

Højere kvalitet for ældre borgere med flere kontakter til sundhedsvæsenet

– Sammen om sundhed

"Frederikssund Kommune ønsker, at ældre borgere oplever sammenhæng og høj kvalitet i behandling, pleje og praktiske hjælp. Ældre borgere skal således opleve ét samlet forløb og ét samlet sundhedsvæsen. Det sker for at sikre, at borgere kan klare sig længst muligt i eget hjem med mindst muligt behov for indsatser."



MANGE ÆLDRE HAR FLERE KONTAKTER TIL SUNDHEDSVÆSENET

Der er en stor sårbarhed forbundet med at være ældre borger med flere kontakter til sundhedsvæsenet. Mange borgere og pårørende oplever, at det kan være svært at bevare overblikket og se sammenhængen. Borgerne møder typisk mange forskellige fagpersoner på tværs af hospital, kommunen og praktiserende læge, fysioterapeuter mv. Samtidig modtager mange også pleje eller praktisk hjælp i hjemmet.

Frederikssund Kommune ønsker, at ældre borgere oplever sammenhæng og høj kvalitet, når de modtager behandling, pleje og praktisk hjælp. Borgerne skal opleve ét samlet forløb og ét samlet sundhedsvæsen. Det kræver et tæt samarbejde med både Nordsjællands Hospital og med borgerens praktiserende læge. Det kræver også en tæt koordination mellem vores egne sundheds- og omsorgstilbud i Frederikssund Kommune. Frederikssund Kommune er på vej med et sundhedshus sammen med Region Hovedstaden, som også vil sikre et tæt samarbejde og sammenhængende forløb for borgerne.

Med handleplanen sætter vi fokus på at løfte kvaliteten for en gruppe af borgere, vi ofte møder i det kommunale sundhedsvæsen i dag på grund af de ofte komplekse behandlingsforløb og store behov for omsorg og hjælp. Det er en gruppe borgere, der vokser sig større og større for hvert år, da vi ser ind i en fremtid med flere ældre. Handleplanens fokus på sammenhæng i borgernes forløb skal derfor også sikre en større organisatorisk helhedstænkning, så vi har ressourcer til at løfte den stadigt større opgave. Vi har ikke råd til at forsætte som i dag. Vi skal sætte mere

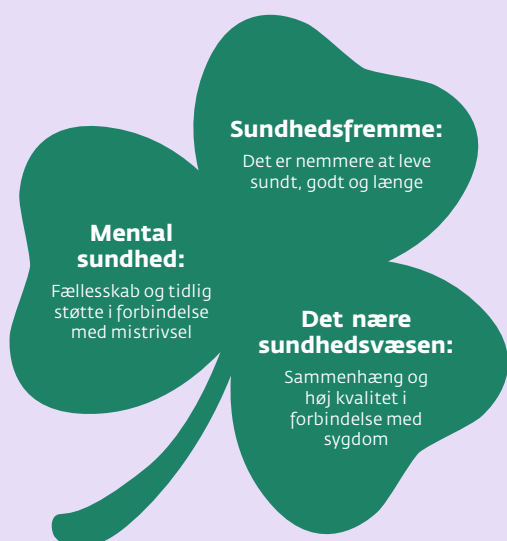
ind med samarbejde, koordinering, forebyggelse og rehabilitering for at forhindre forværring i sygdom og hjælpe borgerne med at styrke og/eller bevare deres funktionsniveau, så de kan leve et sundt, aktivt og værdigt liv og derigennem udskyde deres behov for hjælp længst muligt.

Handleplanen tager udgangspunkt i borgerens rejse gennem sundhedsvæsenet fra den første indlæggelse på hospitalet til livets afslutning. Der fokuseres ikke på enkelte sygdomme, men på helheden og det samlede forløb. Vi ved, at der er fire forskellige situationer, som kan være særligt udfordrende for borgerens oplevelse af, at vi har ét samlet sundhedsvæsen. Det er:

- **Rehabiliteringsindsatsen, der sikrer af borgerne genvinder tabte funktioner og kan klare sig selv længst muligt.**
- **Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser, så sygdom ikke forværres.**
- **Overgangen fra hospital til eget hjem og mellem de forskellige kommunale tilbud.**
- **Den sidste tid i borgernes liv.**

Derfor stiller handleplanens fire målsætninger netop skarpt på disse fire temaer.

Vi håber, at vi med handleplanens indsatser er med til at skabe endnu bedre sammenhæng og kvalitet for ældre borgere med flere kontakter til sundhedsvæsenet, og samtidig kan være med til at sikre, at vi bliver bedre rustet til den stigning i antallet af ældre, som vi ser ind i over de næste mange år.



Handleplanen Højere kvalitet for ældre borgere med flere kontakter til sundhedsvæsenet er en af flere handleplaner under Frederikssund Kommunes sundhedspolitik Sammen om sundhed 2022-2026. Med Sammen om sundhed ønsker vi, at alle borgere i Frederikssund Kommune får de bedste rammer for at leve et godt og aktivt liv med bedre sundhed og flere gode leveår. Sundhedspolitikken sætter mål og retning for arbejdet med at forbedre borgernes sundhed med afsæt i tre temaer: Sundhedsfremme, mental sundhed og det nære sundhedsvæsen. Handleplanen Højere kvalitet for ældre borgere med flere kontakter til sundhedsvæsenet er en del af temaet det nære sundhedsvæsen og gennemføres i 2023-2024. Handleplanen skal ses i sammenhæng med blandt andet kommunens værdighedspolitik, demensstrategi og den kommende strategi for ældreområdet. Læs mere på www.frederikssund.dk.

” **Oda** er 77 år og har lavt blodtryk, let slidgigt og type 2 diabetes. Hun bor alene og faldt ned af trappen til 1. salen, og har derfor brækket hoften.

Hun er netop kommet hjem fra Rehabiliteringsafdelingen, hvor hun var 14 i dage efter, hun blev udskrevet fra hospitalet. Den brækkede hofte betyder, at Oda er gået fra selv at kunne vaske sig, tage tøj på, lave mad, købe ind og gøre rent til ikke at kunne nogle af delene. Der er markant fremgang i hendes funktionsniveau, men hun får besøg af en hjemmehjælper tre gange om dagen. Derudover kommer der også en hjemmesygeplejerske og ser til hendes sår. To gange om ugen bliver hun hentet af en flexbus, der kører hende til genoptræning på Nordhøj. Hun skal til opfølgning hos sin praktiserende læge om tre uger.

Oda håber, at hun igen vil kunne klare sig selv, når hendes hofte er helet. Eventuelt med hjælp til indkøb fra sin søn.

I 2022 var 1.896 borgere i genoptræningsforløb i Frederikssund Kommune.

Tal fra Cura, Frederikssund Kommunes omsorgssystem

” **Anton** på 81 år har KOL og dårligt hjerte. Han bor sammen med sin kone Inge, som er 75 år. Inge laver mad og gør rent i hjemmet. Hver morgen kommer en hjemmehjælper og sørger for, at Anton får støttestrømper på.

Anton har været indlagt på lungemedicinsk medicinsk afdeling fire gange med lungebetændelse i løbet af det seneste halve år. Hver gang er hans lungefunktion blevet lidt dårligere. Indlæggelserne kunne formodentlig være forebygget, hvis infektionerne var blevet opdaget tidligere. Han går til kontrol for sin hjertesygdom hos sin praktiserende læge fire gange årligt, der justerer hans medicin ved behov. Hans KOL-sygdom følges på lungeambulatoriet, hvor han også kommer fire gange årligt.

Anton har tidligere gået på et rehabiliteringshold for borgere med KOL på Solgården. Når han er frisk nok spiller han petanque på aktivitetscenteret en gang om ugen.

709 somatiske indlæggelser kunne være forebygget blandt de +65-årige i Frederikssund i 2021.

Tal fra Danmarks Statistik, eSundhed og Kend din Kommune 2023

BORGERPROFILER

Anna og Kim

”

Anna er 85 år og har dårligt hjerte og begyndende demens. Kroppen er slidt, så hun er dårligt gående og bruger rollator. Det er meget lidt, hun kommer udenfor på egen hånd.

Anna har været indlagt på grund af dehydrering for 14 dage siden og er netop blevet genindlagt på hospitalet med en urinvejsinfektion. Hjemmeplejen fandt hende liggende på gulvet, forslået og meget konfus. Anna er sat i IV-behandling for infektionen, som hjemmesygeplejen forventes at fortsætte, når hun udskrives.

Anna får støtte af en hjemmehjælper hver morgen til at komme ud af sengen, vaske sig og få tøj og støttestrømper på inden hun bliver hentet af flexbussen og kørt til daghjemmet. Hver aften får hun også støtte til at komme i seng. Hver 14. dag kommer der også en hjemmehjælper og gør rent. Anna er ofte hos egen praktiserende læge og bliver fulgt af speciallægen på hjerteambulatoriet fire gange om året.

**I 2021 var 7.204 borgere fra Frederikssund Kommune indlagt.
Heraf blev 12,5% genindlagt inden for 30 dage.**

Tal fra eSundhed og Kend din Kommune 2023

”

Kim på 69 år har tarmkræft. Han og hans kone, Line, har netop fået af vide, at kræften har spredt sig til nyrerne og at han ikke reagerer på behandlingen.

Lægen på hospitalet vurderer, at han har tre til seks måneder tilbage at leve i. Beskeden har ramt både Kim og Line hårdt. De har formået at være optimistiske i forhold til sygdommen frem til nu. For at få hjælp til omstillingen, har Kim fået en henvisning til en psykolog af sin praktiserende læge. Line mødes med andre pårørende til kræftsyge i en frivillig forening.

Kim vil fortsat være tilknyttet ambulatoriet på hospitalet, mens hjemmesygeplejen varetager den lindrende smertebehandling i eget hjem, når han bliver sengeliggende i den sidste tid op til sin død. I morgen kommer en visitator for at tale om mulighederne for hjælpemidler, personlig og praktisk hjælp samt eventuelt plejeorlov til Line, når det kommer dertil.

**I 2021 døde 354 borgere i Frederikssund Kommune.
Heraf døde 160 af kræft.**

Tal fra Dødsårsagsregisteret

HANDLEPLAN OG INDSATSER

Målsætning 1: Vi sikrer, at ældre borgere længst muligt kan klare sig selv i eget hjem

Målsætninger	Det vil vi
Vi sikrer, at ældre borgere længst muligt kan klare sig selv i eget hjem, så de kan leve et sundt, aktivt og værdigt liv – og vi samtidig udskyder deres behov for støtte til personlig pleje, praktisk hjælp og sundhedsfaglig behandling. Indikatorer • En lavere andel af borgere, der har behov for plejeboliger set i forhold til 2022 • 3 procent stigning i andelen af borgere, der modtager rehabilitering (Serviceloven § 83a, 86.1 og 86.2).	1. Vi gennemfører i 2023-24 en proces, der skal styrke det fælles syn på den forskel, vi gør for borgeren. 2. Vi samtænker i 2023 rehabiliteringsindsatsen på tværs af Visitation og Hjælpemidler, Døgncplejen og Forebyggelse og Træning, så vi sætter tidligere og mere målrettet ind med støtte. 3. Vi afprøver og implementerer velfærdsteknologi og nye hjælpemidler på ældreområdet, der kan hjælpe borgerne til at kunne selv. I 2023 udbreder vi for eksempel skærmBesøg i Døgncplejen og ExorLive Assistent, der understøtter træningen under hjemmeBesøg. 4. I samarbejde med Nordsjællands Hospital indfører Døgncplejen telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere med KOL i andet halvår af 2023, så vi sammen med borgerne kan opdage forværringer i opløbet. I 2024 følger et tilbud til borgere med hjertesvigt. 5. I 2023-24 styrker forebyggelseskonsulenterne, visitationen og Døgncplejen samarbejdet med og opmærksomheden på aktiviteter i de frivillige foreninger, brugerstyrede centre og i daghjem, der fastholder borgernes sociale og fysiske funktionsevne.



HANDLEPLAN OG INDSATSER

Målsætning 2: Vi forebygger, at borgerne bliver indlagt på hospitalet

Målsætninger	Det vil vi
Vi forebygger, at borgerne bliver indlagt på hospitalet, så de ikke når at blive så syge, at de skal indlægges, og hurtigere kan komme sig bagefter. Indikatorer • Antallet af forebyggelige indlæggelser skal være på niveau med øvrige kommuner i Klynge Nord.	1. I 2023 og 2024 implementerer vi Sundhedsstyrelsens kommende kvalitetsstandard for akutområdet. 2. I Døgnplejen og på Rehabilitering og de midlertidige pladser skærper vi i 2023 fokus på triagering og på borgerens samlede helbredstilstand i den sygeplejefaglige udredning. 3. Døgnplejen, Team Udskrivning og Rehabilitering og de midlertidige pladser kører løbende små forbedringsprojekter med 1813 og/eller det udkørende team fra Nordsjællands Hospital 4. Vi styrker samarbejdet med Nordsjællands Hospital og kommunerne i Klynge Nord på hele ældreområdet og følger sammen data for forebyggelige indlæggelser.



HANDLEPLAN OG INDSATSER

Målsætning 3: Vi samarbejder på tværs for at skabe sammenhængende forløb for borgerne

Målsætninger	Det vil vi
Vi samarbejder på tværs for at skabe sammenhængende forløb for borgerne, så de oplever ét sundhedsvæsen og vi bruger ressourcerne rigtigt. Indikatorer • Fald i den gennemsnitlige liggetid på Rehabilitering og de midlertidige pladser. Den gennemsnitlige liggetid i 3. kvartal 2022 var 27 dage. • Antallet af genindlæggelser skal være på niveau med de øvrige kommuner i Klynge Nord.	1. Rehabiliteringsafdelingen holder systematiske borgerkonferencer, hvor medarbejdere fra afdelingen sammen med visitator og Døgncplejen eller den private leverandør samarbejder om at skabe sammenhængende forløb for borgerne. 2. I 2023-24 fortsætter Team Udskrivning, Rehabiliteringsafdelingen og Døgncplejen det fælles fokus på at hjemtage patienter fra hospitalet, herunder fælles arbejdsgange og samarbejde. 3. Vi genbesøger grundlag og procedure for dokumentation i Cura i 2023, så hele ældreområdet arbejder med den gode dokumentation og den gode overlevering. 4. Døgncplejen evaluerer i 2023 Kom Trygt Hjem ordningen, og tilpasser ordningen på baggrund af de hidtidige erfaringer. 5. I 2023 styrkes Døgncplejens sygeplejerskers koordinerende rolle i forbindelse med borgere med særlig komplekse forløb.



HANDLEPLAN OG INDSATSER

Målsætning 4: Vi understøtter en værdig afslutning på livet

Målsætninger	Det vil vi
Vi understøtter en værdig afslutning på livet, så borgere og pårørende er trygge og bedst muligt forberedt på det, der skal ske.	1. Der er i 2023 fokus på at sikre en fælles tilgang for ældreområdet omkring palliation. 2. Døgntjejen har to sygeplejersker med særlige kompetencer inden for palliation. De vil i 2023 og 2024 deltage i et fagligt netværk for palliation med de øvrige kommuner i Klynge Nord, der skal sikre faglig udvikling og sparring. 3. I 2023 udarbejder vi på ældreområdet fælles materiale til borgere og pårørende om, hvad de kan forvente i forhold til livets afslutning. 4. Omsorgscentrene har integreret en række spørgsmål vedrørende livets afslutning i indflytningssamtalen. Der vil i 2023 blive arbejdet med, hvordan de på samme vis kan indarbejdes i arbejdsgange for borgere i eget hjem.

NÆSTE SKRIDT

Handleplanen gennemføres i 2023-2024. Medarbejdere vil i denne periode arbejde med relevante indsatser i handleplanen.

Der laves en status på gennemførsel af aktiviteter i handleplanen medio 2025.

Vil du vide mere om indsatserne eller har du gode idéer til, hvordan vi bliver endnu bedre til at skabe sammenhæng og høj kvalitet for ældre borgere med flere kontakter til sundhedsvæsenet, er du velkommen til at kontakte Center for Sundhed, Forebyggelse og Ældre (sundhedogforebyggelse@frederikssund.dk).