1	0,6	0,9	8	27	3	2	0,6	7	19	18	20	8	0,4	
35-44 år	7	0,9	0,5	0,7	2	1	1	7	26	8	4	0,6	14	14	15	23	10	0,6	
45-54 år	16	1,6	0,6	1	4	2	3	8	23	19	7	2	18	11	13	22	16	1	
55-64 år	28	2	2	3	8	4	7	8	19	34	11	5	20	9	13	16	22	4	
65-74 år	40	4	2	4	10	8	10	8	15	41	12	10	20	5	9	11	25	10	
75+ år	49	6	4	6	14	10	13	8	10	46	13	16	18	4	7	7	20	21	
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)																			
Lavt (0-10 år)	36	5	3	4	11	5	11	10	16	35	14	10	21	14	17	16	20	10	
Middel (11-14 år)	25	2	1	2	6	4	6	8	19	27	9	5	17	10	13	17	19	6	
Højt (15+ år)	13	1	0,6	1	3	3	2	7	25	16	4	4	12	10	11	17	13	3	
Erhvervstilknøytning																			
Studerende/skoleelever	2	0,4	-	-	0,8	0,2	0,4	8	28	1	0,7	0,3	4	21	18	19	8	-	
Beskæftigede	13	1	0,5	0,8	3	2	2	7	23	14	5	2	13	9	10	18	14	1	
Arbejdsløse	11	2	1	1	4	3	4	9	28	13	6	1	14	21	24	21	13	2	
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	15	2	1	2	5	3	5	10	26	18	7	3	16	33	34	25	17	2	
Førtidspensionister	28	5	3	6	11	6	13	16	27	37	17	9	34	35	40	30	22	5	
Efterlønsmodtagere	35	3	0,8	2	11	4	8	8	18	38	9	7	17	4	8	11	25	7	
Folkepensionister	46	5	3	5	12	9	12	8	13	45	13	14	19	5	8	9	22	16	

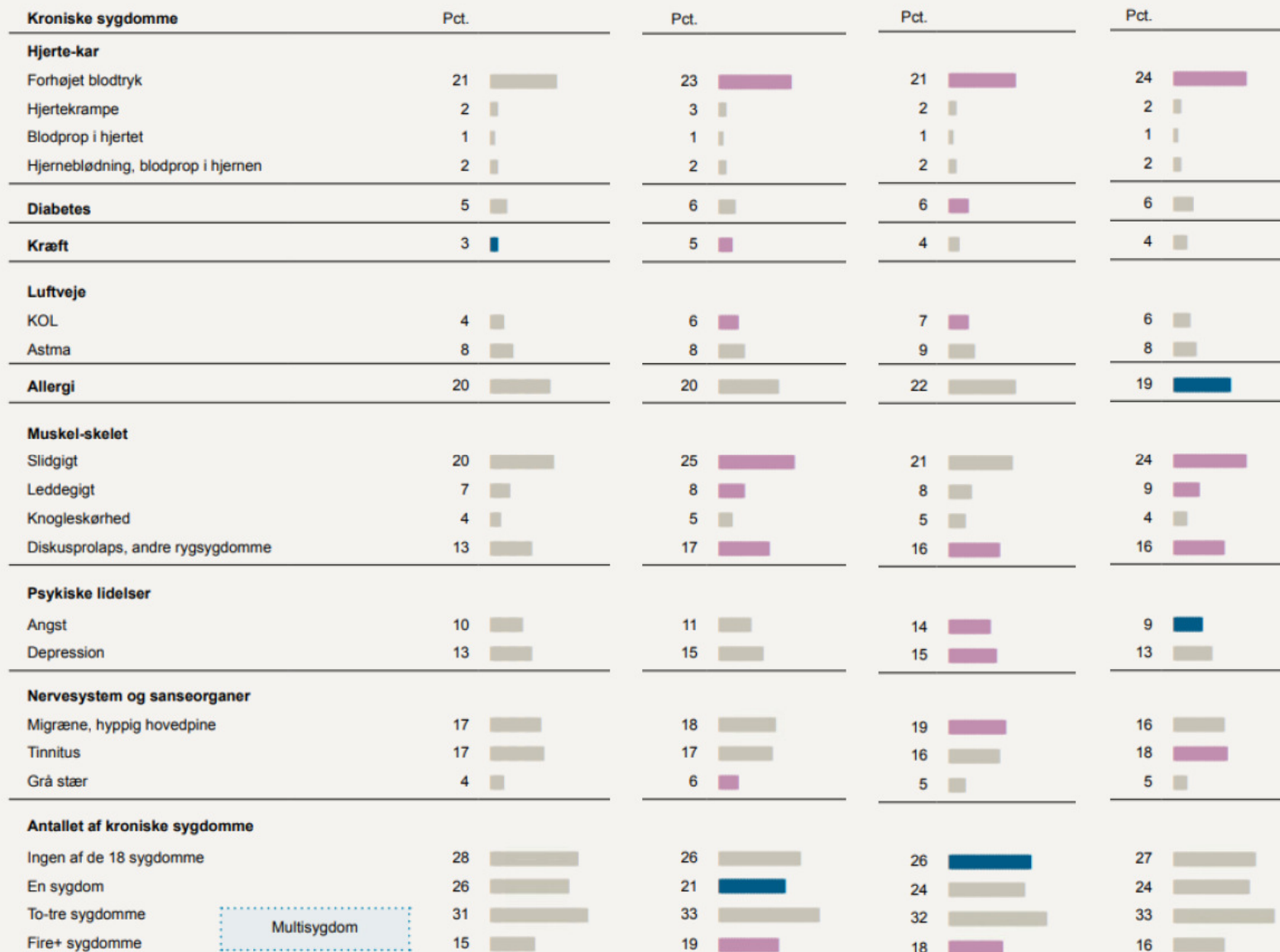
■ Signifikant større end i hele befolkningen
■ Signifikant mindre end i hele befolkningen
■ Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen
 - Opgøres ikke på grund af få respondenter

Favrskov

Norddjurs

Randers

Syddjurs



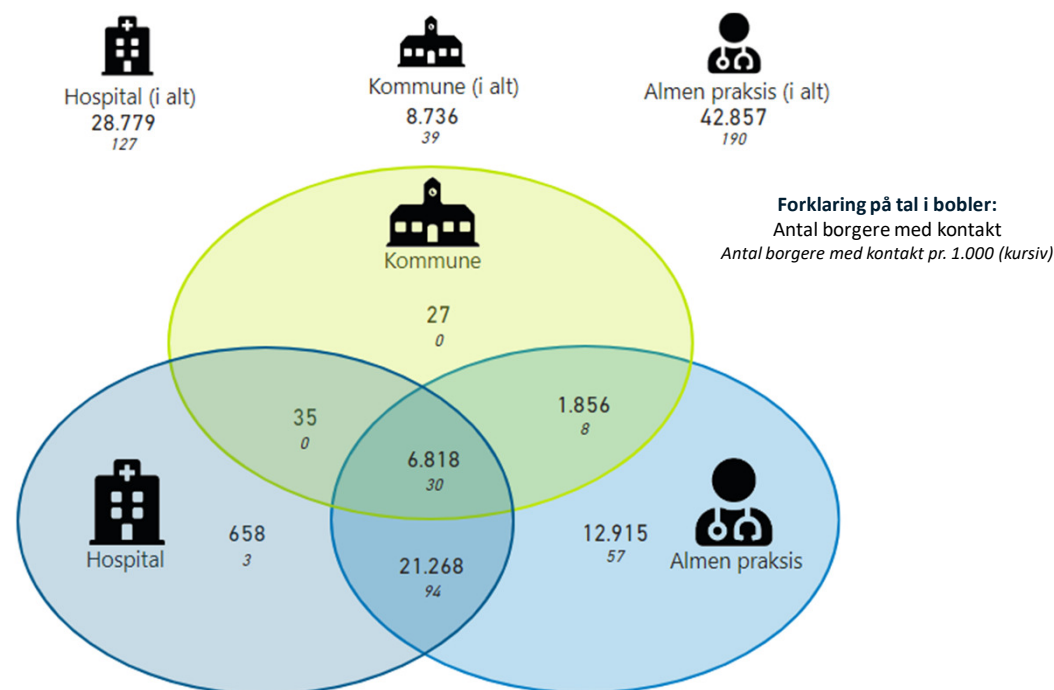
Multisygdom

Kronisk sygdom: Overblik

Antal borgere med kronisk sygdom fordelt på kommuner i sundhedsklyngen, pr. 1.000 borgere, 2022

Bopælskommune	Antal borgere med kronisk sygdom, pr. 1.000	Antal borgere med flere kroniske sygdomme, pr. 1.000
Favrskov	177	24
Norddjurs	210	32
Randers	198	29
Syddjurs	194	26
Sundhedsklyngen	195	28
Hele landet	187	26

Antal borgere med kronisk sygdom i sundhedsklyngen med kontakt til sundhedsvæsenet fordelt på sektorer, 2021



Kilde: CPR-registeret og Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Antal borgere med kronisk sygdom og antal borgere med flere kroniske sygdomme er opgjort pr. 01.01.2022. Antal pr. 1.000 er opgjort som antal borger med kronisk sygdom/flere kroniske sygdomme pr. 1.000 borgere.

Kilde: CPR-registeret, Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret, Elektroniske omsorgsjournaler og Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser, Sundhedsdatastyrelsen

Note: Tallene i boblerne angiver antal borgere, der kun har kontakt til den/de angivne sektorer. Eksempelvis har 658 borgere kontakt til hospitalet i året uden at have kontakt til kommune eller almen praksis. 21.268 har kontakt til hospital og almen praksis men ikke til kommune. 6.818 har kontakt til både hospital, almen praksis og kommune. Totalen ovenfor er summen af kontakterne i boblerne for hver sektor. Antal pr. 1.000 er opgjort som antal borgere med kronisk sygdom og kontakt pr. 1.000 borgere med kronisk sygdom, som er vist i kursiv.

De væsentligste udfordringer

Samarbejdsflader – set fra kommunal vinkel:

- Sygehus og kommune:
 - Gensidig brug af hinandens kapacitet
 - Forebygge indlæggelser
 - Brug af korttidspladser
 - Den gode indlæggelse/udskrivelse
- Praktiserende læger og kommune:
 - Dosisdispensering
 - Henvisning til sundhedskurser

Udvalgte patientgrupper:

- KOL/borgere med luftvejssygdomme – mere i form af øgede sundhedskompetencer samt tele-understøttelse
- Borgere med funktionelle lidelser



Hvor lykkes vi i indsatsen?

- Den palliative indsats
 - Den tværfaglige indsats mellem kommune, praktiserende læge og sygehus
- Sårområdet
 - Godt samarbejde med sygehuset omkring tele-vurderinger af sår.
- Godt samarbejde omkring de komplekse borgere ift. forebyggelse af akutte indlæggelse
 - Flere skræddersyede løsninger baseret på tæt samarbejde
- Genoptræningsplaner
 - Hjerteområdet
 - Ortopædkirurgiske område, fx hoftenære frakturer





De væsentligste udfordringer

- Store udfordringer med at få henvisninger på borgere med både KOL (let til moderat), diabetes (type 2) og borgere til rygestop fra almen praksis og hospital. Stor betydning ift. udsatte borgere og dermed uligheden i sundhed
- Store udfordringer med at skabe sammenhængende forløb for borgere med hjertesygdom, da genoptræningsplan og henvisning udarbejdes på to forskellige afdelinger på hospital. Hjerterborgere venter således unødvendigt længe på at komme i gang med hjerterehabilitering og -genoptræning. Der sker ofte fejl og patientsikkerheden er på spil
- Specialiseringen med opdeling af specialer på mange hospitaler udfordrer de tidligere kommunikationsveje og fora til drøftelse af problematikker relateret til forløbsprogrammer



Her lykkes vi i indsatsen

- Borgere med kræft: Via kræftpakker og de heri fastsatte kriterier for, hvad der skal ske hvornår, muliggør effektive og sammenhængende forløb. Hospitalet er obs på at henvise
- Forløb for borgere med hoftenære frakturer er meget effektive efter LKT-projekt. Alle kender deres rolle i forløbet og ved hvilke faktorer, man skal være opmærksomme på
- Der er tilknyttet flere terapeuter til akutafdelingen nu, hvilket har betydet en forbedring i genoptræningsplaner, der modtages fra akutafdelingen. Der er flere oplysninger, så det er nemmere at gå i gang med opgaven
- Fælles audit på genoptræningsforløb med Regionshospitalet Randers ca. hvert 2. år har en gavnlig effekt. Der bliver lyttet og skabt forståelse for hinandens vilkår og virkelighed

De væsentligste udfordringer

- Demografisk udvikling: Flere ældre med flere sygdomme/funktionstab
 - Vi får flere ældre, som bliver mere syge, hvordan håndterer vi det?
- Stigende kompleksitet hos borgerne sammen med færre medicinske sengepladser og hurtig udskrivelse
 - Kræver hurtigt og smidigt samarbejde, en helhedsorienteret indsats samt et højt kompetenceniveau
- Rekrutteringsudfordringer



Hvor lykkes vi i indsatsen

- Tæt relationelt samarbejde på tværs af sektorer
 - Lang tradition for tæt samarbejde og et positivt udviklingssamarbejde gennem sundhedsstrategisk ledelse
 - eks. "Fælles skolebænk" – kompetenceudvikling på tværs af sektorer
- Fokus på den forebyggende indsats og forebyggelse af indlæggelser
 - Eks. Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS), tværsektoriel og -faglig indsats ved hoftebrud (Randersmodellen) og fremskudt rusmiddelbehandler
- Veludviklet akutfunktion
 - Akutpladser og kørende akutfunktion (sygepleje)
 - Godt samarbejde med almen praksis



De væsentligste udfordringer

- Svært at dele data. Det er svært for både fagpersonale og borgeren selv at få et samlet overblik over aftalerne i sundhedsvæsenet, når borgeren har flere forløb og mange aftaler hos både kommune, hospital og egen læge.
- Hurtigere indlæggelser og udskrivelser til eget hjem stiller krav til de rette sundhedsfaglige kompetencer og rammer i kommunen.
- Håndteringen af den stigende andel af mennesker med kroniske lidelser kræver løbende udveksling af kompetencer og læring mellem sygehus, kommune og almen praksis. Særligt ældre borgere har flere kroniske sygdomme, hvilket stiller krav til en helhedsindsats. Dog er udfordringen, at sundhedsområdet fortsat arbejder specialiseret og fragmenteret.

Hvor lykkes vi i indsatsen

- I Syddjurs Kommune har der været fokus på, at skabe rammer til håndtering af hurtige udskrivelser og forebyggelse af indlæggelser.
 - Det ses bl.a. ved etableringen af døgnpladser og akutpladser i Tirstrup, udekørende akutteam samt et kommunalt udskrivningsteam, der oftest sidder på sygehuset.

De væsentligste udfordringer

Almen praksis

- Generelt er sektorovergangene svære
 - kommunikation kan gå tabt, patienter udskrives hurtigt fra sygehus til egen læge og ofte med flere uafklarede problemstillinger og manglende plan for behandling. Mangler opdateret ældreaftale (fx indflytningsbesøg til plejehjemsbeboere)
- Almen praksis er udfordret på kapaciteten
 - der mangler læger, flere og flere opgaver pålægges almen praksis, patienterne er komplekse og tidskrævende. Nuværende overenskomst tilgodeser ikke den komplekse og multisyge patient.
- Udfordrende at orientere sig i kommunale tilbud
 - Vanskeligt for ældre, kronisk syge og de sundhedsprofessionelle omkring borgeren at kende de rette kommunale tilbud samt muligheder for støtte og hjælp – ex. ved behov for hjælpemidler

Her lykkes vi i indsatsen

Almen praksis

- Enhed for Lindrende Behandling
 - har tid og ressourcer til at udføre et grundigt arbejde med patienten i fokus, i tæt samarbejde med hjemmepleje og tydelig kommunikation med almen praksis
- Klinik for Ældresygdomme
 - udreder og behandler patienterne, sikrer en behandlingsplan og lykkes indimellem med at drøfte behandlingsniveau med egen læge og følge op på patienterne efter indlæggelse
- Kontinuitet i almen praksis
 - kendskabet til patienterne, det tætte samarbejde med hjemmepleje, dialog med de pårørende, plejehjemslægeordningen.
- Hospitalsvisitation
 - møder et højt fagligt kompetenceniveau i hospitalsvisitationen på Regionshospitalet Randers

De væsentligste udfordringer

- **Flere akutte patienter og større kompleksitet**
 - Ældre og mere multisyge patienter
 - Imødekomme demografi og nye behov ift. kompetencer, rammer og samarbejde
- **Ulighed i sundhed**
 - Når problemerne klumper sig sammen
- **Vi udfordres af de fysiske rammer**
 - Én virus én stue



Hvor lykkes vi i indsatsen

- **De rette kompetencer frem i første række**
 - Fx fremskudt geriater i akutafdelingen
 - Speciallæge i hospitalsvisitationen
- **Forløb tilpasset patientens behov**
 - Fx ældresygdomsklinikken – fra akut til planlagt (subakut), fra ventetid med risiko for funktionstab til målrettet indsats
- **Fælles fokus på borgerens forløb**
 - Fx en brækket hofte
 - Ulighed – fx fremskudt rusmiddelbehandler



Mulige udviklingsområder i klyngen

- Demografisk udvikling
 - flere ældre og stigende kompleksitet, hurtige udskrivelser, få senge
 - kræver tæt og smidigt samarbejde, datadeling og kompetenceløft
- Et fælles fokus på borgerens/patientens forløb
 - Eks. ved multisygdom, hoftenære frakturer
 - Et fælles blik på ulighed
- Et sigte mod helhedsorienterede borger-/patientforløb er udfordret af et sundhedsvæsen, som arbejder specialiseret fragmenteret
 - behov for et vedvarende fokus på at have kendskab til hinanden og understøtte fælles tilgange. Udvikle og fastholde faglige relationer på tværs og på flere niveauer (fra medarbejder til topledelse).
 - sikre lette og smidige veje for koordinering på tværs

